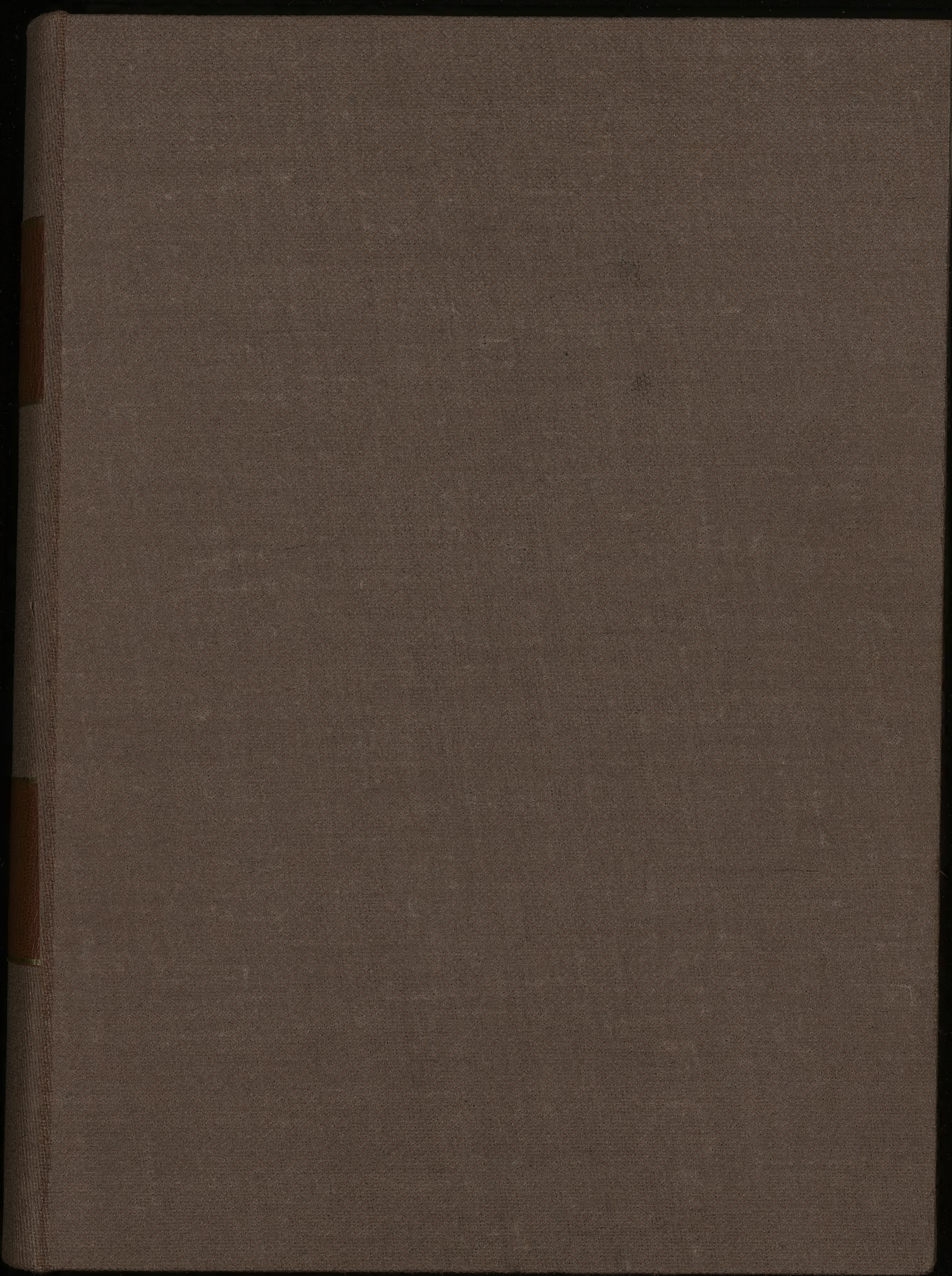
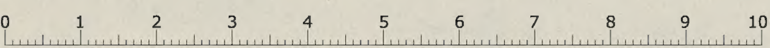



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

ANNÉE 1876

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DES SAINTS-PÈRES, 57

PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

1876

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1876

Q

R

S

T

U

V

W

Z

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19.

N° 1. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 JANVIER 1876. 48e ANNÉE. SAMEDI 1er ET MARDI 4 JANVIER 1876. — N° 1.

…erger, … (C.), 916. 12, 233 547.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette fran…

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Revue cérébroscopique de 1875.

Depuis 1862, je me suis attaché à vous montrer les avantages que l'on pouvait retirer de l'emploi de l'ophthalmoscope dans les maladies aiguës des méninges et dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière. C'est une séméiotique nouvelle des maladies nerveuses. Elle a pour objet la recherche dans le nerf optique, dans la rétine, dans la choroïde et dans les vaisseaux rétiniens, des lésions qui traduisent les lésions des centres nerveux. — Voir dans l'œil ce qui se passe dans le cerveau. Tel est son but. C'est qu'en effet, au physique et au moral, l'œil est le miroir de l'encéphale. Après quatorze ans de recherches assidues, je pense comme au premier jour, et plus de huit cents observations faites à l'hôpital, parmi lesquelles il y a eu beaucoup d'autopsies, ont confirmé les promesses que j'ai faites au nom de la méthode nouvelle.

Je vais donc aujourd'hui résumer tous les faits de l'année qui vient de finir, et vous montrer comment, après avoir tenu compte des symptômes ordinaires fournis par les malades du système nerveux, vous trouvez dans l'examen ophthalmoscopique la preuve du rapport qui existe entre les lésions intraoculaires et les désordres du système nerveux.

Ces preuves nous sont fournies : par la méningite aiguë, tuberculeuse, typhoïde et rhumatismale, qui n'avaient jamais été étudiées de cette façon avant nos recherches ; par l'encéphalite ; par l'hydrocéphalie chronique ; par l'œdème cérébral de l'albuminurie ; par la paralysie diphthéritique ; par les tumeurs cérébrales, par la myélite ; par la chorée, etc.

Méningite et névrite optique. — S..., neuf ans, entrée le 6 mars 1875, malade depuis trois jours avec vomissements, constipation, céphalalgie, suivies de coma, de soupirs, de convulsions.— Pouls irrégulier, intermittent 68.

Dans l'œil gauche, œdème très-prononcé de la papille grisâtre, rouge, diffuse, avec vaisseaux peu apparents sur le nerf et très-visible sur la choroïde.

Dans l'œil droit, hémi-névrite avec papille rouge, diffuse, et veines dilatées.

Méningite tuberculeuse, tubercules de la choroïde et névrite optique. — R..., deux ans, entrée le 11 avril 1875, morte le 16, dans un demi-coma, avec agitation précédée de vomissements, de constipation, de soupirs, d'intermittence du pouls, etc.

Névrite optique, sans dilatation des veines ni disparition des artères. A droite, deux tubercules de la choroïde, et à la macule, tache blanche de la rétine, très-pâle, ayant à son centre un gros dépôt de pigment.

A *l'autopsie*, l'existence de ces lésions a été constatée, ainsi que celle d'une méningite tuberculeuse avec tubercule de la couche optique et tuberculose des poumons et ganglions bronchiques du foie, de la rate et des reins.

La rétine offre un dépôt de pigment sur la macula. Dans la choroïde, deux granulations formées de cellules embryonnaires granuleuses et graisseuses, entourées de cellules pigmentaires devenues granuleuses. Atrophie partielle de la couche pigmentaire choroïdienne, et dans le nerf optique, prolifération du tissu conjonctif comprimant les tubes nerveux couverts de granulations moléculaires.

Méningite tuberculeuse et névro-rétinite. — Louise D..., quatre ans, entrée le 4 mai, morte le 6 mai 1875, malade depuis quinze jours, vomissements pendant dix jours. Constipation, somnolence, cris, assoupissement, aphonie, paralysie du voile du palais. Strabisme, et dans les dernières heures, convulsions à droite.

Double névrite optique avec exsudat blanc grisâtre très-caractérisé couvrant la papille, s'étendant au voisinage dans une certaine étendue, plaques d'atrophie choroïdienne. Veines petites, peu dilatées, artères peu visibles.

Opposition à l'autopsie.

Méningite tuberculeuse; tubercules de la choroïde; névro-rétinite. — L..., sept ans, entrée le 15 mai 1875, morte le 22 mai. Elle arrivait avec une endocardite mitrale, suite de pneumonie ayant eu lieu il y a deux mois.

Dans les salles, elle a été prise de perte de connaissance avec délire, amaurose, agitation sans convulsions ni paralysie; morte en deux jours.

On avait constaté une diffusion de la papille, qui était presque invisible et couverte par une infiltration grisâtre s'étendant sur la rétine voisine; une dilatation énorme des veines rétiniennes, et dans les deux yeux, çà et là des granulations blanchâtres isolées, dont une située au-dessous d'un vaisseau.

L'autopsie a révélé l'endocardite, une tuberculose générale des poumons, un tubercule de la protubérance, et dans les yeux, des tubercules de la choroïde en assez grand nombre.

Méningite tuberculeuse; névro-rétinite. — C..., trois ans, entrée le 31 mars 1875, morte le 2 juin. Cette enfant, ayant eu quelques vomissements sans constipation, a le pouls inégal, irrégulier, intermittent, ralenti; elle pousse des soupirs, a des grincements de dents et dort continuellement.

Elle a une double névro-rétinite caractérisée par le gonflement des papilles, qui sont diffuses sous l'hyperémie, et dont la rétine avoisinante trouble, blanchâtre, est couverte d'un léger exsudat circulaire.

Les artères et les veines sont saines, et pas de tubercules de la choroïde.

A l'autopsie, méningite granuleuse et tuberculose générale. Dans le nerf optique, les tubes nerveux sont étouffés et comprimés par la prolifération du tissu conjonctif.

Méningite; névro-rétinite double. — P..., neuf ans, entrée le 26 juin 1875, morte le 1er juillet, au n° 25 de la salle Sainte-Catherine.

Petite tête de 44 centimètres de circonférence. Elle est malade depuis quinze jours. Céphalalgie, vomissements, constipation, assoupissement, cris, intermittence du pouls. 88 pulsations.

Double névro-rétinite avec exsudat grisâtre couvrant la papille et voilant les bords. Veines très-dilatées avec thrombose; artères fines rétrécies.

A l'autopsie, thrombose ancienne du sinus longitudinal et thromboses des autres sinus, ainsi que des veines méningées. Énorme congestion de la pie-mère et à la base du cerveau, un peu de pus épais dans l'espace interpédonculaire, sur le chiasma, mais rien dans les scissures de Sylvius. Pas de granulations de la pie-mère; un seul tubercule dans les poumons et endocardite végétante mitrale.

Méningite tuberculeuse ; double névrite optique.— D..., huit ans, entrée le 6 juillet 1875, morte le 13, au n° 19 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant a eu, il y a quinze jours, des symptômes, mal déterminés de fièvre muqueuse, qui ne se sont pas dissipés et pour lesquels on l'a envoyé à la Maison de convalescence. Là elle ne s'est pas rétablie. Les symptômes ont augmenté et on l'a ramenée dans un demi-coma avec des cris et des soupirs. Le pouls inégal, irrégulier, intermittent, pas de vomissement, de la constipation et le ventre aplati.

Double névrite optique.— La papille grise, rosée, est entièrement voilée, presque invisible, et au bout de deux jours, tout à fait invisible. Elle est masquée par l'infiltration séro-sanguine.— Les artères sont peu apparentes. Les veines très-dilatées, avec thromboses nombreuses et beaucoup de petits vaisseaux fins partent de la papille des deux côtés. Pas de tubercules de la choroïde.

A l'autopsie, méningite granuleuse légère et thrombose des sinus, sans tubercules du cerveau. Les deux papilles sont gonflées, les veines distendues, à sang interrompu; pas de tubercules de la choroïde.

Méningite tuberculeuse et névro-rétinite. — Pauline T..., âgée de six ans, entrée le 22 septembre 1875, morte le 30, après avoir eu vomissement, constipation, somnolence, et le pouls inégal, irrégulier, intermittent.

L'enfant offre une double névro-rétinite, plus marquée à gauche qu'à droite. La papille est rouge, diffuse, vasculaire; ses contours sont presque effacés, surtout au côté externe et inférieur, où se trouve une infiltration séreuse opaline très-prononcée. Les artères sont peu apparentes et les veines dilatées, surtout à droite, où existent des thromboses. Autour de la papille, la choroïde offre un piqueté blanc dû à l'atrophie de la couche pigmentaire.

Les symptômes ont continué; il s'est fait du strabisme, il y a eu des convulsions, de la contracture, puis est arrivé la mort. Opposition à l'autopsie.

Méningite typhoïde cérébro-spinale, contractures; névro rétinite. — B..., âgée de quatorze ans, entrée le 6 octobre. Au sixième jour, une fièvre typhoïde ataxique parfaitement caractérisée et avec violent délire dès le début.

Cette enfant avait les deux papilles gonflées, rouges, diffuses, à peine visibles dans leurs contours et sans modification des vaisseaux rétiniens.

Au vingtième jour avec le délire, contracture douloureuse des extrémités, qui a duré quatre jours; puis tous les accidents nerveux ont disparu. La fièvre typhoïde a suivi son cours et semblait guérie le quarantième jour, lorsqu'il y a eu rechute. Il est revenu de la diarrhée; dans le poumon, des râles indiquaient une pneumonie chronique, probablement tuberculeuse, et au soixante-cinquième jour, l'enfant a succombé. Elle était devenue tuberculeuse.

La veille de la mort, bien qu'il n'y ait plus de délire ni de contracture depuis quarante jours, la névrite optique était encore très-apparente.

A l'autopsie, on a constaté une tuberculose générale avec stéatose du cœur, du foie et des reins.

Méningite typhoïde; premier degré de névro-rétinite. — B..., neuf ans, entré le 14 juin 1875, malade depuis huit jours et ayant une fièvre typhoïde ataxique avec délire tranquille.

Les deux papilles sont le siége d'une suffusion séreuse opaline prononcée, qui masque les bords, et dilatation énorme des veines rétiniennes.

Guérison.

Paralysie diphthéritique; névrite optique.— M..., neuf ans, entrée le 11 janvier 1675 pour une angine couenneuse, en même temps que son frère et sa sœur, mouraient du croup.

Après sa guérison, paralysie du voile du palais et paraplégie incomplète.

Double névrite optique avec aplatissement; diffusion péri-papillaire. Rien aux vaisseaux.

Guérison.

Paralysie diphthéritique; névro-rétinite.— R..., quatre ans, entrée le 28 juillet 1875, pour une paralysie diphthéritique datant de six semaines, après une angine couenneuse. N° 45, salle Sainte-Catherine.

Paralysie du voile du palais, mydriase, insensibilité absolue et paraplégie incomplète.

Dans les nerfs optiques, les deux papilles sont rouges, tuméfiées, à contours diffus et avec exsudat grisâtre, péripapillaire général. Veines peu dilatées.

Guérison.

Paralysie diphthéritique; névro-rétinite.— Félicie H..., onze ans, entrée le 26 juillet 1875 pour une paralysie diphthéritique, suite d'angine couenneuse, guérie depuis un mois. N° 19, salle Sainte-Catherine.

Elle a de la mydriase, la voix nasonnée, le retour des boissons par le nez et une paralysie incomplète des membres inférieurs qui l'empèche de bien marcher.

Les deux nerfs optiques sont gonflés, aplatis, d'un rose grisâtre, les contours sont diffus, peu visibles, avec infiltration séreuse péripapillaire, veines très-dilatées, plaques blanchâtres pointillées, granuleuses, disséminées dans le fond de l'œil sur la rétine.

Guérison.

Diphthérite; encéphalite chronique partielle; atrophie de la papille correspondante. — V..., quatorze ans, entré le 31 mars 1875.

Cette enfant, après une diphthérite, a eu la nuit, il y a quatre ans une perte de connaissance, à la suite de laquelle elle est restée hémiplégique à droite. L'intelligence et la sensibilité sont revenues et n'ont jamais été troublées depuis. Aujourd'hui, elle a encore une hémiplégie droite incomplète.

L'œil gauche, avec mydriase et amaurose, offre une atrophie blanche verdâtre nacrée complète.

L'œil droit offre une papille gonflée, diffuse, rougeâtre, voilée par l'hyperémie; mais il n'y a rien aux veines et aux artères. Cette enfant est restée plusieurs mois dans mon service il y a trois ans, et le dessin de ses yeux, que j'ai conservé, est encore semblable à ce qui existe aujourd'hui. Il n'y a aucun changement.

Encéphalite et paralysie de la sixième paire; névrite étranglée. — R..., cinq ans, entrée le 5 mars 1875, malade depuis un mois par céphalie, vomissements, constipation opiniâtre, puis, au bout de trois semaines, strabisme convergent droit par paralysie de la sixième paire.

Double névrite optique très-intense, avec exsudat grisâtre péripapillaire et granulations blanchâtres de l'exsudat du côté droit. L'exsudat renferme aussi quelques hémorrhagies. On a vu l'exsudat et les hémorrhagies disparaître peu à peu, puis la papille reparaître voilée, diffuse. C'était là son état au moment de la sortie de l'hôpital.

Encéphalite; névro-rétinite. — C..., entrée le 30 avril 1875, morte le 4 mai, atteinte tout à coup de convulsions, suivies de coma, de fièvre, à 38 et 39 degrés, puis d'hémiplégie droite.

Névro-rétinite double avec exsudat péri-papillaire externe grisâtre, transparent, couvrant la moitié de la papille et de la rétine voisine. Énorme dilatation des veines et les artères sont visibles.

Opposition à l'autopsie.

Œdème cérébral; éclampsie albuminurique. — R..., cinq ans, entrée le 19 mai 1875. Entrée pour des convulsions violentes, venues à deux reprises, à un jour de distance, au milieu d'une énorme anasarque albuminurique. Il y a eu de l'hébétude, de la folie et des hallucinations dans l'intervalle des attaques d'éclampsie.

Les deux yeux offrent un œdème grisâtre de la papille, qui cache ses bords, s'étend sur la rétine voisine et le long des veines rétiniennes, qui sont très-dilatées.

Hydrate de chloral : 3 grammes. Guérison, au bout de quelques jours de ce traitement.

Convulsions finales de maladie aiguë. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — B..., trois ans, entrée le 7 mai 1875 pour une pneumonie; elle est prise d'érysipèle de la tête et elle meurt le 10 juin.

Au dernier jour de sa vie, l'enfant a été prise de convulsions et de contracture à droite, avec déviation conjuguée des yeux à gauche.

Diagnostic : Thrombose des sinus. Je constate une double suffusion séreuse des papilles, qui sont diffuses, pâles et gonflées. Dilatation énorme des veines rétiniennes, avec thromboses veineuses.

L'*autopsie* a vérifié ce diagnostic, et avec la thrombose fibrineuse compacte du sinus longitudinal et des sinus transverses et veines méningées, il y avait légère méningite de la convexité.

Hydrocéphalie chronique. — Lucien I..., vingt mois, venu le 8 mai 1875, ayant eu des convulsions le lendemain de sa naissance, convulsions qui ont duré quatre jours; et à seize mois, deux nouvelles convulsions. Il a douze dents. Il a la tête très-grosse, est intelligent, dit quelques mots, joue bien, ne vomit pas et digère bien. Seulement, il ne marche pas et ne peut se tenir par paraplégie incomplète; mais les mouvements réflexes sont conservés.

Double névrite optique, avec exsudat grisâtre couvrant toute la papille et vaisseaux très-dilatés.

L'enfant sort dans le même état.

Hydrocéphalie chronique; atrophie des nerfs optiques. — Garçon de sept ans, venu de province à la consultation pour une amaurose consécutive à une paralysie subite des membres, avec incontinence fécale et urinaire. Sa tête est très-grosse et il a du strabisme. La paralysie a disparu complétement; il est intelligent et ne conserve que des douleurs de tête et du strabisme.

Chez lui, s'observe une double atrophie papillaire blanche nacrée très-évidente.

Hémiplégie subite; névrite optique. — L..., deux ans, entrée le 19 avril 1875 au n° 32, salle Sainte-Catherine.

Malade depuis trois mois par la coqueluche, puis affectée de pneumonie, dans laquelle il est survenu, sans convulsions ni perte de connaissance, une hémiplégie complète à gauche de la face et des membres. Puis l'enfant s'est rétablie et marche paralysée tout en toussant et offrant les signes d'une caverne à la base droite.

Double névrite optique; papilles diffuses et gros vaisseaux veineux et nombreux.

L'enfant sort dans le même état.

Tumeur cérébrale; névrite optique. — Berthe X..., cinq ans, venue à l'hôpital le 23 avril 1875. Malade depuis six mois. Les jambes fléchissent et font tomber cette enfant; puis une demi-paralysie à droite, de l'hébétude, perte d'intelligence sans troubles visuels, sans convulsions. Pas de vomissements ni de constipation. Parfois de la fièvre, pouls inégal, irrégulier, ralenti. La tête est très-volumineuse.

Double névrite optique avec exsudat grisâtre, opaque, énorme, cachant entièrement la papille et se fondant sur les bords; de plus sur le fond choroïdien, taches opalines, larges, à bords dégradés, sur lesquelles passent les veines et veinules.

Ces veines sont nombreuses, sans varices, énormément dilatées, et les artères très-fines, disproportionnées aux veines.

J'ai revu l'enfant bien des fois, et chaque jour son état était plus grave. Elle a fini par succomber.

Sclérose cérébro-spinale avec ataxie; atrophie optique. — L..., âgée de cinq ans, entrée le 20 septembre 1875.

A six mois, convulsions répétées pendant plusieurs semaines, et l'enfant est restée paralysée. Aujourd'hui, elle est presque idiote, marche en tremblant comme une ataxique. Elle ne peut manger seule, car ses bras tremblent et coordonnent mal. Elle parle à peine, mais il n'y a aucun autre trouble fonctionnel.

Atrophie des deux papilles, qui sont blanches nacrées, la lésion est surtout marquée à gauche.

Myélite; névrite optique. — Louise G..., dix ans, entrée le 15 mars, sortie le 22 avril 1875, avec une paraplégie incomplète et fourmillement des membres.

Papille diffuse grise, ardoisée, à peine visible à droite, et à gauche, pupille diffuse, rouge. Rien aux vaisseaux.

Chorée; névrite optique. — T..., dix ans, entrée le 23 septembre 1875 pour une cinquième attaque de chorée générale, voit bien clair.

Elle a une double névrite optique, caractérisée par la rougeur générale diffuse de la papille, qui se confond presque par sa couleur avec la teinte de la choroïde. Vaisseaux peu dilatés.

Hémichorée gauche; névrite optique. — L..., âgée de dix ans, entrée le 4 janvier 1875, pour une troisième attaque d'hémichorée, avec endocardite mitrale.

Elle a, dans l'œil droit, une névrite optique latérale externe, qui cache la moitié de la papille. Les veines sont nombreuses et dilatées.

L'œil gauche, couvert par une taie de la cornée, n'a pu être examiné.

Chorée; hyperémie et œdème de la moitié de la papille. — C..., âgée de quatorze ans, entrée le 21 avril pour une chorée assez intense datant de un mois. Elle a quelques obnubilations.

Les deux papilles sont diffuses, aplaties, œdématiées au côté externe, absolument invisible, et là il y a un œdème grisâtre clair, qui cache le bord papillaire.

Hémichorée droite; névrite optique. — F..., âgée de dix ans, entrée le 6 janvier 1875, pour une hémichorée droite à la septième récidive.

Elle a une névrite diffuse, hyperémique de l'œil droit, c'est-à-dire dans l'œil correspondant au côté malade de la moelle. Elle n'a aucune lésion dans l'œil gauche.

Chorée; névrite optique. — C..., quatorze ans, entrée le 30 juin 1875 pour une deuxième attaque de chorée à droite.

Suffusion séreuse grisâtre de l'œil droit, dont la papille est voilée; mais rien de particulier dans les vaisseaux.

La lésion est moins prononcée à gauche, où il y a une infiltration séreuse grisâtre, sans que les contours de la papille aient cessé d'être visibles.

Dans ce résumé des principaux faits d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie observés dans mon service pendant le cours de cette année, vous voyez la confirmation du rapport que j'ai établi entre les maladies de la moelle ou du cerveau et les maladies du fond de l'œil dans la papille optique, la rétine et la choroïde.

Il comprend des cas de méningite tuberculeuse, de méningite typhoïde, d'encéphalite diphthéritique, d'encéphalite simple et de tumeur cérébrale: de thrombose des sinus de la dure-mère; d'œdème du cerveau dans l'éclampsie albuminurique; d'hydrocéphalie chronique; de myélite; de sclérose cérébro-spinale, etc. Dans tous ces cas, il y a eu, selon la maladie, névrite optique, névro-rétinite, choroïdite pointillée

atrophique; tubercules de la choroïde ou atrophie papillaire.

Comme je l'ai signalé depuis longtemps, des lois spéciales président à l'apparition de ces lésions, qui sont différentes dans les méningites, dans les encéphalites simples, dans les tumeurs du cerveau et dans les maladies de la moelle épinière.

1° La cause des lésions intra-oculaires peut être *mécanique*. Ainsi, lorsqu'il y a des caillots formés dans les sinus de la dure-mère ou dans les veines méningées, le sang des veines rétiniennes ne peut rentrer dans le crâne. Il en résulte l'hyperémie de la papille, la suffusion séreuse péripapillaire; la dilatation et la flexuosité des veines rétiniennes, les hémorrhagies et la thrombose de ces veines. C'est le cas de toutes les méningites tuberculeuses et typhoïdes, ou bien s'il y a suffusion séreuse de l'arachnoïde descendant dans la gaîne du nerf optique, et comprimant ce nerf, la papille se gonfle dans l'anneau sclérotical et forme ce qu'on appelle la *névrite étranglée*. L'artère centrale du nerf optique comprimée cesse d'être visible dans le fond de l'œil, sur la papille se forme un exsudat blanchâtre qui la cache complétement; les veines rétiniennes se dilatent, deviennent flexueuses, disparaissent en partie et se rompent de façon à produire de petites hémorrhagies disséminées. C'est ce que l'on a vu sur l'enfant R..., âgée de cinq ans, citée plus haut, et qui a guéri. Ce fait s'observe dans un certain nombre de cas de méningite et dans quelques encéphalites partielles.

2° Ailleurs, les lésions intra-oculaires sont le résultat d'une *névrite descendante*. L'hyperémie et l'inflammation de la substance cérébrale placée dans le voisinage des origines du nerf optique descendent dans toute la longueur du nerf et gagnent le fond de l'œil, où elles se révèlent par une névrite simple ou exsudative qui, avec le temps, peut conduire à l'atrophie papillaire.

3° La troisième loi est celle qui rend compte des névrites réflexes ou sympathiques. C'est le cas des névrites optiques et des atrophies papillaires dues aux maladies de la moelle épinière, telles que la myélite, la sclérose spinale, l'ataxie locomotrice et la chorée.

Les maladies de la moelle épinière agissent sur les origines du grand sympathique qui se trouvent, comme on le sait, au niveau des premières dorsales. Par l'intermédiaire de ce nerf, elles produisent à la première période l'hyperémie de la papille, et à la longue, sous l'influence de l'hyperémie, il se fait dans le nerf optique une prolifération conjonctive, qui étouffe les tubes nerveux et amène l'atrophie papillaire. Ainsi se forme l'atrophie du nerf optique à la dernière période de l'ataxie locomotrice.

4° Il y a enfin les lésions intra-oculaires diathésiques, qui produisent les névro-rétinites scrofuleuses, ainsi que les choroïdites syphilitiques et tuberculeuses. C'est à cette loi qu'il faut rapporter la production des tubercules de la choroïde, dont j'ai cité plus haut plusieurs exemples.

Maintenant, pour établir que ces faits ne sont pas de simples illusions de l'observateur, j'ai montré que, par l'histologie, on trouvait dans le nerf optique et dans la choroïde, les lésions observées pendant la vie. Je vous ai montré, dans la névrite, les tubes nerveux altérés, granuleux, variqueux, et dans leur intervalle, une énorme quantité de tissu conjonctif nouveau, qui les comprimait de façon à les atrophier. Puis, je vous ai montré les tubercules de la choroïde sous forme d'un amas de cellules embryonnaires agglomérées et en voie de dégénérescence granulo-graisseuse; enfin, autour de ces tubercules, l'atrophie des cellules pigmentaires de la choroïde, ce qui donne au fond de l'œil un aspect pointillé blanchâtre spécial, qu'on ne rencontre que dans la tuberculose générale.

Tous ces faits, sur lesquels je n'insiste pas, puisque j'ai eu l'occasion de les développer entièrement à diverses reprises, vous montrent donc le rapport intime qui existe entre les lésions du fond de l'œil et un très-grand nombre de maladies cérébro-spinales. Ils justifient la prétention que j'ai de voir dans l'œil ce qui se passe dans le cerveau, et font la base d'une séméiotique importante des maladies du système nerveux. Voilà quatorze ans que je poursuis ces recherches, et je me félicite chaque jour de les avoir entreprises. On ne s'attarde pas si longtemps à des études de ce genre, si l'on n'en a pas reconnu l'importance, et la durée même du travail est une preuve de son utilité. D'ailleurs, je ne suis plus seul à marcher dans cette voie. D'autres m'ont suivi et ont vérifié l'exactitude de ces recherches, que vous-mêmes avez pu contrôler sur les malades que je vous ai fait voir. Il n'est donc plus possible d'en douter, l'ophthalmoscopie est un moyen de diagnostic aussi utile pour les maladies du cerveau, que l'auscultation et la percussion peuvent l'être pour les maladies du cœur et des poumons.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 décembre 1875. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. MARJOLIN dépose, de la part de M. Fleury (de Clermont), une observation de taille bilatérale pratiquée pour extraire un calcul, qui est joint à l'observation. Ce calcul, du poids de 225 grammes, mesure 8 centimètres dans son plus grand diamètre, et près de 6 transversalement. (Comm. : MM. Larrey, Terrier, Marjolin.)

M. TERRIER dépose, de la part de M. Tixier, une observation de *xérophthalmie* recueillie à la Salpêtrière.

M. TILLAUX dépose l'observation d'un malade qu'il a opéré il y a quelques semaines pour une tumeur du bassin, qu'il a présentée à la Société. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 13 novembre 1875.) Ce malade est sorti guéri. La tumeur, soumise à l'examen de M. Ranvier, était bien un fibromyôme, comme l'avait annoncé M. Tillaux. Elle était creusée de kystes, dont la surface interne était dépourvue d'épithélium.

M. DESPRÈS dépose une observation relative à une pièce qu'il a présentée à la fin de la dernière séance.

DISCUSSION SUR LES HOPITAUX D'ENFANTS

M. SÉE donne lecture d'un projet de rapport qui lui a été communiqué par M. Moissenet, et dont les conclusions tendent à la création de nouveaux hôpitaux d'enfants, venant ainsi à l'appui de son opinion personnelle et de celle de M. le rapporteur.

M. DE SAINT-GERMAIN estime que l'hôpital est un lieu dangereux, qu'il ne faut utiliser que le moins possible. Il a vu sept fois le croup atteindre des enfants entrés pour des affections légères, et cinq ont succombé. Le traitement *mixte*, comme il l'a institué à l'Enfant-Jésus, comme M. Després le met en pratique à l'hôpital Cochin, lui paraît le meilleur moyen de procurer aux petits malades les avantages de l'hôpital tout en leur évitant les dangers. Ce traitement mixte consiste à pratiquer les opérations à l'hôpital en y faisant entrer les enfants pour quelques heures seulement, et à les faire revenir à la consultation aussi souvent qu'il est nécessaire, tous les jours s'il le faut, pour faire les pansements et surveiller la malade. Les services de *chroniques* seraient avantageusement transférés dans des hôpitaux *extra-muros*, mais la création de nouveaux hôpitaux dans Paris est tout à fait inutile.

M. GUÉNIOT donne des renseignements intéressants sur l'installation et le fonctionnement du service des enfants assistés et particulièrement du dépôt. Il n'y a pas, à proprement parler, de salles d'isolement pour les maladies contagieuses. Celles que l'on a voulu établir sont tout à fait insuffisantes au point de vue pratique, n'étant séparées des salles communes que par une simple porte, et étant surveillées et desservies par le même personnel que ces dernières. Il est, de plus, difficile avec l'organisation actuelle d'empêcher les enfants qui se lèvent de jouer ensemble; aussi est-on obligé de laisser au lit, à leur grand détriment, ceux qu'il est nécessaire d'isoler, soit dans leur intérêt propre, soit dans l'intérêt de leurs petits compagnons.

Cependant, malgré toutes ces défectuosités, le nombre des ophthalmies purulentes, si fréquentes jadis, a notablement diminué cette année pour plusieurs raisons, dont les principales sont la diminution du nombre des entrées, et l'application de certaines mesures d'hygiène, telles que la nouvelle disposition de l'éclairage des salles et la suppressson d'une pratique désastreuse, qui consistait à laver tous les enfants dans l'eau d'un même baquet.

La population de l'hospice n'est pas aussi considérable que pourrait le faire croire le chiffre des entrées, par suite des envois en province, et il faut bien le dire aussi, de la mortalité qui est considérable. Il y a en moyenne constamment 250 enfants, répartis en deux grandes catégories, le *Dépôt* et l'*Abandon*, qui ont entre elles des rapports constants, les enfants du Dépôt passant bien souvent, par suite de la mort des parents à l'hôpital, dans la classe des abandonnés. Ceux-ci se recrutent, pour la plus grande partie, ainsi que nous venons de le dire; le reste est fourni par les enfants que leur mère abandonne volontairement, soit sur la voie publique, soit en les amenant à l'hospice. Jusqu'au commencement de cette année, ces enfants pouvaient être amenés par une personne quelconque. C'était le plus souvent la sage-femme qui l'avait mis au monde qui se chargeait de ce soin. L'administration a cru reconnaître dans cette tolérance un abus honteux, et ce qui se passe aujourd'hui semble lui donner raison. On a soupçonné que certaines sages-femmes trafiquaient même sur la misère des mères, en les engageant à se débarrasser de leur enfant pour les placer, disaient-elles, dans une maison sûre, et dans ce but, elles se faisaient remettre une somme minime sous prétexte de couvrir les frais de leurs démarches. Depuis quelques mois *les mères seules* ont le droit de déposer leurs enfants, ou, à leur défaut, le commissaire de police. C'est depuis que l'on a pris cette sage mesure que le nombre des entrées a considérablement diminué.

Les enfants abandonnés sont très-heureusement divisés en trois sections : la première comprend les enfants de un jour à 9 mois, ou les *nourrissons*; la seconde, ceux de 9 mois à 2 ans, ou les *sevrés*; la troisième enfin, qui se compose de tous les pensionnaires compris entre 2 ans et 21 ans, se subdivise en deux sous-sections, l'une de 2 à 5 ans, l'autre de 5 à 21.

Passant ensuite à l'examen de la mortalité, M. Guéniot en étudie les causes, qui sont multiples. Il réfute d'abord énergiquement les chiffres de 38 morts pour 100, par ophthalmie purulente, que M. Desprès a trouvé consigné dans la statistique officielle des hôpitaux pour l'année 1864. M. Desprès et l'administration de l'Assistance publique sont les seuls à croire à cette statistique, qui a été très-mal faite. Mais il faut reconnaître, cependant, que, lorsqu'il y a huit ans, M. Guéniot a pris ce service, il a trouvé en vigueur une coutume barbare, qui avait un semblant d'excuse dans la pénurie des nourrices. Lorsqu'un enfant, allaité au sein, était atteint d'ophthalmie purulente et perdait la vue, ou même l'usage d'un seul œil, on jugeait qu'il valait mieux essayer d'en sauver un autre et on l'enlevait à sa nourrice. C'était le condamner à mort sans appel. L'inanition achevait bientôt son œuvre; mais une fois le pauvre petit entré à l'infirmerie pour une ophthalmie, on ne prenait pas soin, lorsqu'il avait succombé, de rectifier sa pancarte, et c'est ainsi que, pour les bureaux, il était mort d'ophthalmie purulente.

On a essayé de suppléer à l'insuffisance des nourrices par des chèvres laitières. L'expérience, mal faite, n'a pas donné de bons résultats. Il serait à désirer qu'elle fût recommencée dans de meilleures conditions.

Une autre grande cause de mortalité, était, il y a quelques années le séjour trop prolongé à l'hospice de la rue d'Enfer, que les règlements imposaient aux enfants que l'on expédie en province. Il *fallait* un nombre déterminé d'enfants pour que l'on pût faire le départ, mais trop souvent l'attente d'un dernier voyageur a coûté la vie à plusieurs autres. Aujourd'hui on a reconnu ce danger, et le règlement se laisse volontiers violer.

Parmi les causes actuelles de mortalité, M. Guéniot a étudié l'influence de l'âge des enfants au moment de leur entrée. Prenant en détail le nombre des entrées de cinq à quinze jours qui fournissent la plus grande mortalité, et dans une proportion six fois plus considérable qu'avant ou après cet âge. M. Guéniot croit reconnaître là un inconvénient de la sage mesure prise récemment par l'administration. En n'admettant les enfants que lorsqu'ils sont amenés par leur mères, on oblige celles-ci à les garder jusqu'à ce qu'elles soient en état de faire le trajet. C'est entre le cinquième jour, limite de rigueur, et le quinzième, qu'elles peuvent venir elles-mêmes, mais l'enfant a tellement souffert des manque de soins de la mère qui veut s'en défaire ou qui était réellement incapable de les lui donner, qu'il entre le plus souvent moribond.

Ces enfants meurent pour trois raisons : 1° faiblesse native, naissance avant terme, vices de conformation ; 2° cachexies diverses, si communes dans la classe pauvre, syphilis, scrofule et dénutrition consécutives; 3° insuffisance du nombre des nourrices, quoique l'influence de cette cause eût diminué depuis quelque temps, puisque le nombre des nourrices est resté le même, tandis que celui des enfants a diminué.

La mortalité est encore considérable dans la catégorie des *sevrés*. Elle tient en grande partie à ce que l'installation des locaux est détestable. Vingt et vingt-deux, quelquefois même vingt-sept enfants occupent l'espace qui serait nécessaire pour cinq ou six. De plus, le personnel est très-insuffisant, malgré le dévouement des sœurs et des infirmières, mais il ne faudrait pas confier plus de deux enfants à une femme. Enfin les sevrés sont prédisposés par leur âge à toutes les maladies qui font tant de ravages parmi les enfants, la rougeole, la scarlatine, etc., dont les dangers s'augmentent encore par l'encombrement.

Quant à ceux qui ont échappé à toutes ces chances de mort, l'administration de l'Assistance publique leur rend des services considérables dès qu'ils sont en âge d'être envoyés en province.

M. Guéniot rend justice aux efforts généreux du directeur actuel de l'hospice des Enfants-Assistés, qui a déjà pour beaucoup contribué à l'amélioration de ce service.

Après cette très-intéressante digression, M. Guéniot revient à la question générale soulevée par M. Marjolin et conclut en proposant : 1° d'augmenter le nombre des nourrices des Enfants-Assistés; 2° d'établir un service chirurgical pour les enfants au-dessous de deux ans, avec un personnel suffisant et initié ; 3° enfin d'augmenter le nombre des hôpitaux d'enfants, mais non pas le nombre des lits dans les hôpitaux existants, nombre qu'il faudrait au contraire restreindre ; en un mot, créer d'autres centres, qui déchargeraient les services actuels et permettraient l'établissement reconnu si utile de salles de rechange.

La discussion sera continuée.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection de quatre membres correspondants nationaux. Sont nommés : MM. Chauvel, Boissard, Surmay et Pravaz.

On procède ensuite au renouvellement du bureau pour l'année 1876.

M. Houël est élu président; M. Panas, vice-président; M. Paulet et Cruveilhier, secrétaires; M. Nicaise et Terrier sont maintenus dans leurs fonctions de trésorier et d'archiviste.

RAPPORTS

M. TERRIER ET NICAISE donnent lecture des rapports sur le *prix Laborie* et sur le *prix Duval*. Les conclusions de ces rapports seront lues et discutées en comité secret.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 décembre 1875. — Présidence de M. Woillez.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT

M. le secrétaire général donne lecture du compte rendu des travaux accomplis par la Société dans l'année qui vient de s'écouler. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

DISCUSSION SUR LE TÆNIA

M. Roger a eu l'occasion de rencontrer un assez grand nombre de tænias chez des petits enfants, venant d'être sevrés et auxquels on donnait de la viande crue.

M. Chauffard voit un nombre considérable de tænias à l'hôpital Necker. Il croit à l'influence de la viande crue ou peu cuite sur la production de cet helminthe, mais il ne croit pas que ce soit là la seule cause qui puisse être invoquée pour expliquer la très-grande augmentation des tænias dans ces dernières années; il se demande si l'usage des légumes crues, de la salade arrosée d'eau de la ville n'entre pas également pour une certaine part dans cette augmentation.

Tænia dans l'armée. — M. Léon Colin lit un travail sur le tænia dans l'armée. On sait combien est fréquent cet helminthe dans les armées hors d'Europe et surtout en Afrique et en Asie. Dans l'armée anglaise, il est facile de comparer l'extrême fréquence du tænia dans les garnisons des Indes orientales avec son extrême rareté dans celles de la Grande-Bretagne.

M. Colin présente un tænia qu'il a déjà montré à la Société et auquel il avait donné le nom de tænia fenêtré (*tænia solium fenestrata*). Il eut l'occasion de revoir, en 1864, le malade qui en avait été atteint en Syrie, et d'apprendre de lui qu'il rendait encore des cucurbitains, dont aucun n'était perforé; une dose de décoction d'écorce de grenadier lui fit rendre le col et la tête d'un helminthe offrant les caractères d'un tænia solium armé.

A la suite de la présentation que M. Colin avait faite de la portion fenêtrée de cet helminthe, M. le docteur Guitard (de Toulon) appela l'attention sur un fait analogue observé au siècle dernier par Hasars de Cazèles. Ce médecin observa, comme M. Colin, l'expulsion d'un ver solitaire dont les anneaux étaient percés à leur centre d'un seul trou oblong, plus ou moins grand, selon la grandeur des articles.

C'est à tort, suivant M. Colin, qu'on a voulu attribuer ces perforations à l'effet de l'âge, de l'usure des anneaux, de la décrépitude du ver. Si, en effet, il en était ainsi, cette altération devrait se rencontrer beaucoup plus fréquemment. Il s'agit, d'après lui, d'une altération pathologique d'un tænia solium constituant la forme à laquelle il a donné le nom de tænia solium fenêtré.

M. Colin présente, en outre, un fragment de cestoïde qui a été expulsé, dans son service au Val-de-Grâce, en 1870, par un officier revenant du Sénégal. On y constate deux particularités remarquables : 1° l'irrégularité de disposition des pores génitaux situés sur le bord marginal des anneaux, mais disposés sans ordre apparent; non-seulement ils n'alternent plus entre eux d'un côté à l'autre du ver, mais, de plus, considérés sur l'un ou l'autre de ces bords, on les voit tantôt très-rapprochés, tantôt très-distants les uns des autres; 2° sur ce long fragment de 15 centimètres environ, on n'observe aucune division transversale en cucurbitains, et le cestoïde constitue un ruban absolument continu.

Cette portion continue du cestoïde adhère à une autre portion complétement normale et indiquant qu'on avait bien affaire à un tænia solium.

Dans les deux cas, M. Colin rapporte ces formes insolites, non pas à des types nouveaux, mais à des types connus dont elles sont une altération plutôt qu'une variété.

C'est pendant la campagne de Syrie que notre armée a été le plus atteinte de tænias; l'atteinte a été si rapide et si générale, que le chiffre des soldats soignés pour le ver solitaire a peut-être atteint le dixième de l'effectif des hommes.

Le tænia s'observe fréquemment aussi en Algérie. Il résulte de statistiques très-bien établies qu'il y a cent fois plus de chances de contracter le ver solitaire en Algérie qu'en France; dans aucun des cas observés en Algérie, on n'a pu invoquer l'importation du ver de France en Algérie, puisqu'il s'est toujours écoulé un temps assez considérable entre le débarquement du malade et la première manifestation pathologique observée. En outre, il est beaucoup de tænias, chez les soldats, en Afrique, qui passent inaperçus.

Depuis 1871, M. Colin n'a vu, au Val-de-Grâce, que deux militaires atteints de tænias, l'un venant d'Algérie, l'autre n'ayant pas quitté la France, mais ayant été soumis à l'usage de la viande crue. Par contre, la fréquence du tænia en Algérie est largement démontrée : dans une période de trente ans, Vital, l'ancien médecin en chef de la province de Constantine, a observé 233 cas de tænias dont les quatre cinquièmes chez nos soldats.

En France, le tænia est extrêmement rare dans l'armée; tellement que lorsqu'un soldat, qui n'a pas quitté la France, se dit atteint de tænia, M. Colin croit le plus souvent à la simulation; il en cite plusieurs exemples.

Comment se fait-il que le tænia soit resté aussi rare dans l'armée, à Paris, alors qu'il augmente d'une façon si notable dans la population civile? Il faut en conclure, suivant M. Colin, que ce n'est pas dans les éléments habituels de l'hygiène, la nature du sol, la qualité des eaux de consommation, influences dont le soldat éprouve sa part, qu'il faut chercher la cause de cette différence, mais qu'il faut bien plutôt en demander la raison à ce que le régime du soldat n'a pas varié, au point de vue de la nature et de la cuisson des aliments, tandis que l'habitude des viandes crues ou peu cuites, a pris chaque jour plus d'extension dans le population civile.

La question de savoir si le tænia n'est qu'un cysticerque ladrique métamorphosé n'a pas encore été résolue. La fréquence du tænia dans nos troupes, en Algérie et en Syrie, a été l'une des conditions où se sont formulées les objections les plus nettes à la transmission à l'homme du cysticerque ladrique. On a constaté, en effet, que dans les abattoirs des principales villes d'Algérie, les porcs n'offraient pas plus de cas de ladrerie qu'en France.

On a noté l'extrême fréquence du tænia chez les juifs, les musulmans, qui ne consomment pas de viande de porc. L'opinion la plus commune est celle qui attribue l'infection de l'homme à l'usage d'eau de consommation renfermant des quantités plus ou moins considérables d'œufs de différents cestoïdes. En effet, tout, en ces pays, semble favoriser la dissémination des œufs de tænia et leur ingestion accidentelle par les eaux de boisson. Mais l'absorption de ces œufs ne saurait suffire à la reproduction du cestoïde chez l'homme. Il est impossible d'admettre que l'œuf du tænia, absorbé en boissons, puisse subir chez l'homme, les deux phases d'évolution, enkystement de l'embryon hexacante et évolution hydatique, qui précèdent indubitablement son développement en tænia complet.

M. Colin s'appuyant sur des faits, repousse également l'opinion qui veut qu'en ces pays, où des cadavres d'animaux sont abandonnés à l'air libre, les eaux peuvent se charger de débris renfermant des cysticerques de divers animaux, en particulier du porc, et que la larve cystique du tænia peut ainsi être ingérée au moment opportun pour sa transformation en cestoïde.

Ce qui doit jeter un certain jour sur la cause de l'endémie du tænia dans certains pays, c'est la distinction aujourd'hui très-bien établie entre le tænia solium armé et le tænia inerme ou *tænia mediocanellata*. On sait que ce dernier correspond à un cysticerque qui se développe sur le bœuf ou sur le veau. Or Vital fait observer qu'en Algérie la plupart des malades atteints de tænia solium armé sont des Européens colons ou soldats, qui font usage de la viande de porc. La plupart des indigènes qui ne font usage que de la viande de bœuf sont, au contraire, atteints du tænia inerme. Toutefois, il est encore impossible de formuler, à ce sujet, des conclusions bien nettes, car un certain nombre de faits semblent démontrer que l'espèce porcine est apte également au développement du cysticerque du tænia inerme.

M. Colin termine son travail par quelques considérations sur la thérapeutique du tænia. Si l'on donne un tænicide sans purgation préalable, l'helminthe se pelotonne, ses crochets abandonnent la

muqueuse intestinale, et la tête s'enfonce dans les nombreux replis formée par la série des anneaux. Alors toutes cette masse, prenant une forme arrondie, peut cheminer comme un bol dans le tube digestif et arriver jusqu'à l'anus, sans aucune déchirure des parties les plus fragiles de l'entozoaire. Une purgation préalable ne diminue en rien les adhérences de la tête, elle active les mouvements péristaltiques qui étirent, étalent le cestoïde dans toute sa longueur; on obtient ainsi l'expulsion de fragments plus ou moins considérables, mais on produit aussi la rupture de l'helminthe, et la tête reste fixée à la muqueuse du duodénum.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Toulouse. — Le concours pour les places d'internes s'est terminé par la nomination de : MM. Larroque et Nègre. — MM. Brousse-Laffont et Bezi ont été nommés internes provisoires.

— La Société de médecine légale de France vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1876, est composé comme il suit :

M. le docteur Devergie; — M. le professeur Dolbeau; — M. Manuel, avocat général; — M. le docteur Gallard; — M. Delastre, avoué à la cour d'appel; — M. le docteur Riant; — M. Mayet, pharmacien; — M. le docteur Ladreit de Lacharrière.

La Commission permanente qui, aux termes des statuts est chargée d'examiner toutes les demandes d'avis motivés qui sont adressées à la Société et d'y répondre dans l'intervalle des séances, quand l'urgence le commande, se compose de :

MM. Devergie, président; — Gallard, secrétaire général; — MM. les docteurs Beaudouin, Cornil; MM. Demange, avocat, d'Herbelot, avocat général; — Lefort, chimiste, membre de l'Académie; Manuel, avocat général; MM. les docteurs Motet, Tarnier; M. le professeur Trélat.

La Société de médecine légale tient ses séances à trois heures du soir, le second lundi de chaque mois, au Palais de Justice, dans la salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil (ses séances sont publiques).

— La Société de médecine pratique a renouvelé son bureau pour l'année 1876, de la manière suivante :

Président : M. Duchaussoy. — 1er vice-président, M. Léon Duchesne. — 2e vice-président, M. Alfred Guillon. — Secrétaire général : M. Gillet de Grandmont. — Secrétaires annuels : MM. Prévost et Déel. — Trésorier, M. Caron.

— L'association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques a constitué son bureau ainsi qu'il suit pour l'année 1876 : président, M. Decroix; vice-présidents, MM. de Beaupré, Crivelli, docteur Bossu, docteur Desmarres; secrétaire général, M. Germond de Lavigne; secrétaires des séances, MM. Gindre Malherbe et Léon Fontaine; secrétaire pour l'étranger, M. L. Crivelli; archiviste, M. Petibon; trésorier, M. Raveret. Siége de l'association, 8, rue Hautefeuille, à Paris.

— Le docteur Ebers vient de découvrir — nous annonce *The Lancet* — un livre de la médecine hermétique. Ce livre consiste en une feuille de papyrus, d'environ 60 pieds de long. Les caractères noirs et rouges semblent remonter à 1,500 avant J.-C. Voici quelques titres de chapitres : Le livre secret des médecins. — La science des battements du cœur. — La connaissance du cœur d'après le prêtre-physicien Nebseeht. — La médecine pour alléger l'accumulation de l'urine et de l'abdomen.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique obstétricale professées à l'hôpital des Cliniques, par J. Depaul, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, etc.; rédigées par le docteur De Soyre. — 3e et dernier fascicule, gratis pour les souscripteurs. Prix de l'ouvrage complet, 1 fort vol. in-8° avec figures dans le texte, 16 francs; cartonné, 17 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, etc. — 2 vol. in-8°. Prix : 14 francs. Le tome 2e paraîtra fin mars 1876. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye et Ce.

De la rupture des anévrysmes de l'aorte dans la trachée et les bronches, par le docteur Sidonneau. — In-8° avec 4 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur la résection du genou (cas de tumeurs blanches et de difformités), par le docteur A. Picard. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les lésions syphilitiques des membranes profondes de l'œil, par le docteur Drouin. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Quelques considérations sur l'hygiène de la jeunesse, amour et onanisme, par Xaxier Pradel. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis, par le docteur Chaboux. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Nouvelles recherches sur la durée de la grossesse. Ses rapports avec la conception, l'ovulation et la menstruation, par le docteur Gaston. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La proposition de M. Giraud-Teulon a subi l'échec le plus complet. M. Maurice Perrin a beaucoup contribué à la faire écarter presque unanimement par l'ordre du jour pur et simple.

« Nos formules, s'est-il écrié, représentent la science du jour, peut-être demain auront-elles cessé d'être vraies. »

En conséquence, comme académicien, il s'est refusé à voir renvoyer au Ministre les conclusions même de son livre, ainsi que le proposait M. Giraud-Teulon, proposition, du reste, dont il se déclare très-flatté en qualité d'auteur.

M. le professeur Lasègue, un des anciens disciples et des meilleurs amis de notre cher maître Trousseau, une de ces personnalités éminentes que l'on est étonné de voir attendre encore leur élection à l'Académie, vient de lire, à l'appui de sa candidature, un mémoire fort intéressant, que nous publierons *in extenso*.

M. le professeur Colin (d'Alfort) a eu ensuite la parole pour faire connaître le résultat de ses recherches sur l'état du sang et de la lymphe dans la morve et dans le farcin. Il a exposé à ce propos des aperçus fort élevés de physiologie pathologique, qui seront probablement la base de quelque grande discussion.

Le reste de la séance a été occupé par une communication de M. le docteur Desnos, sur un fait rare de paraplégie due à une oblitération de l'aorte abdominale.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

La folie du doute (avec délire du toucher).

POST-SCRIPTUM (1).

Il n'est pas bien rare d'observer de véritables idées de suicide et même quelques tentatives assez sérieuses en apparence de mort volontaire. Ce fait se retrouve dans quelques-unes de nos observations, et cependant j'estime que les malades sont en général trop irrésolus et trop versatiles pour préméditer, mûrir et exécuter jusqu'au bout un projet sinistre. Ils n'ont, en effet, ni la froide énergie du persécuté, ni le sombre désespoir du mélancolique. En vertu de leurs tergiversations et de leurs défaillances, ils ont l'air d'avoir le désir de quitter la vie, ils le disent et le répètent, préparent au besoin le timide accomplissement de leur propre meurtre, mais la volonté est molle et la main tremblante. Ils flottent, n'osent pas se frapper, s'égratignent ou appellent au secours.

Un malade, dont il a été question à la Société médico-psychologique de Paris, a la crainte depuis l'âge de treize ans de dire des injures, ou de s'accuser de crimes qu'il n'a pas commis, ou enfin de laisser soupçonner ses parents et ses amis. Cette pensée maladive le domine au point d'empoisonner sa vie et de l'avoir déjà conduit à deux tentatives de suicide.

Une jeune fille, que E. Blanche a connue, éprouve un jour une très-vive frayeur pendant un violent orage, mais elle ne ressent toutefois aucun effet direct ou indirect de la foudre. A la suite de cette émotion, elle devient triste, préoccupée, taciturne; son caractère s'aigrit, son humeur est chagrine. Elle cherche à s'isoler, et dès qu'elle est seule, elle se lave les mains avec un soin minutieux et brosse ses vêtements. On l'interroge, mais elle ne donne aucune explication plausible et fait des efforts pour détourner l'attention. Dominée par ses préoccupations, et de moins en moins maîtresse d'elle-même, elle en arrive à ne plus pouvoir dissimuler ce qui la rend si perplexe, et elle avoue à ses parents que, depuis le jour de l'orage, elle a peur de trouver du phosphore sur ses mains, sur ses vêtements, sur les meubles ou même sur autrui. Soulagée par cet aveu et ne se contenant plus, elle passe toutes ses journées à se laver, à répandre de l'eau sur les siéges ou sur les parquets et à fuir tout contact avec ses parents et ses amies. Elle ne veut plus sortir, afin de ne pas être rencontrée et touchée dans les rues par des gens couverts de phosphore. Entre-t-elle dans une chambre et aperçoit-elle une boîte d'allumettes, elle pousse un cri et s'enfuit. Elle ne prend plus ses repas à la table de la famille, parce que les vêtements de ses parents et de la domestique, aussi bien que les ustensiles de ménage, pourraient bien renfermer du phosphore. La vie en commun

(1) A peine notre savant et cher collaborateur avait-il achevé de dérouler sous les yeux de nos lecteurs la description si exacte et si neuve de *la folie du doute* (*avec délire du toucher*), qu'il a retrouvé, qu'on lui a communiqué ou qu'il a observé des faits cliniques qui sont venus confirmer de plus en plus les jugements perspicaces portés par lui. Nous l'avons prié, en conséquence, de vouloir bien réunir dans une sorte de *post-scriptum* la nouvelle série de faits et d'observations que nous publions.

(*Note de la Rédaction.*)

cesse d'être possible, le père et la mère sont pris en haine, on arrive à Paris, on installe la jeune fille dans une communauté religieuse, et l'on institue un traitement approprié. La même conception délirante persiste pendant les premiers mois ; la malade apprécie sa situation, se désespère, reconnaît que ses inquiétudes sont chimériques et s'efforce sincèrement de les éloigner de son esprit ; mais elle n'y parvient pas, préfère la mort au supplice qu'elle endure et fait de sérieuses tentatives de suicide. Enfin, au bout de cinq mois, elle ressent une amélioration très-grande, se déclare guérie et rentre dans sa famille. Elle a jusqu'à présent continué à être bien portante et très-heureuse. Que deviendra-t-elle par la suite ?

On a vu jusqu'à quel point la peur des chiens enragés, des morsures et de la bave rabique, inspirait d'appréhensions, de terreurs et de crises aux malades. Les faits suivants viennent justifier les assertions émises sur ce point.

Une jeune fille de la campagne, n'offrant pas d'antécédents héréditaires fâcheux, présente, depuis l'âge de seize ans, une grande tendance à se préoccuper des choses les plus futiles, et beaucoup d'hésitation et d'incertitude dans le caractère. Plusieurs mariages qu'elle manqua par suite de ses irrésolutions la rendirent inquiète, portée à la mélancolie, et ces dispositions morales furent loin de s'améliorer à la suite d'une affection aiguë des bronches compliquée de pleurésie, qui altéra beaucoup ses forces. C'est en ce moment qu'elle vint à entendre parler d'un chien enragé qui, disait-on, courait dans le pays et venait de mordre un des chiens de la ferme. Le chien mordu ne devint pas malade. Elle resta néanmoins frappée de l'idée qu'elle pourrait gagner la rage, et dès lors cette pensée ne la quitta plus. D'abord elle évite avec soin l'animal suspect, puis elle en vint à prendre à horreur tous les objets qu'elle supposait avoir pu être en contact avec lui. Les cordes qui servaient à étendre le linge ayant été jetées près de l'écuelle du chien, elle n'osait plus toucher ni les cordes, ni même le linge. Chaque fois qu'il fallait changer de vêtements, elle éprouvait une répugnance qu'on ne pouvait vaincre qu'au prix des plus vives instances, et quand, par malheur, elle avait posé la main sur un objet suspect, elle passait des heures entières à se frotter et à se laver dans un bain de savon. Son père et sa mère, négligeant de prendre les mêmes précautions qu'elle, elle n'osait ni les toucher, ni s'approcher d'eux, et bientôt sa répulsion s'étendit à tous les objets de son entourage qui pouvaient directement ou indirectement avoir touché un objet contaminé. Au bout d'une année, les idées délirantes gagnèrent encore du terrain : un médecin ayant été appelé près d'elle, elle le soupçonna de vouloir l'empoisonner et devint défiante vis-à-vis de lui ; elle en arriva à regarder comme dangereux non-seulement le contact des objets suspects, mais encore leurs exhalaisons. C'est ainsi que pendant plusieurs jours, elle fut très-inquiète parce qu'on avait cassé auprès d'elle un objet de verre, qui se brisa en un grand nombre de morceaux ; elle craignit d'en avoir introduit des fragments par les voies aériennes, en respirant. Son père ayant été un jour pour consulter une somnambule, rapporta dans sa poche, sans l'avoir enveloppé, un serre-tête que la devineresse avait dû toucher pour donner son opinion. La malade conçut à la suite de cette circonstance et pendant plus de deux ans les plus vives appréhensions, redoutant qu'on eût conservé sur elle quelque pouvoir magnétique par l'intermédiaire de ce bonnet qu'on avait omis de brûler (1).

Un jeune homme traversant pendant la nuit une ruelle étroite, avec sa maîtresse, passe sous le cou d'un cheval attaché à la porte d'un marchand de vin. Il était dévot et sa liaison entretenait sans doute du trouble dans sa conscience. Ému après coup, il réfléchit que le cheval pouvait être morveux, avoir déposé sur lui du virus infect, et que lui-même était exposé à la maladie. Bientôt l'approche d'un chien lui cause la même crainte à propos de la rage, et le voilà vendant, changeant, donnant, lavant ou brûlant sa garde-robe, et scrutant une à une toutes les parties de son corps, pour y découvrir des indices de morve ou de rage (1).

Une jeune fille, qui vers l'âge de douze ans avait déjà été tourmentée par des scrupules religieux, voit venir presque chaque jour à la maison paternelle une personne atteinte de cancer ulcéré de la face. Elle ne paraît d'abord éprouver ni dégoût, ni répulsion, ni crainte, mais on remarque qu'elle devient triste, qu'elle semble préoccupée, qu'elle ne répond qu'en termes évasifs aux questions qu'on lui adresse, et l'on finit par savoir qu'elle est obsédée par la pensée que tous les linges et tous les objets de la maison sont plus ou moins imprégnés et recouverts de matière cancéreuse. Sous l'influence de cette appréhension, elle perd le repos, ne sait plus quelle contenance tenir, et passe son temps à brosser, à frotter et à laver. Elle reconnaît parfaitement bien que ses terreurs n'ont nul fondement, mais elle ne peut les chasser de son esprit. Sa vie est une torture de tous les instants. Peu à peu, et très-lentement, les craintes disparaissent et le retour à l'état normal s'effectue.

Quelques années plus tard, cette jeune fille, dont la santé physique est excellente et dont l'état mental est irréprochable, se marie et devient mère. Aucun trouble intellectuel n'apparaît soit pendant la grossesse, soit pendant la période puerpérale. Elle n'a aucun souci et se trouve très-heureuse. Un jour, on lui dit qu'un chien enragé est entré dans la maison qu'elle habite ; elle ne l'aperçoit pas, n'est aucunement touchée par lui, mais est très-émue. Elle se préoccupe, s'attriste, ne dit rien à personne, s'assombrit un peu et finit pas avouer à son mari qu'elle s'alarme certainement à tort, mais qu'elle a peur de trouver « de la poussière rabique » sur les meubles, sur la cheminée, sur le parquet, dans ses poches, dans les vêtements d'autrui, dans les ustensiles de ménage, en un mot partout. Elle essuie, frotte, brosse ou lave tout ce qui a pu être touché par elle chez quelqu'un, et elle n'ose pas mettre la main sur les boutons de porte.

Cette dame, âgée aujourd'hui de trente-six ans, que E. Blanche connaît parfaitement et que j'ai vue plusieurs fois tout récemment, se dit très-affligée et très-malheureuse, déplore son état, avoue que ses perplexités n'ont rien de fondé et rien de raisonnable et réclame à grands cris sa guérison. Elle a deux fils et se dit prête à tout tenter pour arriver à son rétablissement. Va-t-elle se remettre comme la première fois ?

M. A..., employé, âgé de quarante-cinq ans, intelligent, instruit, qui s'adonna, à diverses époques de sa vie, à des pratiques ignobles, rapporte lui-même son observation dans les termes que voici :

« J'ai commencé à éprouver les premiers symptômes de ma maladie nerveuse, vers l'âge de dix-sept ans. Jusqu'à cette époque j'avais joui d'une assez grande liberté d'esprit, et j'envisageais la vie sous des couleurs assez riantes ; cependant, dès ma plus tendre enfance, j'avais une très-grande peur de l'eau, et souvent, la nuit, j'avais des cauchemars qui me faisaient crier à un tel point que le lendemain matin, j'avais une extinction de voix et que je me sentais énervé. Je fus d'abord assailli par des scrupules religieux. Il me semblait que je ne disais pas bien mes prières, et je me suis vu les recommencer jusqu'à trois ou quatre fois ; souvent le soir je m'endormais à genoux,

(1) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 357 et 358.

(1) Delasiauve. *Journal de médecine mentale*, t. V, p. 79.

et je restais dans cette posture toute la nuit. N'ayant pas toujours été sincère dans mes confessions, il me semblait que je n'avais pas dit tous mes péchés à confesse, et je m'accusais de choses que je n'avais pas faites. Je ne voyais en Dieu qu'un juge inexorable, prêt à me punir; et la nuit, dans mes rêves, je voyais l'enfer prêt à m'engloutir. Cet état dura environ trois ans, au bout desquels, fatigué d'un joug aussi dur, je finis par abandonner mes pratiques religieuses; et, le doute survenant, de chrétien je devins incrédule. Je restai plusieurs années dans un état de pyrrhonisme, temps le plus malheureux de ma vie ; mais alors, éprouvant le besoin de croire, j'embrassai le déisme. Les idées religieuses ont sur moi beaucoup d'influence, puisque aujourd'hui même, où je ne crois plus à la révélation, j'ai souvent des scrupules au sujet de certaines doctrines que l'Église enseigne. Quelquefois j'entre dans les églises, chose que je ne devrais jamais faire, car les chants religieux, les orgues, les cérémonies excitent ma sensibilité nerveuse et me font pleurer. Il y a alors combat entre mon imagination et ma raison. Et lorsque je suis sorti de l'église j'éprouve les angoisses du doute.

Je m'interroge alors et je me demande ce qu'il y a de vrai, ce qu'il y a de faux, ce que c'est que la divinité, ce que c'est que l'humanité, ce qu'on entend par l'intelligence, la raison, la conscience et le libre arbitre, l'âme et le corps, la vie et la mort.

J'ai toujours eu une très-grande peur de la mort, ce qui fit naître en moi des doutes sur ma santé. Malheureusement une circonstance imprévue vint favoriser ce développement, car chaque idée fixe qui a surgi dans mon esprit a été le résultat d'un fait qui m'est propre, ou que j'ai vu, ou bien que l'on m'a raconté; et ce fait était exagéré ou dénué de fondement.

Je fus placé chez un herboriste. Un jour, on me fit piler de la chaux vive sans couvrir le mortier. J'éprouvai des éternuments. Quelqu'un me conseilla de voir un médecin. Ce médecin eut l'imprudence de me dire que je pouvais bien avoir les poumons brûlés. Ce fut un coup de foudre : il n'y eut plus dès lors de repos pour moi. Je ne pensais plus qu'à la mort, la vie me devenait insupportable ; l'idée du suicide, que j'ai toujours combattue, de toutes mes forces, me revenait continuellement à l'esprit. Je n'osais plus passer sur les ponts ni regarder par les fenêtres. Chaque fois que je voyais délayer de la chaux, j'éprouvais de la terreur et je m'enfuyais. Cette crainte était tellement grande que, sept ans après cet accident, me trouvant placé en qualité de sous-maître dans une pension qui se trouve située dans un petit village aux environs de Paris, ayant appris que la fontaine de la maison avait été réparée avec du ciment qui avait, dit-on, occasionné une gastrite à une personne qui avait bu de l'eau d'une autre fontaine réparée avec le même ciment, je suis resté près de quatre mois sans boire, c'est-à-dire ne buvant de l'eau que furtivement et quand je sortais. Je consultai alors un autre médecin qui me tranquillisa l'esprit par une réflexion fort judicieuse, en me faisant remarquer que si j'avais eu les poumons brûlés je serais mort depuis longtemps, et que l'intérieur du nez et de la bouche n'étant pas brûlé, les poumons ne l'étaient pas non plus. Dès lors je me sentis rassuré.

Vers l'âge de dix-huit ans, je tombai dans des écarts infâmes que je n'ose pas nommer, ce qui occasionna chez moi la tristesse la plus terrible, celle du repentir, qui est celle dont j'ai le plus souffert. A vingt-trois ans, je contractai une maladie syphilitique dont je ne me suis jamais cru bien guéri, quoique j'eusse tout tenté pour me rétablir. De vingt-trois ans à trente-sept, j'ai gardé la continence.

Dans ma jeunesse, ma mère ainsi que d'autres personnes m'avaient toujours recommandé de ne pas mettre d'épingles dans ma bouche ainsi que dans mes oreilles, me disant que *cela faisait mourir*. Cette recommandation s'était profondément gravée dans ma mémoire. Or il arriva que dans un songe je m'imaginai avoir laissé échapper une épingle dans mon oreille. Dès lors ma malheurseuse imagination travailla. Pendant six mois j'allai dans les hôpitaux consulter les chirurgiens qui ne trouvèrent jamais l'épingle imaginaire. Enfin j'achetai un ouvrage d'anatomie pour étudier la structure de l'oreille, et je vis que ce que je m'étais figuré était impossible. Seulement une autre crainte s'empara de moi, ce fut celle, d'avoir crevé le tympan en fouillant dans mon oreille. Aussi depuis lors n'ai-je jamais osé nettoyer mes oreilles, ce qui fait que le cérumen, s'agglomérant depuis si longtemps, j'entends assez mal. Une autre crainte relativement aux épingles me survint quelques années après. Je trouvai par malheur une épingle dans mon potage. De nouvelles appréhensions s'emparèrent de moi, je n'osais plus manger, je restais quelquefois deux jours sans rien prendre. Je devins très-maigre. Cet état dura quatre ans, au bout desquels je demandai qu'on me fît entrer dans une maison de santé.

Vers l'âge de vingt-deux ans, une autre crainte vint me troubler. Me trouvant dans la rue Jacob, je vis emmener à l'hôpital de la Charité une dame et un jeune homme qu'on avait garrottés. On me dit qu'ils avaient été mordus par un chien enragé. J'appris qu'ils étaient morts quelques jours après. Cela me fit une telle impression que dès ce moment j'ai toujours eu peur des chiens et que je n'ose pas m'en approcher. Aussi, si par malheur un chien s'avance auprès de moi lorsque je mange, tout en moi se paralyse : j'éprouve une espèce de défaillance. Il y a environ sept ou huit ans, un chien ayant fait des ordures chez moi, je fus obligé de les enlever ; or, depuis ce temps, il me semble que tous les objets que j'ai été obligé de toucher après cet accident sont susceptibles de communiquer la rage. Je me figure toujours que je ne me suis pas bien lavé les mains! Aussi, actuellement, je ne mange jamais sans m'être scrupuleusement lavé les mains. Cette crainte si forte me semble suggérée par l'idée que la science est impuissante à guérir l'hydrophobie.

Je suis entré dans la maison de santé de Charenton, vers l'âge de trente-deux ans. La nourriture prise à des heures régulières, les bains, le régime de la maison, contribuèrent beaucoup à me rendre maître de mes craintes et de mes frayeurs, car je dois dire que lorsque je refusais de manger, les nerfs avaient beaucoup plus d'empire sur moi. Dès ce moment, je pris la résolution, et me fis un cas de conscience de ne manquer aucun de mes repas. Aussi de maigre que j'étais, je pris en moins de deux ans un certain embonpoint. Malgré cela je souffrais toujours. J'eus le malheur de perdre ma mère. Pendant sa maladie, ma mère avait reçu des soins très-dévoués de la part d'une de ses amies. Cette personne étant venue à tomber malade elle-même, ma mère me pria de la placer dans la Maison municipale de santé. Plusieurs personnes m'assurèrent que cette pensée lui était venue parce qu'elle ne voulait pas être enterrée dans le cimetière de notre localité. Partageant cette manière de voir, je m'empressai d'accomplir sa volonté, en employant toutes les précautions nécessaires pour son transport. J'eus le malheur de la perdre le lendemain de son entrée dans la maison de santé. On eut le tort de me dire que le transport pouvait avoir accéléré sa mort. Ce fut pour moi un nouveau chagrin, chagrin qui dure encore. J'aurais dû me souvenir que deux médecins l'avaient condamnée quinze jours auparavant !

Actuellement (octobre 1875), quoique je sois plus maître de moi qu'il y a quinze ans, je dois dire qu'il y a des moments où je souffre beaucoup et presque autant qu'à cette époque, parce que ma mémoire me fournit un plus grand nombre de faits qui servent de pâture à mon imagination. En voici un exemple. Étant jeune, j'étais d'un caractère assez doux, peut-être un peu débonnaire. Ayant eu un démêlé avec un enfant de mon âge et ayant été brutalisé par lui, quelqu'un me dit que j'étais trop bon, et que, si mon agresseur revenait me faire du mal, je prisse un couteau : ce que je fis pour lui faire peur. Cela n'alla pas plus loin. Le père de l'enfant m'accabla de reproches, et l'homme qui m'avait conseillé d'agir ainsi, au lieu de me défendre, garda le silence. Cette pensée me revient à l'esprit au bout de trente ans, et mon imagination vagabonde me fait croire que j'ai usé du couteau, ce qui me cause quelquefois des cauchemars. Il faudrait, pour me dissuader de cette folie, que je visse la personne, mais je l'ai perdue de vue depuis si longtemps !

En terminant ce résumé, je dirai que j'éprouve un grand chagrin de me voir ainsi, et que le projet de me détruire se présente souvent à mon esprit. On m'a conseillé de me marier, mais je n'y consens pas. »

Ce malade suit un traitement dont j'espère de bons résultats. Il prend de 2 à 4 grammes par jour de bromure de potassium, fait des lotions froides et de l'exercice. Il a renoncé à son culte pour

Platon et à la méditation des ouvrages philosophiques; il s'occupe sans cesse et doit consacrer ses loisirs à la lecture et à l'annotation des œuvres historiques de M. Thiers. Puissé-je lui avoir bientôt rendu le calme dont il a tant besoin!

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 décembre 1875. — Présidence de M. Fremy.

Dans cette séance solennelle a eu lieu la proclamation des prix. Nous reproduisons le nom des lauréats qui appartiennent à l'ordre de la médecine; heureux de saluer plusieurs de nos collaborateurs, dont l'Institut vient de couronner les travaux.

PRIX DÉCERNÉS

Prix Montyon (médecine et chirurgie). — 2,500 francs, à M. Alph. Guérin, pour « Méthode des pansements ouatés; » — 2,500 francs à M. Legouest, pour « Traitement de chirurgie d'armée; » — 2,500 francs à M. Magitot, pour « Traité des anomalies du système dentaire chez les mammifères. » — *Mentions,* 1,500 francs, à M. Berrier-Fontaine, pour « Études sur la capacité du système artériel; » — 1,500 francs à M. Pauly, pour « Esquisses de climatologie comparée; » — 1,500 francs à M. Raphaël Veyssière, pour « Recherches sur l'hémianesthésie de cause cérébrale. » — *Citations honorables* : « Recherches sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chloroformique, » par MM. Budin et Coyne; — « La méthode antivirulente contre les affections charbonneuses, » par M. Saint-Cézard; — « De l'oblitération du vagin contre l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substance de la vessie, » par M. Herrgott; — Le « Traité des injections sous-cutanées, » par M. Luton; — Le « Traité d'hygiène militaire, » par M. Morache; — « Mémoires sur la congestion et l'apoplexie rénales dans leur rapport avec l'hémorrhagie cérébrale; sur l'apoplexie pulmonaire unilatérale dans ses rapports avec l'hémorrhagie cérébrale; sur certaines modifications de la sécrétion urinaire consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, » par M. Auguste Ollivier; — « Du traitement du charbon chez l'homme par les injections sous-cutanées, » par M. Raimbert; — le « Traité d'obstétrique vétérinaire, » par M. Saint-Cyr.

Prix Montyon (statistique). — *Prix de* 1875, M. Borius, pour « Recherches sur le climat du Sénégal. » — *Mention très-honorable* : M. Maher, pour « Statistique médicale de Rochefort. » — *Mentions honorables :* M. Ricoux, pour « Contribution à l'étude de l'acclimatement des Français en Algérie »; — M. Lecadre, pour « Le Havre en 1873 »; — M. Trémeau (de Rochebrune), pour « Essai de statistique médicale sur les ambulances d'Angoulême pendant la guerre de 1870-1871 »; — A l'auteur anonyme d' « Études statistiques sur les mort-nés. »

Prix Lacaze (chimie) : M. Favre, doyen de la Faculté des sciences de Marseille.

Prix Barbier. — 2,000 fr., à M. le professeur Rigaud, de Nancy, pour « Nouveau mode de traitement curatif (par l'isolement de la veine) des dilatations variqueuses des veines superficielles des membres inférieurs, ainsi que du varicocèle; » — 1,500 fr. à M. Alb. Robin, et 1,500 fr, à M. Hardy, pour « Études sur l'action du jaborandi. »

Grand prix de médecine et de chirurgie. — M. Onimus, pour ses travaux relatifs à l'application de l'électricité à la thérapeutique.

Prix Godard. — 2,000 fr., à M. Alph. Herrgott, pour « De l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin. »

Prix Serres. — *Mentions :* M. Campana, pour « Recherches sur l'anatomie et la physiologie des appareils respiratoires, digestifs, et des séreuses des oiseaux »; — M. Georges Pouchet, pour « Études sur le développement du squelette et, en particulier, du squelette céphalique des poissons osseux.

Prix Chaussier. — 5,000 fr. (moitié du prix), à M. le professeur Gubler, pour « Commentaires thérapeutiques du *Codex medicamentarius* »; — 2,000 fr., à M. Legrand du Saulle, pour « Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale »; — 2,000 fr., à MM. Bergeron et L'Hôte, pour « Études sur les empoisonnements lents par les poisons métalliques »; — 1,000 fr., à M. Manuel (de Gap) pour « Constitution de l'assistance médicale en service public rétribué par l'État. »

Prix Montyon (physiologie expérimentale). — M. Faivre, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, pour ses travaux sur les insectes.

Prix Lacaze (physiologie). — M. Chauveau, pour l'ensemble de ses travaux sur les maladies virulentes et contagieuses.

Prix Montyon (arts insalubres). — 2,500 fr., à M. Denayrouze, pour ses appareils de sauvetage.

Nous publierons prochainement les sujets de prix proposés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse une lettre, dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur le passage suivant du rapport d'ensemble sur les opérations de l'inspection médicale de 1873 arrêté en réunion générale des inspecteurs du service de santé des armées :

« Les vaccinations et revaccinations laissent à désirer. Aussi, comme l'an dernier, est-il demandé qu'elles soient pratiquées aussitôt que possible après l'incorporation; qu'elles soient faites de bras à bras avec le choix le plus scrupuleux des sujets vaccinifères, seule méthode efficace. »

M. BLOT, directeur de la vaccine, déclare que les vaccinations et revaccinations se font absolument comme M. le ministre demande qu'elles soient faites. La lettre ministérielle est donc sans objet.

M. DEPAUL dit qu'à l'époque où il était directeur de la vaccine, les choses se passaient exactement comme aujourd'hui.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de remercîments de M. le docteur Raimbert (de Châteaudun), récemment élu membre correspondant.

INSTALLATION DU NOUVEAU BUREAU

M. GOSSELIN, président sortant, après avoir, en quelques mots, rappelé les travaux et les discussions de l'Académie pendant l'année 1875, cède le fauteuil à son successeur M. Chatin.

M. CHATIN, dans un petit discours fort applaudi, remercie l'Académie de l'avoir élevé à la présidence.

INCIDENT

M. JULES GUÉRIN demande la parole à l'occasion du procès verbal. Il dit qu'après l'accueil fait dans la dernière séance à sa proposition de nommer une commission devant laquelle aurait été porté le débat sur la myopie, il ne croit pas qu'il y ait lieu de revenir sur la discussion, provisoirement close. Mais toute question comprend un passé, un présent et un avenir. Les doctrines soutenues par M. Jules Guérin ont eu pour elles le passé, elles ont contre elles le présent, mais M. Jules Guérin pense que l'avenir leur appartient. Aussi, se confiant dans cet avenir, il se borne quant à présent à déposer sur le bureau une série de 150 observations et un mémoire qu'il met à la disposition de ceux de ses collègues qui voudront les consulter.

LECTURE

M. LASÈGUE, candidat à la place vacante dans la section de pathologie interne, lit un mémoire sur le *délire mental.* (Sera publié.)

DISCUSSION SUR LA MYOPIE

L'ordre du jour appelle le vote sur la proposition faite par M. Giraud-Teulon, d'adresser son travail et la discussion dont il a été

l'objet devant l'Académie et MM. les ministres de la guerre et de la marine.

Il s'établit sur cette proposition une discussion confuse à laquelle prennent part MM. Maurice Perrin, Bouillaud, Larrey, Legouest et Giraud-Teulon, et qui se termine à la demande d'un grand nombre de membres, par le vote presque unanime de l'ordre du jour. En conséquence la proposition de M. Giraud-Teulon se trouve écartée.

COMMUNICATION SUR LA LEUCOCYTOSE MORVEUSE

M. COLIN rappelle que l'attention des pathologistes ne s'était pas encore portée suffisamment sur les altérations du sang et de la lymphe qui peuvent exister aux différentes phases de la morve et du farcin. Il a entrepris de combler cette lacune de la science par une série de recherches spéciales.

La méthode dont il s'est servi pour mesurer la proportion des leucocytes dans le sang des animaux morveux, n'est applicable qu'aux seuls solipèdes, dont le sang ne se coagule qu'avec une grande lenteur. Elle consiste à laisser le sang se reposer durant plusieurs heures dans une éprouvette graduée, à une température voisine de 0. En pareil cas la colonne sanguine (quand il s'agit de solipèdes), se sépare en trois couches : la couche inférieure, où se sont portés les globules rouges, la couche supérieure, composée presque exclusivement de plasma, la couche intermédiaire où se sont rassemblés au bout de quelques heures les globules blancs, les globulins, etc., plus lourds que le plasma, mais plus légers que les globules rouges. D'après l'épaisseur plus ou moins grande de cette couche intermédiaire, relativement à la couche inférieure, on peut donc juger de la proportion des leucocytes relativement aux hématies.

Cette épaisseur proportionnelle de la couche des leucocytes s'accroît rapidement et très-notablement dans la morve et dans le farcin. De 1/50 ou même 1/80, chiffres entre lesquelles elle oscille généralement dans le sang des chevaux bien portants, elle peut finir par s'élever jusqu'à 1/12 ou même 1/10.

Des modifications parallèles s'observent dans la lymphe des divers vaisseaux lymphatiques, et spécialement de ceux qui émergent de points où se trouve quelque lésion morveuse. M. Colin décrit longuement ces modifications qui portent sur la couleur de la lymphe, sa coagulabilité, etc.

Examinant cette leucocytose dans ses conséquences probables, il rappelle par comparaison ce qu'on observe dans la tuberculose expérimentale, et, à cette occasion, soulève une série de questions d'étiologie qui demanderont des développements ultérieurs.

En résumé, M. Colin formule les conclusions suivantes :

« 1° Il y a, dès le début de la morve et du farcin, surtout dans la forme chronique, une leucocytose qui s'accentue à mesure que la maladie fait des progrès.

« 2° Cette leucocytose peut être facilement constatée et mesurée à l'aide des procédés hémato-métriques que j'ai décrits,

« 3° Cet état du sang et de la lymphe s'associe souvent à l'anémie, surtout dans la morve chronique, lorsque l'état des poumons apporte des troubles graves à l'hématose.

« 4° Enfin la leucocytose morveuse, dont le point de départ principal est le système lymphatique, paraît jouer un rôle important dans le développement des lésions pulmonaires. »

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES. — PARAPLÉGIE PAR OBLITÉRATION DE L'AORTE ABDOMINALE.

M. DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié, présente des pièces pathologiques relatives à un cas de paraplégie par oblitération de l'aorte abdominale, de ses branches de terminaison et de leurs principales divisions, avec hématurie par coagulation sanguine dans l'artère rénale droite, et donne les détails de cette observation avec des développements circonstanciés sur l'état actuel de la science et les faits analogues au sien,

Dans celui-ci, il s'agit d'un homme qui, après avoir présenté les signes d'une affection du cœur (rétrécissement de l'orifice mitral), ceux d'un ramollissement cérébral et des accidents dysentériformes, fut pris, après des douleurs vives accusées depuis la veille dans la cuisse gauche, d'une paraplégie absolue et subite du mouvement et de la sensibilité dans ses différents modes, ainsi que d'une rétention d'urine, avec roideur musculaire, couleur violacée des membres inférieurs, avec sugillations plus foncées sur le trajet des veines, et un abaissement de température à 20 degrés à gauche et 26 degrés à droite. Il mourut trente-six heures après le début des accidents, emporté par une congestion pulmonaire, après avoir présenté une hématurie et une gastro-entérorrhagie.

A l'autopsie on trouva entre autres lésions, un rétrécissement de l'orifice mitral, avec hypertrophie du cœur et syphose cardiaque. Quant à l'aorte qui était saine d'ailleurs, on trouva au-dessus de la terminaison de l'aorte abdominale un caillot d'une longueur de 0,025 millimètres, de 0,03 millimètres de diamètre antéro-postérieur, et de 0,02 centimètres de diamètre transversal. Le caillot se prolongeait dans les deux iliaques primitives sans interruption et dans l'iliaque externe de l'un et l'autre côté. Puis à droite il s'étendait dans la fémorale et dans la poplité.

Ce fait se rapproche des paraplégies et des hémiplégies intermittentes signalées par les médecins vétérinaires chez le cheval et chez l'homme, par MM. Barthe, Charcot, Gull, Cummius, Guéneau de Mussy, dans la thèse de Sabourus. Comme chez eux, il est du à l'ischémie produite par des caillots oblitérant l'aorte ou ses principales divisions. Les conditions particulières de travaux, d'efforts, de chutes pouvant entraîner des déchirures et des inflamations de l'aorte et par conséquent des coagulations, expliquent la fréquence de ces coagulations chez le cheval. Le fait de M. Desnos, diffère pourtant des faits précédents observés chez l'homme ou les animaux, en ce que dans le sien la paraplégie est absolue, permanente, tandisque dans les autres elle est intermittente, ce qui vient de ce que dans ces derniers l'oblitération n'étant pas complète par suite du rétablissement relatif du cours du sang par des anastomoses ou par la canaliculation des caillots, l'irrigation sanguines des éléments du système nerveux, peut, bien qu'insuffisante, entretenir dans ceux-ci un certain degré d'incitabilité, qui s'épuise par le travail pour se reproduire pendant le repos. Au contraire, dans l'observation de M. Desnos, l'ischémie était absolue par suite d'une oblitération complète, la paralysie s'était produite subitement comme on le voit dans les ligatures de l'aorte des vivisecteurs, lorsque, comme M. Vulpian, on sait se mettre à l'abri du retour du sang au-dessous de la ligature par les anastomoses. Les paraplégies absolues sont très-rares.

Il en existe cependant une observation de M. Bourdon lue à la Société des Hôpitaux, et une de M. Jean lue à la Société anatomique. Il serait important de pouvoir en établir sur le vivant la signification pathogénique, car à l'encont e de la claudication intermittente, elles font courir de grandes chances de gangrène très-étendue et mortelle. Or M. Desnos a pu établir le diagnostic pendant la vie. Il croit qu'il serait possible d'arriver dans l'avenir en semblable circonstance, et établit en forme de conclusions les propositions suivantes pour formuler le diagnostic :

1° Soudaineté foudroyante des accidents lorsqu'ils n'ont pas été précédés de symptômes caractéristiques de paralysie et de claudication intermittente. On ne retrouve cette soudaineté que dans l'hématomyélie et la paraplégie hystériques, qui présentent de nombreux signes différentiels avec la paralysie ischémique.

2° Abaissement énorme de la température des membres inférieurs. Les troubles de nutrition qui surviennent dans des membres paralysés depuis longtemps peuvent bien amener un abaissement de quelques dixièmes de degré et même d'un ou deux degrés mais jamais un abaissement subit de 12 et de 15 degrés.

3° Coloration violacée des téguments, sugillations livides sur le trajet des veines.

4° Raideur des muscles paralysés.

5° Enfin, symptôme pathognomonique, cessation de battements des artères des membres paralysés.

Il faut, en outre, tenir compte des conditions où se trouve le malade, et qui comme chez le malade de M. Desnos, atteint d'une grave affection du cœur, comme chez la jeune fille qui fait le sujet de l'observation de M. Boudron, affectée d'une endocardite végétante, favorisent l'anopexie et la formation des caillots autochthones ou emboliques.

M. Desnos a encore appelé l'attention sur la formation d'un caillot de l'artère rénale droite, sur l'hématurie qui en a été la conséquence et sur cette hématémèse des dernières heures de la vie sans lésion apparente de la muqueuse stomacale, liée sans doute à une hyperémie qui rappelle les congestions observées à la suite de la ligature de l'aorte dans les régions situées au-dessous de l'organe.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV.

Il est, vous le savez comme moi, monsieur le directeur, des gens que tout ceci toucherait fort peu, et vous avez sans doute rencontré des fanatiques de liberté, d'initiative individuelle, des ennemis de toute influence officielle soi-disant délétère et mortelle, qui répètent hautement que ce n'est pas en créant de grandes places qu'on crée de grands hommes ; que Boerhaave, Linné, Bergman, auraient été de grands professeurs, quand bien même les universités de Leyde, d'Upsal et de Stockholm, n'auraient pas existé. La belle, l'éclatante découverte! Il fallait sans doute que cela fût si hautement crié pour que nous sachions que toute place ne confère pas à celui qui l'occupe le mérite et la science nécessaires, qu'on n'est pas un grand orateur parce qu'on monte à une tribune, un grand général pour commander une armée, et qu'enfin l'habit ne fait pas le moine.

La science peut suppléer au génie : si elle n'en a pas les allures despotiques et bruyantes, elle en a souvent la puissance et la force. C'est à l'État, qui représente la nation entière de veiller à ce que ceux d'entre les citoyens qui ont la volonté, la patience et le courage des longs travaux, ne voient pas s'épuiser tous ces trésors de production sans secours, sans conseil, sans appui. Outre-Rhin, ceci a été admirablement compris. Les gouvernements savent qu'en fournissant des moyens larges et appropriés à des professeurs laborieux, exacts, bienveillants, ils donneront à la jeunesse des écoles les maîtres les plus utiles. Le génie, la science, sa vraie sœur, naîtront certainement sur un terrain si bien préparé ; en tout cas les questions scientifiques seront forcément bien résumées, notablement éclaircies, le progrès sera facilité, des découvertes verront le jour. Les points de contact, les relations entre professeurs et élèves, pour ce faire, doivent être incessamment multipliés. Le cours froidement fait *ex cathedra* ne suffit pas; l'hôpital, au contraire, commence ce que les laboratoires achèvent. Il faut que des professeurs soient en état permanent de professorat : on leur demande de propager avec une infatigable activité la science déjà faite et des idées nouvelles et justes, et on leur refuse les seuls lieux où cet apostolat scientifique et ces rapports si excellents entre élèves et maître peuvent se produire.

Nombre de vos lecteurs se rappellent la situation matérielle de la Faculté de médecine à Strasbourg avant 1870; depuis 1866, il faut le dire, d'assez importants changements avaient été faits. Avant 1866, la Faculté de médecine n'était point séparée des autres Facultés; trop visiblement à l'étroit, il fut résolu qu'on l'agrandirait, et une grande et belle construction fut élevée sur la place de l'Hôpital Civil. On y enseignait la chimie, la physique, les sciences accessoires et la bibliothèque enfin y était placée. Ce bâtiment était construit sur les plans des universités allemandes : séparation des chaires, chaque étage étant occupé par un professeur qui avait sous la main son amphithéâtre, ses laboratoires, son musée. L'anatomie, la physiologie, étaient reléguées dans une vieille construction, anciennement dépendance de l'hôpital civil, qui laissait et laisse encore à désirer à tous les points de vue : peu ou point de jour, pas d'air, insalubrité complète depuis les amphithéâtres d'anatomie qui se trouvent au rez-de-chaussée, jusqu'aux combles. Telle était, rapidement esquissée, la situation de cette importante Faculté qui ne comptait pas moins de trente-deux professeurs, seize titulaires et seize agrégés. Grâce à l'initiative de cet éminent corps enseignant, la Faculté se trouvait donc dotée depuis 1867, mais en partie seulement, d'une construction assez spacieuse qui, tout en pouvant satisfaire aux besoins actuels, était certainement insuffisante pour attirer de nouveaux élèves et donner matériellement à la Faculté le rang que le talent des professeurs lui méritait scientifiquement.

Je vous l'ai dit, monsieur, dans la première partie de cette lettre, environ 700 à 750 étudiants suivaient les cours : dans ce nombre nous comptions 450 élèves de l'École de santé militaire. Le chiffre total était d'ailleurs convenable pour imprimer à ce centre d'instruction une activité remarquable : nous n'avons pas à nous étendre sur ce sujet.

En octobre 1870, quand les Badois entrèrent dans la ville après ce cruel bombardement de quarante jours, les ruines de quartiers entiers et des principaux monuments publics étaient encore fumantes. L'œuvre de barbarie était complète. Les Strasbourgeois avaient non-seulement vu leurs maisons criblées de boulets ou réduites en cendres, non-seulement l'arsenal, l'état-major de la place, la direction de l'artillerie, ce que l'on peut admettre du reste, mais ils avaient encore vu, acte inouï de vandalisme, détruits par les bombes incendiaires du général de Verder, le temple neuf avec ses riches bibliothèques, le musée de peinture, le palais de justice, le gymnase protestant, l'église de l'hôpital civil et enfin la nef de leur admirable cathédrale. Rien n'avait été épargné par un vainqueur; ce jour là vraiment sauvage, ni les arts, ni la science, ni les malades et blessés. Un tel crime de lèse-civilisation, commis sur cette ville-sœur qu'il fallait rattacher à la prétendue mère-patrie, avait suffi pour soulever la réprobation de l'Europe entière et une haine difficile à éteindre dans le cœur des vaincus. Je n'ai pas à revenir, et ne l'ai guère à cœur du reste, sur ces jours de deuil, mais il est difficile de ne point laisser échapper une plainte quand on parle de notre Strasbourg et des trésors scientifiques anéantis à jamais dans le but inutile d'intimider nos vaillants compatriotes.

Vous croiriez difficilement aujourd'hui que les Allemands se refusent à accepter la responsabilité de la catastrophe qui a notamment privé la science des bibliothèques vraiment uniques réunies dans le temple neuf près la cathédrale. Leur embarras est grand, et les explications qu'ils donnent ont un air de mauvaise plaisanterie prussienne peu séant en de si graves matières : ils plaident les circonstances atténuantes, leurs pointeurs étaient si maladroits! (Notez qu'au troisième coup une batterie a réussi à toucher, le 25 septembre, la croix en pierre qui surmonte la flèche de la cathédrale à une hauteur de 140 mètres et à la briser; ce qui constituait un but de 50 centimètres de largeur à peine : avouons que voilà des pointeurs tout à fait malhabiles). Ils connaissaient au contraire admirablement le plan de Strasbourg, et l'incendie de la cathédrale, l'incendie des bibliothèques, le bombardement de l'hôpital furent choses froidement préméditées, et exécutées avec autant de précision que de rigueur. M. Rodolphe Reuss, publiciste distingué, ajoute même dans une intéressante notice (1), qu'il tient de source certaine, qu'un professeur d'une université de l'Allemagne du Sud (nous regrettons de ne pas savoir le nom honorable de ce vrai savant), qui autrefois avait largement exploité les rares collections bibliographiques de Strasbourg, avait écrit une lettre très-longue et très-détaillée au général de Verder pour le prier de ménager en tout cas la bibliothèque et pour lui en décrire minutieusement la position exacte. Ces renseignements servirent au contraire au général pour en hâter plus exactement la destruction. Ne fallait-il pas que la pression psychologique et morale fût une réalité à Strasbourg comme à Paris.

La bibliothèque de l'École de droit et celle de l'École de médecine échappèrent cependant à ce désastre; elles étaient d'ailleurs placées dans les locaux affectés à ces deux Facultés, et non confondues avec les deux bibliothèques de la ville et du séminaire (2).

(1) Suite. — Voir les numéros des 14, 16 et 18 décembre.

(1) *Les bibliothèques publiques de Strasbourg*, incendiées dans la nuit du 24 août 1870. — Fischbacher, à Paris, 1871.

(2) Le séminaire protestant est à Strasbourg l'héritier de l'ancienne Université de cette ville : on y enseigne la théologie, la philologie et la philosophie.

Aujourd'hui, monsieur, ces ruines, il s'agit de les faire disparaître en même temps que les souvenirs de colère et de haine qui tiennent si fortement au cœur des Strasbourgeois et des paysans alsaciens ; mais croyez bien que la mémoire de tant d'inutiles violences durera encore, quand la ville n'offrira plus les tristes décombres qui, à cinq ans de distance, et malgré l'activité des vainqueurs, frappent encore les regards. Sachons le dire, cependant, avec une franchise égale à celle qui nous fait blâmer hautement ici cette inexcusable destruction et haïr les vandales qui y ont concouru; s'il nous faut encore réduire à leur juste valeur les prétendues générosités de tous ces professeurs, bibliothécaires, libraires, éditeurs, écrivailleurs plus ou moins prussiens qui promettent de doter l'université germanique de Strasbourg, de leurs œuvres, de leur fonds de magasin, des doubles de bibliothèques, de leurs collections particulières, comme si un tel ramassis de livres modernes pouvait prétendre au nom de bibliothèque ! Nous ne devons point négliger de nous rendre un compte sérieux de tout ce que les Prussiens font à l'heure présente en Alsace, pour réparer, réorganiser, édifier enfin des choses nouvelles. Il appartiendrait à des personnes d'une compétence spéciale de vous entretenir de l'application de la législation de l'Empire dans cette terre française et des difficultés qu'elle rencontre à mille points de vue ; ou bien de vous conduire à Reichsett, à Wanzenau, à Illkirch, à Ostwald, à Lingolskeim, etc., et de vous apprendre là que désormais douze forts entourent la ville et devront la protéger contre un nouveau bombardement, maintenant qu'elle est devenue allemande sinon de cœur, du moins de fait ; ou bien de vous mener dans les écoles et de vous montrer le français, langue étrangère, remplacé par l'allemand, langue nationale, si bien qu'il ne vous faudra plus demander votre chemin à un enfant de six à neuf ans dans un village d'Alsace, sur une place de Strasbourg et même dans une rue de Metz. Vous sauriez seulement par sa réponse que déjà la langue sépare hélas ! de nous, ces générations nouvelles. Tous ces détails figureraient avec intérêt sur le carnet d'un officier, d'un avocat ou simplement d'un curieux en villégiature, pour nous, nous devons nous restreindre, et ne pas oublier que, médecin, nous devons parler médecine. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Inscriptions et consignations. — Le doyen a l'honneur de prévenir MM. les étudiants que les inscriptions et les consignations pour le trimestre de janvier 1876, seront reçues à partir du lundi 10 janvier, et dans l'ordre suivant :

1° *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions ouvert à partir du lundi 10 janvier, sera clos le 27 du même mois.

Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de une heure à quatre heures.

Passé le délai sus indiqué, aucune inscription ne sera admise sans une autorisation de l'autorité supérieure demandée par voie de pétition.

L'administration espère que MM. les étudiants comprendront la nécessité de se conformer à ces prescriptions, dont l'inexécution aurait des conséquences graves par l'interruption apportée dans la régularité de leur scolarité.

2° *Consignations.* — Les consignations pour les examens de doctorat seront reçues le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures, à partir du vendredi 7 janvier.

L'administration croit devoir rappeler à MM. les étudiants que la mise en série a lieu dans l'ordre des consignations et qu'ils doivent, à moins d'excuses légitimes et reconnues telles par la commission scolaire, se présenter devant le jury le jour où ils sont convoqués. Toute contravention à cette prescription réglementaire entraîne la perte de la partie de la consignation représentant le droit d'examen.

Le doyen a également l'honneur de prier MM. les étudiants de ne verser les fonds pour les inscriptions et les consignations, de quelque nature que ce soit, qu'à la caisse du secrétariat, et d'exiger en échange de la somme versée une quittance détachée du registre à souches.

Cette quittance, qui constate officiellement le versement des droits que la loi a déterminés, doit être conservée avec soin et représentée à toute réquisition de l'autorité compétente ou des agents de l'administration.

L'administration ne répond pas des sommes versées en dehors des conditions ci-dessus rappelées.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite de la retraite de M. Gailleton, M. Dron, chirurgien-major sortant passe du service des hommes de l'Antiquaille, à celui des femmes : M. Horand, le nouveau chirurgien major passe du service des enfants à celui des hommes ; et M. Aubert, le chirurgien-major désigné prend celui des enfants.

— M. Mallet, officier de santé à Doullens, vient de recevoir une médaille d'argent de 1re classe pour services importants rendus pendant la guerre de 1870-1871. — A soigné avec le plus grand dévouement les militaires blessés recueillis à l'hospice de Guyencourt.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Michel Prudent ancien lauréat de l'école de médecine de Lyon, emporté à la maison Dubois par une phthisie galopante. M. Prudent s'était distingué pendant la guerre de 1870-1871, et y avait perdu l'œil droit.

— *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur Béhier reprendra ses leçons cliniques le mercredi 12 janvier et les continuera les mercredis suivants, à neuf heures et demie.

Les lundis seront consacrés aux conférences de chimie appliquée à la clinique et les vendredis aux démonstrations d'anatomie pathologique.

Visite des malades et interrogatoire des élèves, tous les jours à huit heures et demie.

— *Cours de pathologie générale.* — M. Rigal, agrégé suppléant M. le professeur Chauffard, commencera son cours de pathologie générale, le lundi 10 janvier, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

—

DÉCLARATION DE NAISSANCE. — SECRET MÉDICAL

Dans les premiers jours du mois de décembre 1875, M. le docteur Berrut se présentait à la mairie du septième arrondissement de Paris pour y faire la déclaration de naissance d'un enfant, sans indication de père et de mère, et sans désignation de la maison où avait lieu l'accouchement. M. le maire refusa, pour cette dernière raison, de recevoir la déclaration qui lui était faite.

M. le docteur Berrut assigna alors M. le maire du septième arrondissement devant le tribunal civil de la Seine pour voir dire qu'il serait contraint de recevoir la déclaration telle qu'elle avait été faite.

M. le docteur Berrut a soutenu lui-même sa demande. Me Hubert-Valleroux a plaidé pour M. le maire du septième arrondissement.

Le tribunal a rendu un jugement aux termes duquel :

Attendu que le docteur Berrut ne connaissait le lieu de naissance de l'enfant que par sa profession de médecin, et qu'il était dès lors tenu au secret professionnel ;

Que, de plus, il est constant que souvent l'indication de la maison où a lieu l'accouchement équivaudrait à la divulgation du nom de la mère ;

Qu'en conséquence cette divulgation ne peut être exigée ;

Déclare Louise-Armande, née le 7 décembre 1875, dans la circonscription du septième arrondissement de Paris, de père et mère inconnus, et dit que le présent jugement lui servira d'acte de naissance.

—

PRIVILÉGE. — MÉDECIN. — FAILLITE.

M. le docteur Jeanjot nous adresse le document suivant (*Journal du notariat*, article 18182), qu'il n'est pas inutile de publier, à côté de l'arrêt que nous avons inséré dans notre numéro du 14 décembre 1875.

Le privilége des médecins pour frais de dernière maladie ne s'applique qu'en cas de décès; il ne peut être exercé par le médecin en cas de faillite du malade. (Code Napoléon, 2101, § 2.)

Ainsi jugé par la Cour de cassation, le 21 novembre 1864.

Cette question controversée n'avait pas encore été soumise à la Cour de cassation. La doctrine consacrée par l'arrêt actuel est contraire à l'opinion de MM. Duranton, t. 19, n° 54; Troplong, n° 137; Pont, n° 76; Dictionnaire du Notariat, v° *Privilége*, n° 54, 4e édition.

Le docteur Vergne a assigné, le 16 juillet 1862, devant le tribunal de commerce de la Seine, le syndic de la faillite du sieur Pesty, en payement d'une somme de 750 francs, réduite à l'audience à 600 francs, qu'il prétendait lui être due pour les soins qu'il avait donnés au failli depuis les premiers jours de septembre jusqu'au 27 décembre 1861, époque à laquelle la faillite avait été déclarée. Il demandait que cette somme fût colloquée par privilége sur l'actif de la faillite, aux termes de l'art. 2101, § 3, Code Napoléon, comme faisant partie des frais de la dernière maladie du débiteur.

20 août même année, jugement qui admet la créance du docteur Vergne au passif de la faillite, mais sans privilége, par les motifs ci-après :

« Attendu que le docteur Vergne a donné à Pesty, du 1er septembre 1861 au 27 décembre suivant, jour de la déclaration de faillite de ce dernier, des soins dont la rénumération est justement fixée à la somme de 600 francs.

« Mais attendu qu'il réclame à tort son admission par privilége au passif de la faillite, arguant des termes de l'art. 2101 Code Napoléon ; — Que, par ces mots : « la dernière maladie, » la loi a clairement désigné celle qui est suivie du décès ; qu'il ne peut y avoir de doute, ni ouverture a aucune autre interprétation en raison même de la place assignée à ce privilége, immédiatement après celui énoncé au § 2 pour les frais funéraires. »

Pourvoi en cassation pour violation de l'art. 2101, § 3, Code Napoléon. Mais, le 24 novembre 1864 (chambre civile).

« La Cour : — Attendu que, sous l'ancien droit, le privilége pour les frais de dernière maladie n'existait que pour ceux causés par la maladie suivie du décès du débiteur; que les rédacteurs du Code, par les expressions dont ils se sont servis et par la place qu'ils ont assignée à ce même privilége, immédiatement après celui énoncé au § 2 de l'art. 2181 pour les frais funéraires, ont clairement manifesté la volonté qu'il devait en être encore ainsi sous l'empire de la législation nouvelle ; que les priviléges sont de droit et ne peuvent être éten-

dus au delà des cas pour lesquels ils ont été limitativement établis ;

« Attendu, en fait, que Pesty n'a point succombé à la maladie à l'occasion de laquelle le docteur Vergne lui a rendu les soins dont il demande la rémunération ; et qu'il n'importait, dès lors, que ces soins eussent été donnés jusqu'au jour de la déclaration de la faillite du débiteur ; — Rejette. »

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

—

Quelques épisodes de l'ataxie locomotrice.

Dans sa dernière conférence clinique, M. Charcot a entretenu son auditoire de quelques-uns des épisodes de l'ataxie locomotrice progressive, et de ceux-là en particulier qui se rencontrant chez quelques malades à l'exclusion de l'incoordination des mouvements, constituent ce que l'on pourrait appeler des cas d'ataxie fruste ou sans ataxie. Ce serait là, par parenthèse, une sorte de critique implicite de la dénomination donnée par Duchenne à cette maladie, si, en souvenir même de sa découverte, nous ne considérions comme une sorte de devoir respectueux de la conserver. Rien n'empêche d'ailleurs qu'on lui accole, à titre de synonymie, l'expression de *tabes dorsal* qu'emploie volontiers M. Charcot, et qui a l'avantage, par le vague même de son étymologie, de ne rien préjuger. Mais entrons dans le fond même du sujet.

Pour bien apprécier l'intérêt des faits dont M. Charcot a fait l'exhibition dans cette séance, il est indispensable de rappeler en peu de mots et d'une manière très-sommaire l'ensemble et la succession des phénomènes qui constituent l'affection dont il s'agit.

On sait que l'ataxie locomotrice ou tabes dorsal est une affection spinale dont le siége et la lésion anatomique sont aujourd'hui parfaitement déterminés, qui se traduit par un ensemble de symptômes spinaux caractéristiques, et auxquels se surajoutent le plus ordinairement des phénomènes céphaliques. Dans sa forme vulgaire, complète et en quelque sorte typique, elle se compose de trois ordres de phénomènes dont l'apparition successive représente trois périodes : l'une dite période des douleurs fulgurantes (prodromique); la deuxième, des troubles de coordination des mouvements (ataxie locomotrice proprement dite ou incoordination tabétique); la troisième, paralytique.

La première période est représentée cliniquement par deux ordres de symptômes, qui coexistent ordinairement, mais qui, dans quelques circonstances, se montrent isolément. Ce sont les symptômes céphaliques, tels qu'une amblyopie plus ou moins complète, avec paralysie d'un des nerfs moteurs et les symptômes spinaux proprement dits, qui ne consistent encore à cette période que dans les douleurs fulgurantes.

Dans la deuxième période, aux symptômes de la première, souvent aggravés dans leur intensité, s'ajoutent de nouveaux phénomènes. Au premier rang figurent les phénomènes de l'incoordination des mouvements, qui sont, comme on le sait, tout à fait caractéristiques, mais qui peuvent faire défaut cependant dans quelques circonstances, sans que la maladie cesse pour cela d'être elle-même, comme dans les faits qui vont nous occuper. Il se produit, en outre, dans cette même période, soit simultanément, soit un peu après la manifestation de l'incoordination, divers troubles dans la transmission des impressions sensitives, tels qu'une abolition plus ou moins complète des différents modes de la sensibilité cutanée, une insensibilité des parties profondes, muscles, os, articulations, etc.

Enfin, dans la troisième période, celle que M. Charcot a proposé d'appeler paralytique, pendant que la plupart des symptômes s'aggravent et que les membres supérieurs, libres jusqu'à ce moment, sont envahis à leur tour, on voit survenir un affaiblissement paralytique réel des membres inférieurs, qui semble se substituer à l'incoordination. En même temps, on constate une altération plus ou moins sensible des fonctions de la nutrition. Il survient un amaigrissement général et les muscles s'atrophient dans les membres paralysés. Enfin, c'est dans cette période que l'on voit se produire des ulcérations et des eschares.

Tous les cas d'ataxie ou de tabes dorsal sont loin de présenter exactement la même régularité et le même ordre dans le développement, la marche et la succession de ces phénomènes. Quelques-uns peuvent manquer, notamment ceux-là même qui ont fait donner à la maladie le nom qui a été généralement adopté, l'incoordination des mouvements, bien que, par les autres symptômes et surtout par ses lésions anatomiques caractéristiques, il s'agisse en réalité de la même affection.

Tel est le cas des divers malades que M. Charcot a fait passer sous les yeux des assistants, et dont il nous reste à esquisser rapidement l'histoire.

La première malade est une femme dont l'affection dure depuis douze ans. Le premier ordre de phénomènes qui s'est montré chez elle a consisté dans des douleurs fulgurantes qu'elle ressentait un peu partout et surtout dans l'anus. Plus tard, s'y sont joints des phénomènes gastriques, crises gastralgiques très-caractérisées, présentant des rémissions complètes, remarquables par la soudaineté de leur invasion et coïncidant avec les douleurs fulgurantes. Enfin, en troisième lieu, elle a éprouvé quelques phénomènes encéphaliques, et en particulier une paralysie des muscles moteurs du globe oculaire, dont on voit encore aujourd'hui les effets persistants, se traduisant par du strabisme. On ne constate chez elle, d'ailleurs, aucun symptôme d'incoordination des mouvements.

Chez cette malade, la thérapeutique n'a consisté que dans l'emploi des injections morphinées, dont elle est arrivée, malgré toutes les recommandations, à abuser, au point de s'être jetée dans un véritable état d'intoxication thébaïque chronique. Il a déjà été question de cette malade dans l'une des conférences dont nous avons rendu compte l'année dernière.

La deuxième malade, âgée de soixante ans, en est à la vingtième année de son affection. Elle forme le pendant exact de la précédente. Elle présente également les trois mêmes éléments de la maladie, douleurs fulgurantes, troubles gastriques et phénomènes cérébraux, sans ataxie locomotrice. Chez celle-ci on constate l'altération spinale de la rétine, induration et opacité de la papille ayant entraîné une cécité presque complète.

Le diagnostic eut pu être fait, chez elle, dès le début de la maladie, par l'examen ophthalmoscopique, la lésion oculaire s'étant montrée en même temps que les douleurs fulgurantes et la céphalalgie. Les vomissements et autres symptômes gastriques se sont montrés plus tard. Il y a cinq ans que cette malade est invariablement dans le même état.

La troisième malade est à peu près dans les mêmes conditions. Elle présente, comme cette dernière, l'altération du nerf optique, les douleurs fulgurantes et les crises gastriques. Celle-ci offre le véritable type de la gastralgie des tabétiques. Chaque fois qu'elle a son accès, elle éprouve d'abord des dou-

leurs vives dans les aînes, montant des deux côtés jusqu'à l'estomac, qui se gonfle et devient tout à coup le siége d'une douleur excessivement vive que la malade compare à la sensation d'un coup de couteau qui traverserait le corps de part en part, depuis l'estomac jusqu'au dos. Elle est prise alors de nausées et de vomissements qui durent plusieurs jours et rendent pendant tout ce temps toute alimentation impossible. Elle n'a pas plus que les précédentes d'ataxie locomotrice.

Enfin, une quatrième malade a été présentée comme un exemple d'une affection voisine, mais différant par la localisation de la lésion. C'est une femme qui offre un cas d'atrophie musculaire générale, et chez laquelle on peut diagnostiquer une lésion des cornes antérieures de la substance grise de la moelle, avec autant de certitude que dans les cas précédents, une lésion des faisceaux postérieurs.

Rétinite pigmentaire.

La rétinite pigmentaire ou tigrée, ou la chorio-rétinite pigmentaire, comme on l'appelle encore, est une de ces affections restées longtemps méconnues ou confondues sous la dénomination vague d'amaurose, dans laquelle on englobait naguère toutes les lésions profondes de l'œil, et dont la connaissance clinique est due à l'École ophthalmologique moderne. Placé dans d'excellentes conditions pour étudier cette affection, dans le service de M. Perrin au Val-de-Grâce, M. le docteur Ed. Hocquard, aide-major stagiaire, a réuni dans une excellente étude clinique sur ce sujet, un certain nombre d'observations nouvelles dont l'analyse lui a permis d'apporter un très-utile complément à son histoire. Nous ne présenterons, bien entendu, ici, qu'un court résumé de ce travail, suffisant, toutefois, pour donner une idée de son importance et pour en faire connaître les principaux résultats.

La rétinite pigmentaire, d'après M. le docteur Hocquart, est caractérisée par trois symptômes principaux : l'héméralopie, le rétrécissement concentrique du champ visuel, la pigmentation des zones équatoriales de la rétine. A ces symptômes, il faut ajouter un signe clinique important fourni par l'ophthalmoscope, la diminution considérable du calibre des vaisseaux rétiniens coexistant avec un aspect marbré très-marqué du fond de l'œil.

Au point de vue anatomo-pathologique, on distingue, dans l'évolution de la rétinite tigrée, trois phases bien distinctes caractérisées chacune par des altérations spéciales : une infiltration séreuse de la rétine ; une hypertrophie et une hyperplasie du tissu connectif de la membrane séreuse, une rétraction de ce tissu et une atrophie complète de l'élément nerveux.

Le processus morbide attaque d'abord les portions périphériques de la rétine, puis gagne lentement en surface en s'avançant vers le centre.

Tous les symptômes n'ont pas la même valeur clinique. Le plus important est l'héméralopie, qui, lorsqu'elle est persistante, doit toujours porter à soupçonner l'existence d'une rétinite pigmentaire.

M. Hocquart attache aussi une grande importance, au point de vue du diagnostic, au rétrécissement concentrique du champ visuel, qui ne manque jamais, paraît-il.

Quant aux taches pigmentaires, elles peuvent manquer dans certains cas. Lorsqu'elles existent, elles affectent une forme spéciale qui rappelle les cellules étoilées du tissu osseux. Elles peuvent cependant présenter quelques variétés. Quelquefois, les corpuscules pigmentaires se montrent sous l'aspect de petites taches rondes sans prolongements ni anastomoses, comme l'auteur en a signalé un exemple dans les observations qu'il rapporte.

La rétinite pigmentaire occupe le plus ordinairement les deux yeux et se développe des deux côtés d'une manière égale et symétrique.

Elle se termine toujours par une cécité complète.

Au point de vue étiologique, encore très-obscur, voici les documents qu'a recueillis M. Hocquard.

Sur quinze observations qui forment la base de son travail, cinq n'ont pu être expliquées par aucune cause connue. Sur les dix autres, la rétinite pigmentaire a pu être attribuée une fois à la consanguinité seule, deux fois elle a coïncidé avec une surdi-mutité. Dans trois cas il y avait consanguinité et surdi-mutité. Enfin l'hérédité a été constatée quatre fois.

M. Hocquard signale encore, à ce point de vue, un état particulier de la circulation qui n'est mentionné nulle part et qu'il a vu cependant coïncider avec la rétinite pigmentaire chez un assez grand nombre de ses malades. Cinq d'entre eux, en effet, présentaient un pouls petit, filiforme, dépressible, qui donnait dans les cinq cas le même tracé sphygmographique.

On a vu combien le pronostic était grave. Les ressources de la thérapeutique sont jusqu'ici, malheureusement, à peu près nulles. L'usage des courants électriques continus essayé dans le service de M. Perrin n'a donné aucun résultat utile. Le seul moyen qui paraisse avoir amené une légère amélioration est l'emploi des ferrugineux. Tout est donc à étudier encore à cet égard.

Du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes. Traitement préventif de l'éclampsie.

Les bons effets que l'on a obtenus de l'usage du régime lacté dans certains cas d'albuminurie a suggéré à M. Tarnier l'idée que cette médication pourrait être utile dans l'albuminurie de la grossesse. De l'idée à l'application il n'y avait qu'un pas. Aussi M. Tarnier l'a-t-il immédiatement mise en pratique dans son service de la Maternité où les occasions ne devaient pas lui manquer.

Après plusieurs années d'essais, M. Tarnier est arrivé, en effet, à réunir un assez grand nombre d'observations assez identiques entre elles par leur nature ainsi que par les résultats, pour qu'il n'ait pas cru devoir hésiter à en présenter un résumé à ses confrères. Dans un petit opuscule que nous avons sous les yeux, M. Tarnier se croit en mesure de pouvoir affirmer que sous l'influence du régime lacté, l'albuminurie a toujours été rapidement amendée ou guérie avant l'accouchement.

Voici en quels termes M. Tarnier résume la formule ordinaire du régime qu'il prescrit à ses malades :

Le premier jour, un litre de lait, deux portions d'aliments.

Le deuxième jour, deux litres de lait, une portion d'aliments.

Le troisième jour, trois litres de lait, une demi-portion.

Le quatrième jour et jours suivants : quatre litres de lait ou lait à discrétion, sans autre aliment et sans autre boisson.

Dans les cas graves, surtout si l'on a constaté quelques prodromes d'éclampsie, les malades sont mises d'emblée à trois ou quatre litres de lait par jour.

L'influence du régime lacté n'a jamais tardé à se manifester, dit M. Tarnier, et huit ou quinze jours après le commencement du traitement, l'albuminurie a été en décroissance très-notable ou même guérie.

La guérison possible de l'albuminurie pendant la grossesse, ajoute M. Tarnier, me fait espérer que dans bon nombre de

cas, on pourra prévenir l'éclampsie par le même moyen. — Ceci n'est encore, comme on le voit qu'une espérance. Il est bon, toutefois, d'en prendre acte, d'autant que cette espérance est fondée en réalité sur ce fait admis par tous les accoucheurs, et nous pouvons ajouter par tous les pathologistes, que l'éclampsie ne se montre guère, dans l'immense majorité des cas, du moins, que chez les femmes albuminuriques.

Comme pour tout traitement prophylactique, on ne pourra jamais peut-être acquérir la preuve certaine de son efficacité; mais on aurait du moins une très-grande présomption en sa faveur si, sous l'influence de la généralisation de la médication lactée chez les femmes atteintes d'albuminurie, on voyait baisser désormais la proportion des cas d'éclampsie. Rien que cette chance seule est de nature à encourager les praticiens, dans l'emploi de cette méthode diététique. Dr Brochin.

DU VERTIGE MENTAL

par M. le professeur Lasègue.

Le nom de vertige que j'ai choisi, faute de meilleur, n'est pas susceptible de définition. Il a cela de commun avec toutes les dénominations destinées à exprimer des états subjectifs, et qui nous sont imposées par les malades.

Collaborateur obligé du médecin, le malade énonce des sensations dont il est le seul juge. Si, au lieu d'avoir recours à sa nomenclature de fantaisie, il emprunte la nôtre, c'est en lui attribuant des significations qui échappent à notre contrôle. On a dit qu'il était impossible d'avoir mal à la tête d'un autre; il n'est guère aisé de se représenter la nature et le degré du mal de tête dont l'autre se plaint.

Nous prenons alors pour terme de comparaison une impression que nous supposons avoir nous-même éprouvée, ou nous nous contentons d'une formule qui appartient au vocabulaire habituel des malades, dût-elle ne fournir qu'une notion assez confuse.

C'est en me conformant à ce procédé logique, défectueux mais irremplaçable, que j'ai choisi le vertige simple, qui se produit au sommet d'une tour ou d'un lieu élevé, pour faire comprendre des états tout autrement complexes, auxquels cette note est consacrée.

Ce vertige a certainement pour point de départ une impression visuelle. Un homme, conduit les yeux bandés sur les hauteurs les plus vertigineuses, n'éprouve aucun malaise. L'expérience, empruntée aux chevaux qui font mouvoir les manéges, et qui ne résistent qu'à la condition d'être momentanément aveuglés, n'est ni moins classique ni moins décisive.

Le vertigineux n'a qu'une conscience très-confuse du trouble visuel; il y attache d'autant moins d'importance qu'en fermant les yeux il n'améliore en rien sa situation. Souvent, au contraire, l'occlusion des yeux exagère l'anxiété; fermer les yeux, après les avoir soumis à une épreuve sensorielle, n'est d'ailleurs pas un fait indifférent. Les gens prédisposés peuvent créer un vertige en ouvrant et en fermant alternativement les yeux devant un objet qu'ils regardent fixement.

La sensation dont le vertigineux, que j'ai pris pour exemple, se préoccupe, se résume presque tout entière dans un malaise général extrêmement pénible, facile à décomposer et par conséquent à décrire.

C'est d'abord un sentiment d'angoisse précordiale, épigastrique, à forme compressive, assez caractéristique et assez constant pour qu'on le retrouve au début de la plupart des anxiétés vertigineuses. En second lieu, une sensation de collapsus, de défaillance imminente, avec plus ou moins de mollesse et de tremblement des membres inférieurs; le sol, comme on dit, se dérobe sous les pieds, et l'expression est d'un pittoresque achevé.

Il peut alors survenir un trouble visuel secondaire consistant en une sorte de brouillard interposé, d'obnubilation semblable à celle qui accompagne la période initiale de presque toutes les défaillances.

L'étourdissement, la gyration propres à d'autres modes de vertiges ne se produisent pas. Le malade, car c'est déjà un malade, distingue aisément son état de ceux que provoque le tournoiement ou la mobilité onduleuse du pont d'un navire. Dans ces derniers, le sens de l'équilibre est surtout intéressé, mais, dût-il être porté jusqu'aux spasmes gastriques, il n'entraîne pas à un égal degré un malaise général.

L'inquiétude morale plus ou moins comparable à la peur devient bientôt l'élément dominant de la crise. Elle se traduit par toutes les perversions consécutives aux impressions terrifiantes, la pâleur du visage, la constriction thoracique, l'angoisse respiratoire, la rétraction de la peau du scrotum, l'algidité, la sueur froide, diffuse ou partielle. Elle semble, autant que le malade est maître de son analyse, se composer de la crainte d'une chute dans l'espace et de l'appréhension d'une défaillance qui pourrait compromettre la vie.

La raison, même aidée par les paroles encourageantes des assistants, a perdu toute force de résistance. Le danger est nul, une balustrade élevée, solide, protége contre la possibilité d'un accident, le malade le sait, il le reconnaît, mais il se sent en même temps incapable de commander à sa préoccupation anxieuse.

Deux possibles se présentent alors : ou le vertigineux se maintient dans une immobilité qu'explique son incapacité matérielle de se mouvoir ou il accuse une impulsion qui le porterait, s'il n'était retenu, à se précipiter dans le vide. Ces deux modes contradictoires répondent l'un au vertige qu'on pourrait nommer actif; l'autre, au vertige passif.

C'est à ce dernier seul qu'est consacrée cette étude.

La succession des phénomènes que je viens d'énumérer se fait avec une rapidité variable, et quelques uns des stades peuvent être si fugaces qu'ils passent inaperçus.

Dans tous les cas, l'impression mentale est le fait dominant, celui dont tous les malades se souviennent avec une pénible réminiscence. Des moindres impressions morales, aucune ne leur a échappé, et il n'est pas nécessaire, tant on est renseigné par eux, d'avoir été le témoin de l'accès : aussi serait-il malaisé de trouver une condition plus favorable à l'étude.

En dégageant les données qui seront ultérieurement utilisées, on trouve : 1° que l'anxiété mentale est toujours précédée de symptômes physiques; 2° qu'elle n'est pas proportionnée à l'intensité de ces symptômes; 3° qu'elle est parfaitement consciente, mais invincible; 4° qu'elle éclate subitement sans avoir été précédée d'une délibération ou d'une réflexion qui l'a justifiée; 5° qu'une fois née, elle suit une évolution fatale, enfin que le vertigineux ne parvient pas à la dominer, même en la déclarant déraisonnable et absurde.

Comme il est possible, ainsi que l'enseigne l'expérience de tous les jours, de se tenir sur un point élevé, sans éprouver la sensation, même la plus atténuée, du vertige, de même on peut ressentir les mêmes effets vertigineux sans que l'influence de l'altitude intervienne.

Il existe toute une catégorie de perversions intellectuelles qui ne se comprennent et se classifient qu'à la condition d'être rattachées au type vertigineux dont je viens d'indiquer les principaux traits.

C'est à cette classe d'affections que j'ai donné le nom de *vertige mental*, indiquant par là que la maladie est constituée par un malaise physique, définissable, sinon défini et par une angoisse morale qui peut s'élever jusqu'au délire de la folie.

Tous ces états vertigineux, bien que similaires, ne sont pas identiques, et on doit les classer sous des chefs différents, suivant que tel ou tel des éléments prédomine.

Dans une première catégorie, le point de départ visuel est manifeste, et le malade est le premier à s'en rendre compte; seulement le trouble initial de la vue varie suivant les sujets. Une jeune fille ne peut se regarder dans un miroir sans être prise d'un malaise intellectuel et physique. Ses jambes refusent de la soutenir, elle est contrainte de s'asseoir, et elle accuse une défaillance qui, en s'exagérant, arriverait à la syncope. En même temps des perversions mentales, toujours les mêmes, viennent l'assaillir; elle se demande si c'est elle qui est l'objet de cette impression, elle a des doutes bizarres sur sa personnalité, qui lui devient indistincte.

L'opération visuelle, supprimée brusquement, ne fait pas cesser immédiatement la crise qui s'éteint peu à peu. Une autre est incapable, à certaines heures de la journée, de fermer les yeux brusquement sans être prise d'anxiété précordiale, de suffocation, de la peur d'être jetée à la renverse par un mouvement involontaire. Beaucoup ressentent, sous des formes et à des degrés différents, cette sensation pénible au moment du passage de la veille au sommeil, par le seul fait de l'occlusion des yeux; quelques-uns déclarent expressément que le malaise est absolument le même que celui qui les affecte en regardant d'un point élevé. Il faut bien dire que tous ces malades, quel que soit le type auquel ils se rattachent, deviennent aisément vertigineux des altitudes.

Non-seulement ils gardent la pleine conscience de leur situation pendant tout l'accès, mais leur faculté d'observation est aiguisée. Pas un des phénomènes psychiques ne leur échappe; ils en racontent les moindres incidents avec une fidélité quelque peu méticuleuse.

On n'a pas à leur apprendre que les sensations qu'ils énoncent sont illusoires. Ils savent, du reste, ne fût-ce que par leur propre expérience que ces accès sont inoffensifs; mais la répétition des malaises n'atténue en rien leur oppression. Il en est de ces vertiges comme des autres; ils échappent à l'accoutumance et ne sont pas émoussés, même par une longue habitude. *(A suivre.)*

MÉCANISME DES FRACTURES DU COUDE CHEZ LES ENFANTS

LEUR TRAITEMENT PAR L'EXTENSION (1)

Par M. le docteur BERTHOMIER, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Lyon.

Conclusions. — Lorsque chez les enfants les chutes sur le coude déterminent une solution de continuité des os, on peut observer les lésions suivantes : *a*). Si le traumatisme est violent, il se produit une fracture en ⋈ ou en ⌶ lésion qui chez l'enfant représente la fracture en T de l'adulte : — *b*.) Si le traumatisme est modéré, il détermine une fracture *transversale* siégeant plus ou moins régulièrement à la ligne diaphyso-épiphysaire où à quelques millimètres au-dessus. L'épitrochlée ou l'épicondyle peuvent être ou non séparés du fragment inférieur et simuler une fraction isolée de ces apophyses. Si la chute a eu lieu le bras écarté du corps, l'épitrochlée a toujours de la tendance à se porter en avant et en haut (mouvement de rotation autour de l'épicondyle pris comme centre). Si la chute a eu lieu le bras rapproché du corps, on observe la même chose, mais par l'épicondyle. — *c*.) Dans tous les cas, il a une fracture épiphysaire de l'olécrâne; l'écartement des fragments est excessivement rare.

Les chutes sur le coude peuvent déterminer des fractures qu'il est impossible de reconnaître.

Lorsque chez les enfants, les chutes sur la paume de la main déterminent une lésion dans le coude; il se produit habituellement une fracture transversale siégeant plus ou moins régulièrement à la ligne diaphyso-épiphysaire, l'avant-bras a toujours de la tendance à se déplacer en arrière, en entraînant avec lui le fragment inférieur, et à simuler ainsi une luxation du coude en arrière.

Les tractions directes sur l'avant-bras amènent la disjonction ou fracture épiphysaire; elle est simple jusqu'à dix ans, s'accompagne de petites esquilles au delà. La flexion latérale, avec ou sans torsion, détermine des arrachements épiphysaires de l'épitrochlée ou de l'épicondyle, suivant le sens de la flexion. Cette dernière lésion peut être quelquefois prise chez les très-jeunes enfants pour ce qu'on appelle la subluxation de la tête du radius.

Le passage d'une roue de voiture et les traumatismes analogues produisent, suivant de degré de la pression, des fractures transversales diaphyso-épiphysaires, ou des fractures en ⋈ ou en ⌶.

Dans toutes les fractures transversales simples ou compliquées (⋈ ou ⌶), dans les arrachements ou fractures épiphysaires de l'épitrochlée, *l'extension*, combinée ou non suivant les cas, avec une traction modérée amène une réduction complète des fragments; la flexion exagère le déplacement ou ne le modifie pas. Dans les arrachements épiphysaires du condyle externe, la flexion seule combinée avec la supination produit une coaptation exacte.

Lorsque à la suite des fractures du coude, on observe une ankylose plus ou moins complète, elle est toujours due à la réduction incomplète des fragments et non à l'arthrite consécutive à la fracture articulaire. Les fractures du coude guérissent sans perte de mouvements si la réduction a été bien faite.

Toutes les fractures du coude doivent être immobilisées en *extension*, à l'exception de la lésion bien rare que nous avons appelée arrachement épiphysaire de l'épicondyle.

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye et C°.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 janvier 1876. — Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES HOPITAUX D'ENFANTS

M. DESPRÈS présente de nouveau des arguments qui, les mêmes quant au fond, s'offrent cette fois sous une forme qui, par sa violence, soulève une opposition générale parmi ses collègues

MM. LANNELONGUE et GUÉNIOT les réfutent énergiquement.

M. TILLAUX, pris à témoin par M. Després, déclare qu'il a dit en effet à son collègue avoir gardé le souvenir d'une mortalité considérable dans le service auquel il était attaché comme interne aux Enfants-Trouvés en 1858. Sur quarante enfants, presque tous sont morts, mais il avait ajouté qu'ils avaient succombé à une épidémie très-grave de rougeole.

MM. TRÉLAT, SÉE, DÉSORMEAUX, LE FORT, s'élèvent aussi contre les assertions de M. Després.

Mais tous les membres de la Société, même M. Després, sont unanimement d'avis que le personnel est insuffisant, et que les aménagements intérieurs sont défectueux dans les services d'enfants.

M. MARJOLIN répond à ses deux seuls adversaires, MM. Després et de Saint-Germain, et, résumant cette longue discussion, qui n'est plus maintenant qu'une suite d'affirmations et de dénégations, estime que l'opinion de la Société de chirurgie doit être faite. L'honorable rapporteur désire que le temps qu'elle y a consacré, et le travail qu'elle a nécessité de la part de chacun, ne soient pas perdus, et propose, en conséquence, de porter cette discussion en entier et les conclusions qu'il posera, à la connaissance de la commission des

hôpitaux qui, ainsi que M. Davenne l'a dit hautement, a le droit et le devoir de réclamer toutes les améliorations qu'elle reconnaîtra nécessaire d'introduire dans le service hospitalier.

M. BLOT demande la clôture de la discussion.

La clôture est prononcée. Il ne reste plus qu'à voter sur les conclusions que M. le rapporteur formulera dans sa prochaine séance.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PÉRIER présente, de la part de M. Forget, qui n'a pu assister à la séance, et au nom de M. Julliard (de Genève), une sonde métallique d'un nouveau modèle, destinée à faciliter, dans certains cas difficiles, l'introduction d'une bougie ou d'une sonde de gomme devant rester à demeure.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'hygiène privée et sociale (1).

Par A. LACASSAGNE, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Quand une science marche et progresse, on voit se succéder rapidement des productions littéraires destinées à répandre et à vulgariser les conquêtes nouvelles.

L'hygiène ayant besoin aujourd'hui d'établir son bilan au jour le jour pour montrer aux travailleurs l'espace parcouru et le chemin qui reste à faire : nous avons vu paraître en peu de temps des publications de premier ordre qui ont justement attiré l'attention des savants et du public. Michel Lévy, Fonssagrive, Morache, Laveran et tant d'autres ont vulgarisé, dans leurs écrits magistraux, cet ensemble de connaissances, concourant toutes vers un but commun « l'art de connaître les influences diverses qui proviennent des milieux dans lesquels l'homme évolue, et de les modifier dans le sens le plus favorable à son développement physique, intellectuel et moral. »

Le récent ouvrage d'hygiène dont nous soumettons l'analyse à nos lecteurs n'a pas pris, pour faire son apparition dans le monde, les proportions volumineuses de ses aînés ; il a revêtu la forme modeste, réduite et élégante que M. Masson sait donner aux œuvres qui passent par ses mains. Signalons d'abord l'impression générale qu'il fait dans l'esprit du lecteur; écrit avec verve et entrain, dans un style élégant et concis, plein de faits et de citations parfois fort piquantes, l'auteur, tout en creusant profondément chaque sujet, a su ne pas fatiguer l'attention du lecteur pour le conduire à son insu et presque malgré lui, de déduction en déduction, jusqu'à la démonstration des principes parfois abstraits sur lesquels se base l'hygiène.

L'hygiène de M. Lacassagne est donc une œuvre de vulgarisation, destinée à se répandre non-seulement dans le public médical, mais encore dans les classes éclairées et instruites, pour leur servir de guide dans les besoins journaliers de la vie.

Ce livre, d'une actualité évidente, nous résume dans ce qu'ils ont de plus utile les travaux importants des six dernières années, et devient pour ainsi dire un complément à la cinquième édition de l'Hygiène de M. Lévy.

Ce n'est pas cependant une simple compilation, et l'individualité de l'auteur se retrouve dans toute son œuvre ; il a une division à lui, il rejette la classification galénique avec son vieux langage suranné, et, considérant que l'hygiène a pour but de rechercher l'influence que les différents milieux exercent sur la santé, il s'attache surtout à faire un ouvrage d'étiologie générale.

Pour arriver à ce but il faut, après avoir divisé les modificateurs en quatre classes distinctes, les modificateurs physiques, chimiques, biologiques et sociologiques, en étudier l'action et la nature propre, suivant qu'il s'agit de l'un ou l'autre de ces modificateurs, l'hygiène change ; pour les modificateurs physiques, il faut les subir, puisqu'on ne peut agir sur leurs causes, et leur opposer une hygiène de précaution ; pour les modificateurs chimiques, dont la science règle les usages et fait connaître les changements, on est tout puissant contre eux en leur opposant une hygiène méthodique ; quant aux modificateurs biologiques et sociologiques, ils sont plus difficiles à apprécier, et l'hygiène à leur opposer moins précise et moins efficace.

Chaque modificateur a été étudié suivant un plan général, uniforme et logique, qui se grave facilement dans l'esprit et rend attrayante l'étude de l'hygiène, que les anciennes classifications avaient contribué à faire délaisser et dédaigner par les jeunes générations médicales. Dans cette division, que nous ne saurions trop louer, nous voyons le modificateur étudié : 1° dans ses caractères et ses propriétés physiques ; 2° dans son rôle physiologique, et 3° dans son rôle pathologique ; de là découlent naturellement des règles : 4° d'hygiène privée ; 5° d'hygiène sociale.

Nous pourrions terminer là notre analyse, car la critique concise ou détaillée de chaque chapitre ne saurait trouver place ici.

Il nous faut cependant appeler l'attention sur la coordination générale de l'ouvrage et signaler en passant les articles qui, basés sur les dernières conquêtes de la physiologie, viennent servir, comme nous le disions, de complément à l'œuvre impérissable de Michel Lévy, à qui du reste l'auteur a dédié son œuvre.

L'étude de la chaleur animale sert de point de départ; c'était le moyen d'étudier l'homme de près, de rechercher les causes qui augmentent ou diminuent sa température, et de trouver l'action intime que la chaleur exerce sur les différents systèmes organiques.

La chaleur cosmique conduit à l'étude des climats, du sol, des vents, et par extension aux modifications de l'organisme dans les climats chauds ou froids, et au mécanisme de la mort par la chaleur ou le froid extérieurs.

Nous voudrions résumer les principes exposés avec tant de talent dans ce chapitre, mais comme l'auteur n'a fait qu'y quintessencier des travaux de premier ordre, c'est la lecture seule et non l'analyse qui peuvent en donner une idée.

Les chapitres suivants, sur la lumière, l'électricité, le son, la pesanteur, le mouvement sont autant de monographies intéressantes, fort bonnes à consulter par ceux qui savent, et suffisamment complètes pour servir aussi à des études sérieuses.

Les modificateurs chimiques font le sujet de cinq chapitres très-importants relatifs à l'air atmosphérique, au sol, à l'eau, aux aliments et aux excrétions.

L'air, cet élément essentiel de toute manifestation vitale, est étudié d'abord dans le milieu atmosphérique, puis fort savamment au point de vue de l'influence de la pression de l'air sur l'organisme. Rappelant dans ce chapitre l'importance des travaux modernes, l'auteur, en s'appuyant sur les recherches de Bert, de Jourdan, etc., etc., démontre « que les modifications dans la pression barométrique n'ont d'influence sur la vie animale et sur la vie végétale que par les changements qu'ils apportent dans la tension de l'oxygène ambiant et les changements qui en résultent dans les processus chimiques de la nutrition. »

Pour bien comprendre toute l'importance de cette proposition, il faut « se rappeler ce que la physiologie nous enseigne sur les gaz du sang et les échanges respiratoires. » Grâce aux travaux de Mathieu et Urbain sur ce sujet, ces données ont fait l'objet d'une étude très-intéressante dans le chapitre relatif à la chaleur. On voit donc par là que tout s'enchaîne dans ce livre, et que l'analyse ne peut tracer que le plan général suivi par l'auteur.

L'air, cet agent principal de la respiration, fait encore le sujet d'un chapitre nouveau où l'on trouve consignées les observations que nous ont fait connaître d'intrépides savants, dont deux ont péri dans une récente ascension, qui restera célèbre entre toutes par par sa hardiesse, par la grandeur du but à atteindre et par la fin tragique de deux victimes de la science.

Passant ensuite à l'influence nocive de l'air altéré et vicié par l'encombrement, nous voyons s'expliquer l'excès de la mortalité dans l'armée, et la fréquence de la phthisie ; dans le même ordre d'idées, nous trouvons encore l'air chargé de principes étrangers, devenir l'agent d'épidémies se propageant soit par infection, soit par contagion. Nous ne saurions trop appeler l'attention sur l'exposé didactique fait par l'auteur pour « différencier l'infection et la contagion, afin de pouvoir apprécier les conditions qui favorisent l'action des

(1) In-8° diamant ; prix : 6 francs. — Paris, Masson.

miasmes et du virus »; le lecteur trouvera dans ce chapitre des doctrines précises et des conseils fort justes, marqués au coin de la saine observation clinique.

Après l'étude du sol et de l'eau vient celle de l'aliment; ce dernier chapitre donne un résumé fidèle des notions les plus certaines que nous avons pu acquérir; il montre que ce sont les doctrines de la physiologie cellulaire qui rendent le mieux compte du travail de la nutrition, et que « les chimistes se méprennent souvent sur ces phénomènes, en supposant que les aliments, une fois introduits dans l'organisme, n'ont plus qu'à se dédoubler, se décomposer, puis se fixer par juxtaposition sur les organes eux-mêmes. »

Le chapitre des aliments et celui consacré aux excrétions terminent l'étude des modificateurs chimiques de l'organisme. Nous ne prétendons pas, en ces quelques lignes, rendre compte de tout ce que renferme ce livre, nous nous estimons heureux si nous avons su mettre en relief ses qualités dominantes, et l'importance des questions qui y sont traitées.

Il nous reste encore deux grands modificateurs à étudier, les modificateurs biologiques et sociologiques. Ces deux chapitres, pleins d'excellents préceptes d'hygiène, où l'individualité et le talent de l'auteur sont dans tout leur jour, se trouvent malheureusement trop écourtés, et l'on est au regret de ne pas y trouver tous les développements que comporterait la grandeur d'un pareil sujet.

Cette analyse, qui n'est presque que le développement de la table des matières, donnera-t-elle une juste idée de la valeur de ce livre, plein de faits positifs, puisés aux meilleurs sources? Nous le désirons vivement, et nous souhaitons à ce livre beaucoup de lecteurs sérieux, certains qu'ils y trouveront plaisir et profit.

Nous ne dirons rien du soin avec lequel il a été édité; mais nous devons faire remarquer en terminant que la partie purement scientifique se distingue, par la dimension du caractère typographique, des développements moins techniques qui peuvent être lus par des personnes entièrement étrangères à la médecine.

E. Tachard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — Le grand prix des sciences physiques a été décerné cette année à M. Künckel, aide-naturaliste au Muséum, pour ses « Études sur les changements qui s'opèrent dans les organes intérieurs des insectes pendant leur métamorphose complète. »

— L'auteur des « Études statistiques sur les mort-nés », récompensées par une mention honorable, est M. A. Rouilliet.

— Le prix Desmazière est partagé entre MM. Émile Bescherelle et Eugène Fournier, pour leurs études approfondies sur les espèces exotiques des grandes familles de cryptogames.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Béhier reprendra ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le mercredi 12 janvier, et les continuera les mercredis suivants, à neuf heures et demie.

Les lundis seront consacrés aux conférences de chimie appliquée à la clinique, et les vendredis aux démonstrations d'anatomie pathologique.

Visite des malades et interrogatoire des élèves tous les jours à huit heures et demie.

— M. Rigal, agrégé, suppléant de M. le professeur Chauffard, commencera son cours de pathologie générale, le lundi 10 janvier, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— *Hôpitaux de Strasbourg.* — MM. Strohl et C. Lévy sont nommés médecins titulaires, en remplacement de MM. Schützenberger et Schneider, démissionnaires.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 janvier, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Installation du bureau. — 2° Publication d'une revue mensuelle de policlinique. — 3° Rapport de M. Morisson sur la candidature de M. Bonnefoy. — 4° Élection de membres correspondants et associés libres. — 5° La question du secret médical devant les tribunaux, par M. Berrut; 6° De l'état actuel de la pratique obstétricale en France, par M. Hamon. — 7° De l'admission des malades dans les hôpitaux, par M. Chaillery.

— M. Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, commencera son cours de thérapeutique le 11 janvier, à cinq heures du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Vérité commencera son cours sur les affections de la peau et la syphilis, le lundi 10 janvier de huit à neuf heures dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— Le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 10 janvier 1876, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et les lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Laurent-Préfontaine commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le mardi 11 janvier, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et les continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure.

— Le docteur Sichel commencera le mercredi 12 janvier, à huit heures du soir, un cours public de pathologie oculaire, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'École pratique, et le continuera le lundis et mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. de Quatrefages présente, au nom de M. Hamy et au sien, la quatrième livraison des *Crania ethnica.*

Dans la première partie, les auteurs se sont occupés des têtes osseuses de races humaines fossiles et actuelles. Entre autres particularités, ils ont constaté une identité parfaite entre les crânes extraits de la carrière Hélie (Grenelle) et ceux des Lapons de nos jours.

Dans la seconde partie, ils se sont occupés de l'histoire de la crâniologie ethnique. « Ce n'est guère, dit M. de Quatrefages, que dans les monuments artistiques de la Grèce que l'on peut trouver quelques renseignements sur le sujet de ces études. La distinction des types dolicocéphale et brachycéphale se montre dans les statues, dans les portraits que nous devons aux sculpteurs de ce pays. Au premier appartiennent les grands dieux de l'Olympe ; les satyres, les faunes se rattachent au second. Miltiade, Périclès, Eschyle, Sophocle, Démosthènes, etc., étaient dolichocéphales ; Socrate était brachycéphale. »

On sera peut-être surpris de trouver dans un livre évidemment très-sérieux des appréciations scientifiques déduites des caractères qui précèdent. Un point surtout nous chiffonne : Socrate était-il brachycéphale parce qu'il méritait d'être rangé parmi les satyres, — si l'on en croit toutefois les *racontars* d'un orateur populaire et d'un poëte incompris ; — ou bien, Socrate était-il tout bonnement satyre parce qu'il était brachycéphale ? Franchement il y a là de quoi faire rêver plus d'une tête, même sous la coupole de l'hôtel Mazarin.

— Sous le titre de : *Recherches sur les fonctions des glandes de l'appareil digestif des insectes,* M. Jousset résume le résultat de ses expériences sur les liquides digestifs de la *Blatta orientalis.* Cet insecte présente trois groupes glandulaires parfaitement distincts et dont la disposition favorise particulièrement l'expérimentation.

1° Les glandes œsophagiennes ou *salivaires* sécrètent l'agent unique de la digestion des matières amylacées.

2° Les cœcums qui entourent l'estomac sécrètent un liquide jaunâtre qui a la propriété de transformer les substances albuminoïdes en peptones et d'émulsionner énergiquement les corps gras.

3° Quant au troisième groupe, représenté par les tubes de Malpighi, il n'a aucune influence sur la digestion, mais il constitue un organe urinaire beaucoup plus complet que celui des vertébrés.

— M. Bouley présente, au nom de MM. Parrot et A. Robin, une *Étude pratique sur l'urine normale des nouveau-nés ; application à la physiologie et à la clinique.*

« Un nouveau-né, disent les auteurs, urine quatre fois plus qu'un adulte, par kilogramme de son poids.

« ..... L'urine a une réaction neutre au papier de tournesol. L'acidité de l'urine indique le plus souvent un intervalle trop long entre les tetées, et, dans un certain nombre de cas, peut mettre sur la voie d'un état pathologique.

« L'urine des nouveau-nés contient en moyenne, par litre, 3 gr. 03 d'urée, soit 0 gr. 80 par kilogramme chez un enfant de 3,850 grammes. Il existe un rapport constant entre la quantité d'urée, la couleur et la réaction de l'urine, de telle sorte que l'inspection de ces deux derniers caractères permet d'apprécier cliniquement la proportion d'urée. »

Tels sont les points essentiels de cette étude intéressante.

Dr Édouard FOURNIÉ.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Les teignes, le favus (1).

Le siége habituel du favus est le cuir chevelu. Quelquefois, par continuité, l'éruption s'étend au corps qui, d'autres fois, présente çà et là des points disséminés de favus. Mais assez souvent on trouve au cou, sur les épaules, la face, une rougeur diffuse constituée par une variété de favus appelée favus épidermique.

M. Bazin a encore désigné un siége particulier du favus, les ongles. Ceux-ci ont alors une apparence terne, un peu jaunâtre, couleur de maïs mûr, et leurs lamelles paraissent dissociées. De plus, il n'est pas rare de rencontrer sous les ongles les spores de favus, qui y sont accidentellement déposées. Ce fait n'a pas de valeur.

Enfin, on observe quelquefois le favus, accidentellement, chez certains malades. J'ai vu, entre autres, une jeune fille de dix-huit ou dix-neuf ans, qui présentait ainsi un godet de favus à la hanche.

Le favus n'atteint pas tous les individus indistinctement ; certaines prédispositions son nécessaires à sont évolution, et

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 décembre.

en général les plus favorables, sont le lymphatisme, la scrofule, la misère, etc. De plus, chose singulière, on l'observe bien plus fréquemment à la campagne que dans les villes.

L'âge qui y prédispose le plus, c'est l'enfance, et si l'on observe du favus chez des adolescents ou des adultes, c'est que ces malades, qui avaient déjà contracté cette affection dans leur enfance, ont gardé une certaine prédisposition à la contracter de nouveau.

Quant à l'origine du favus et à sa nature, il pourrait bien se faire que cette affection nous vint des animaux, car non-seulement le favus est inoculable de l'homme aux animaux, mais il est spontané chez ces derniers, surtout chez les rongeurs, les souris, le lapin, etc.; on l'a noté chez quelques carnivores, le chat, le chien. Vous voyez qu'il y a là une certaine relation du plus fort au plus faible, et qu'il se pourrait parfaitement que les chats contractassent le favus en mangeant les souris, et le communiquassent eux-mêmes aux enfants qui jouent avec ces animaux, surtout à la campagne. Enfin Muller et Guerlin, en Allemagne, ont dit avoir trouvé le favus chez des coqs et des poulets.

Vous voyez donc que, dans l'existence spontanée du favus chez certains animaux, il y a une certaine explication de sa fréquence plus grande à la campagne qu'à la ville.

Un autre point extrêmement important dans l'étude du favus, c'est le diagnostic. Quand le favus est simple, le diagnostic est facile. Mais souvent cette affection se complique de pityriasis, d'eczéma, d'impétigo, etc. Le premier point à résoudre est celui-ci : Une éruption étant donnée, est-elle parasitaire ou ne l'est-elle pas? L'examen microscopique permettra seul de résoudre cette question.

On cherchera ensuite à savoir à laquelle de ces affections on a affaire. L'eczéma sera reconnaissable aux caractères des croûtes qui sont jaunes, humides, mal définies dans leurs formes, mêlées de squames et qui ne présentent nulle part cette apparence de godets qu'on rencontre dans le favus. Son siége lui-même est différent : c'est ordinairement à la face et derrière les oreilles qu'on rencontre les croûtes de l'eczéma.

Quand on a enlevé les croûtes de l'eczéma et celles du favus, le diagnostic devient alors un peu plus facile : l'eczéma n'est pas franchement délimité, il va en diminuant insensiblement d'intensité et finit par se confondre avec l'épiderme; le favus, au contraire, est très-nettement délimité à sa période d'état.

Il en est à peu près de même de l'impétigo, bien que les croûtes se rapprochent davantage de celle du favus. Mais elles sont mellifluentes, jaunes, plus saillantes; elles sont plus humides, et enfin n'ont pas la forme en godet qu'elles affectent dans le favus.

Mais où le diagnostic devient extrêmement difficile, c'est alors que le favus se complique de l'une de ces éruptions. On recherchera alors sur la limite de l'éruption, les croûtes qui paraîtront simuler un godet, et on procédera à l'examen microscopique de leurs éléments, à moins qu'on puisse consacrer un ou deux mois à attendre que chaque éruption ait revêtu ses caractères propres.

Il est encore beaucoup d'autres affections qu'on peut confondre avec le favus. C'est ainsi que certains cas de syphilis pustulo-crustacée peuvent être confondus avec le favus invétéré, mais dans celui-ci, l'état des cheveux, l'existence de godets plus ou moins marqués, le différencieront suffisamment des syphilides pustulo-crustacées, sous lesquelles, du reste, il existe des ulcérations qu'on ne rencontre pas dans le favus. De plus, les cicatrices de ces syphilides sont déprimées, circinnées ou arrondies; celles du favus, planes, atrophiées, non circinnées et occupent en général une surface plus étendue.

Les cheveux compris dans le voisinage de l'éruption seront encore un excellent moyen de diagnostic : ils sont lanugineux, frisés, rares dans le favus.

L'acné pilaris pourrait également être confondu avec le favus; mais l'acné est toujours disséminé; si on enlève les croûtes, le poil qui les traverse est sain, et au-dessous d'elles elles laissent une petite exulcération.

Quant au pityriasis primitif, et surtout quant au pityriasis secondaire, période squammeuse de l'eczéma, le diagnostic se fera au moyen de l'expectation.

Le psoriasis peut offrir quelques difficultés, mais exceptionnellement. Ici, pas d'altération des cheveux, pas de godets, pas d'odeur, et 95 fois sur 100 la lésion existe simultanément sur le reste du corps.

Quant au diagnostic du favus avec les autres teignes, il sera fait en même temps que nous aborderons chacun de ces sujets.

Le pronostic du favus est peu grave; il est même nul à propos du favus accidentel. Le favus, aujourd'hui, ne compromet plus d'existence, bien qu'Alibert ait vu des individus succomber cachectiques à la suite de cette affection, et qu'il ait déclaré avoir eu en sa possession des crânes de sujets morts des suites du favus, dont les os étaient nécrosés ou cariés. Ce fait est assez intéressant parce que les animaux meurent de favus, et qu'à l'examen, on voit que celui-ci a atteint toute l'épaisseur du derme, et que peut-être il pourrait aller plus loin. Quoi qu'il en soit, actuellement, non-seulement le favus ne compromet pas la vie du malade, mais il n'altère même pas sensiblement la santé générale.

La durée du favus est très-variable. Non traité, il peut durer indéfiniment, tant qu'il trouve des cheveux à détruire. Mais quand il est traité, quelle est la durée du traitement? Elle varie suivant les sujets, suivant l'étendue du mal et les soins qu'on apporte au malade.

Chez un sujet convenablement traité, la durée moyenne est de six à sept mois. Quant au favus accidentel, il n'en est pas question.

Le traitement consiste tout d'abord à faire tomber les croûtes, et pour cela, on a recours aux cataplasmes, à l'axonge, etc. Les cheveux sont ensuite coupés court, et après un ou deux jours de repos, on procède à l'épilation.

Pour rendre cette opération moins pénible et surtout moins douloureuse, il est bon de faire des onctions avec de l'huile de cade pure ou coupée avec de l'huile d'amandes douces. (Cazenave).

L'épilation s'est pratiquée de tout temps; le mode seul varie. Vous connaissez le procédé cruel de la calotte. Dans ces derniers temps, un de nos collègues avait pensé pouvoir revenir à ce procédé, à condition d'anesthésier les malades. Mais des accidents graves, des hémorrhagies, l'érysipèle, je crois même un phlegmon du cuir chevelu, l'ont forcé d'y renoncer.

Le procédé de la calotte a été conservé à Lyon : on recouvre une certaine étendue du cuir chevelu de bandelettes agglutinatives, qu'on enlève les unes après les autres. Les frères Mahon, qui ont eu longtemps le monopole de la curation de ces maladies épilaient avec les doigts et le peigne fin; ils se servaient, en outre, d'une poudre épilatoire dont la composition est inconnue, mais qui paraît avoir pour base les alcalins.

Le sulfuré de calcium, dont on a conseillé l'emploi, ne fait que dissoudre les cheveux.

L'épilation par les pinces réclame une grande habileté de la

part de l'opérateur et beaucoup de courage de la part du patient. Elle est extrêmement douloureuse, la première fois qu'on opère surtout; les autres le sont beaucoup moins. L'épilation se fait par séances; après l'opération, on recouvre la tête d'émollients, d'axonge, et on la poursuit le lendemain. Pour épiler un cuir chevelu tout entier, il faut, en moyenne, huit ou neuf séances de deux heures; et pour guérir le favus, il faut répéter cette opération deux, trois, quatre et cinq fois au maximum. Pendant l'épilation, on pratique sur la tête des lotions dites antiparasitaires, avec une solution de sublimé au 300e ou au 500e. On emploie ensuite une pommade composée de turbith au 50e, 30e ou au 20e, ordinairement au trentième. Elle est faite avec le turbith minéral, sous-deuto-sulfate de mercure. Il est probable que toutes les préparations mercurielles agiraient de la même manière. Les épilations sont reprises à environ un mois, six semaines, deux mois d'intervalle, suivant la facilité avec laquelle les cheveux repoussent.

En même temps, il faut avoir recours à un traitement général, qui consiste à mettre le sujet dans les meilleurs conditions possibles.

Un résultat du traitement est celui-ci : chez presque tous les malades, le favus a une tendance à être remplacé par un état pityriasique, contre lequel on emploie avec succès l'axonge, les émollients et quelquefois l'huile de cade.

Quand peut-on dire qu'un favus est guéri? Il n'y a qu'un moyen sûr d'affirmer que le malade est guéri, c'est quand le sujet étant resté pendant deux mois en observation, sans traitement, le favus ne reparaît pas. Si, au bout de cette époque, on ne voit pas survenir de pustules ni de godets, on peut dire que le malade est guéri. Il y a bien un moyen de supposer la guérison obtenue, c'est alors que toute rougeur du cuir chevelu a disparu, mais il entraîne un certain degré d'incertitude.

DU VERTIGE MENTAL (1)

par M. le professeur Lasègue.

Dans des cas déjà moins simples et qui forment la transition vers des types plus graves, l'acte visuel se limite à un objet : le malade à l'aspect d'une épingle, d'une allumette, d'un fragment de verre, d'un animal, entre en crise. Les manifestations physiques ne diffèrent pas de celles que je viens d'énumérer, l'état mental est plus caractérisé. Une première fois subitement sans y avoir jamais pensé, le malade a éprouvé une sensation d'angoisse vertigineuse en face de cet objet; une commotion soudaine s'est produite en lui : effrayé, il s'est demandé si cette épingle, cette allumette, cet animal ne seraient pas l'occasion de quelque malheur. A partir de ce moment, chaque nouvelle rencontre ramène une nouvelle anxiété.

Le malade est alors dans la condition du vertigineux des altitudes, qui sait déjà par expérience à quoi l'expose une ascension, et qui a peur de sa peur. Seulement celui-ci a conscience qu'il est maître d'éviter les occasions de vertige, l'autre, au contraire, en est réduit à subir des hasards imprévus et le plus souvent impossibles à conjurer. De là une attente inquiète qui va devenir un des éléments de la maladie et constituer un état plus ou moins continu dans l'intervalle des accès. J'indiquerai plus loin quelles conditions en résultent.

La seconde catégorie, de beaucoup la plus compréhensive et la plus importante, renferme la somme des malades chez lesquels le stade visuel n'existe pas ou passe absolument inaperçu. La crise débute ou semble débuter par les troubles généraux et par le vertige mental, qui absorbe d'emblée les autres symptômes.

Si, au lieu de se reporter à la phénoménologie du vertige, on se borne à un examen superficiel, il s'agit de conceptions délirantes ou bizarres qui échappent au classement Si au contraire on recherche les caractéristiques du vertige, on les retrouve assez distinctes pour constituer une espèce pathologique munie de son diagnostic, de sa prognose, obéissant à une évolution, et où le délire n'est qu'un phénomène du second ordre.

Tous les malades, sans exception, déclarent, si l'on dirige l'interrogatoire en ce sens, que leur affection procède par accès débutant assez brusquement, mais s'épuisant par une décroissance le plus souvent graduelle. Ce processus répond à ce que nous observons dans le vertige simple.

Le malaise initial est précordial ou épigastrique au commencement, mais bientôt il se généralise. Que son aspect extérieur soit ou ne soit pas modifié, le malade se sent une impression profonde de malaise intérieur qu'il est incapable de dominer. Il distingue cette indisposition toute spéciale des souffrances ou des défaillances qu'il a subies, soit sous le coup d'une maladie, soit sous l'influence d'une émotion justifiée par un chagrin ou d'un malheur accompli.

Plus ou moins tôt, souvent dès les premiers instants, le vertige mental absorbe l'attention du malade. C'est sur sa marche, ses variétés, son intensité, que j'insisterai expressément.

De quelque nature que soit la préoccupation, elle a pour caractère pathognomonique d'éclater soudainement, de ne s'appuyer sur aucun fait passé, de viser exclusivement l'avenir.

La crainte physiologique ne procède pas ainsi en excluant la notion du passé. Celui qui tremble pour traverser la nuit une forêt isolée, stimule son imagination et même crée de toutes pièces sa frayeur par le souvenir des histoires qui se pressent dans sa mémoire. Suivant son âge, son instruction, son milieu, il a peur des revenants, des voleurs ou des embûches. L'aliéné persécuté se complaît dans la réminiscence des témoignages d'hostilité qu'il a recueillis; ce qu'il craint, il le redoute en vertu d'une expérience qu'il suppose acquise. Quand on l'interroge comme il convient, il se reporte toujours dans le passé et ne consent à envisager l'avenir qu'en se rattachant aux faits accomplis. Il a peur de se voir renouveler des misères qu'il connaît, qui cent fois l'ont obsédé; sa prévision est toute rétrospective.

Autrement en est-il du vertigineux. La soudaineté, l'imprévu de l'accès excluent la délibération; il n'a pas à faire appel à des souvenirs, puisque son état n'a pas d'antécédents. Son activité intellectuelle se concentre dans un avenir vague, confus, qui, dans les formes les plus avancées, acquiert plus de consistance, sans arriver cependant à se fixer.

Aussi ses formules sont-elles les mêmes au fond, bien qu'elles semblent à première vue singulièrement variées.

C'est une des fautes de la psychologie pathologique de donner aux idées énoncées une importance qui n'appartient qu'aux conditions mentales qui les ont produites. Qu'un malade tremble d'être ruiné, déconsidéré, condamné ou menacé d'une affection mortelle, il obéit à une disposition morbide identique au point de vue du médecin, si diversifiée qu'elle semble au moraliste. La recherche médicale doit porter d'abord sur le travail intellectuel, et secondairement sur ses produits.

Le vertigineux réduit à prévoir, sans un point d'appui même délirant, roule dans un cercle monotone. Si le mot était acceptable, on pourrait dire qu'il est sous le coup de vapeurs intel-

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 janvier.

lectuelles : il va m'arriver un malheur, que va-t-il arriver, tout va se trouver perdu, confondu, je ne peux pas échapper; les miens, mes amis, mes enfants, sont compromis. Le vertigineux alcoolique à forme anxieuse éprouve des sensations analogues; il ignore ce qu'il craint, mais il a peur également d'un avenir nuageux : sauvez-vous, s'écrie-t-il, on va venir, on n'échappera pas, on va les arrêter. Impossible d'obtenir une notion plus exacte de ce danger qu'il redoute; comment, ne s'en rendant pas compte, pourrait-il l'expliquer aux autres?

Dans ce désordre où n'intervient pas une conception fausse, parce qu'il ne se produit pas une idée définie, la raison n'a rien à voir. Le malade, parfaitement conscient de son appréhension, reste impuissant à la modérer. Quels arguments invoquer contre un malaise doublé de frayeur? Celui qui prévoit les pires événements accepte la contradiction, à la condition de justifier lui-même sa raison de craindre; s'il se contente d'avoir peur, les plus habiles conseillers ne sauraient lui prouver qu'il a tort.

Mis en présence d'un malade qui se déclare pris d'une défaillance portée jusqu'au collapsus et qui se sent en passe de mourir, le médecin n'a à son service, comme le patient, que des généralités peu convaincantes : vous avez éprouvé cent fois pareille souffrance et vous savez par expérience combien elle s'est dissipée rapidement. Mais la même consolation s'applique aux crises syncopales des cardiaques, aux angoisses des angineux de poitrine et quelle assurance peut garantir l'innocuité du 101e accès? Le malade subissant toujours un malaise uniforme que la répétition n'atténue pas, retrouve à un égal degré ses inquiétudes. Il aurait beau se raisonner qu'il ne trouverait pas matière à se tranquilliser; aussi reste-t-il obstinément tourmenté tant qu'il reste vertigineux.

L'intelligence ne prend pas de part à ce délire. Beaucoup vont au-devant des objections et ne reconnaissent à quel degré leurs craintes doivent paraître absurdes. Le délire vertigineux est affaire de sensation et de sentiment.

Du moment que les facultés intellectuelles sont hors de question, le pronostic s'adoucit; les perversions sentimentales n'ont pas la gravité des perversions de l'entendement. Dans les intervalles de répit plus ou moins prolongés, le malade est capable des efforts d'intelligence les plus productifs. Les événements si énormes qu'ils puissent être, qui ne provoquent pas de crise vertigineuse, le trouvent ferme, résistant, hardi au besoin. La durée de l'affection n'entraîne pas d'abaissement progressif de l'intelligence, mais elle n'a pas pour effet obligé d'amoindrir la susceptibilité vertigineuse.

Les occasions qui provoquent ces crises de vertige sentimental, sans participation de l'intelligence, sont multiples, et cependant moins diverses qu'on ne croirait. Elles se résument dans l'impression que provoque un péril invraisemblable, mais possible. L'appréhension raisonnée n'y joue néanmoins aucun rôle; le même individu qui ne saurait monter en chemin de fer sans devenir immédiatement vertigineux, n'est pas troublé par une course effrénée à cheval ou en voiture. Celui qui a peur de la solitude dans sa maison ne craint pas l'isolement dans la maison d'autrui. L'hypochondriaque vertigineux, et ils le sont presque tous, sinon tous, tolère les pires souffrances, pourvu qu'elles ne s'accompagnent pas de vertige.

La séméiologie de ces états si pénibles est précise. Elle peut se condenser dans cette formule : le malaise appréhensif est la conséquence d'un *ictus* physique; toutes les fois que cette mise en train fait défaut la crise ne se produit pas. Le malaise est identique à celui du vertige de cause visuelle; il détermine un trouble anxieux, d'intensité variable, auquel l'intelligence ne participe ni pour l'aggraver ni pour le restreindre. Les individus sujets au vertige mental, le sont habituellement au vertige des altitudes; la réciproque n'existe pas. L'appréhension vertigineuse est limitée, provoquée par une cause toujours semblable; elle ne répond ni à une aptitude, ni à une habitude du caractère. Elle ne s'appuie sur aucun antécédent raisonné et consiste dans une prévision toujours confuse.

J'ai exposé sommairement, trop sommairement peut-être, la forme purement sentimentale du vertige nerveux dégagé de toute complication délirante. Cette description n'est que l'entrée en matière d'une étude plus délicate.

Dans les cas élémentaires qui viennent d'être décrits, l'intelligence reste indemne; dans d'autres, l'intelligence intervient, elle donne un corps aux sensations, elle les commente et les explique.

Le malade devient alors délirant sous deux formes : ou la peur du mal à venir le tient dans une perpétuelle anxiété; il se complaît à se représenter les événements, qui vont survenir, à les classer, à les attendre, ou remontant à la cause de ses angoisses, il constitue, comme il arrive si communément aux aliénés, une étiologie imaginaire de son malaise. Au fond l'intelligence est peu troublée et les perversions qu'elle subit se limitent d'elles-mêmes.

Le vertige mental, accompagné de délire, exigerait un long exposé et j'ai dû me contenter, pour ne pas abuser des instants de l'Académie de cette préface à l'étude des états vertigineux délirants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 janvier 1876. —Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

M. Luys s'unit à la protestation de M. Charcot contre les faits avancés par M. Brown-Sequard. On sait que M. Brown-Sequard, s'appuyant d'ailleurs sur un grand nombre d'observations, soutient cette opinion qu'une lésion d'un hémisphère cérébral peut entraîner des troubles du côté du corps correspondant à cet hémisphère. La loi d'entrecroisement admise, par tous les physiologistes, se trouve ainsi radicalement intervertie.

Si l'on interroge les faits et qu'on s'en rapporte seulement à l'observation clinique, on voit que, contrairement à l'opinion de M. Brown-Sequard, les phénomènes observés pendant la vie dans un côté du corps correspondent *toujours* à des lésions cérébrales du côté opposé. M. Luys, qui fait de très-nombreuses autopsies, n'a jamais rencontré d'exceptions à cette loi. Les observations sur lesquelles s'appuie M. Brown-Sequard sont des observations surannées qui, évidemment, ne répondent pas aux exigences qu'on est en droit de demander aujourd'hui. Donc, si M. Brown-Sequard possède des faits contraires a ce que montre chaque jour l'observation clinique, il doit les soumettre à l'examen de ses collègues, et ne plus se contenter des observations du passé, qui ne peuvent plus avoir aujourd'hui aucune valeur.

M. Luys communique à la Société des faits d'un autre ordre, mais qui viennent également à l'appui de l'opinion qu'il défend avec M. Charcot. Il s'agit des altérations cérébrales consécutives à d'anciennes amputations.

A l'autopsie de vieillards qui, plusieurs années avant leur mort, avaient subi l'amputation de l'épaule ou d'un membre, M. Luys a constaté une atrophie du cerveau portant sur l'hémisphère du côté opposé au membre amputé. Il a réuni déjà une dizaine de cas dans lesquels cette atrophie était des plus nettes. Mais elle ne se produit que quinze ou vingt ans après l'opération. Les régions du cerveau qui percevaient les impressions reçues par ce membre et lui trans-

mettaient les ordres de la volonté sont restées désormais silencieuses, et, comme tout organe qui ne fonctionne plus, se sont consécutivement atrophiées.

M. Luys montre des photographies où sont représentées ces lésions cérébrales, consécutives à d'anciennes amputations, et siégeant toujours du côté opposé au membre amputé. Ce sont donc là de nouveaux faits, qui viennent à l'appui de la loi de l'entrecroisement admise par tous les physiologistes.

M. BROWN-SEQUARD avait précisément l'intention, en continuant l'argumentation qu'il a commencée dans les précédentes séances, de démontrer qu'il existe bien réellement des cas de paralysie directe, c'est-à-dire correspondant à des lésions cérébrales du même côté. Il existe dans la science plus de deux cents faits donnés comme tels. Le nombre, d'ailleurs, ne fait rien à l'affaire, et un seul fait bien observé suffirait, suivant M. Brown-Sequard, pour établir qu'une lésion d'un côté du cerveau peut produire des phénomènes de paralysie dans les membres du même côté. Or ce fait, M. Brown-Sequard croit l'avoir trouvé chez un auteur dont personne ne saurait contester la grande autorité en pareille matière, à moins, toutefois, qu'il n'y ait dans la relation de ce fait une faute d'impression ; il s'agit d'un cas publié dans les Archives de la Société de biologie par M. Charcot lui-même. Dans ce fait, une tumeur énorme siégeant dans l'hémisphère *droit* du cerveau avait, pendant la vie, produit les phénomènes de paralysie du *côté droit* du corps. M. Brown-Sequard demande à M. Charcot si c'est là une faute d'impression.

M. CHARCOT se rappelle très-bien ce fait, bien qu'il soit déjà ancien et déclare qu'il n'y a aucune faute d'impression. Mais M. Charcot d'aujourd'hui n'exclut pas M. Charcot d'autrefois du nombre des auteurs qu'il récuse relativement à la question des localisations cérébrales. Cette observation, bien qu'elle lui appartienne, n'a donc pas à ses yeux plus de valeur que les autres, par cela seul qu'elle date de plus de dix ans. Il fait remarquer, en outre, qu'il s'agit, dans ce cas, d'une tumeur, et que, comme il l'a déjà dit, les cas de tumeur ne sauraient servir à l'étude des localisations cérébrales, attendu qu'elles refoulent les tissus, sans les détruire, et qu'elles n'ont rien de fixe dans les phénomènes auxquels elles donnent lieu.

M. BROWN-SEQUARD regrette que M. Charcot se montre aussi sévère pour lui-même. Il fait observer d'ailleurs que dans beaucoup d'autres observations, ce ne sont pas des tumeurs, mais bien des lésions qui ont produit la paralysie directe; il répond d'avance à cette objection, qui pourrait lui être faite, que la lésion constatée, dans ce cas, à l'autopsie, n'est pas celle qui a produit la paralysie, et qu'il en existait une autre, du côté opposé, non constatée ou même inappréciable. L'expérimentation sur les animaux permet incontestablement de résoudre cette question : si on brûle la surface du cerveau d'un côté, on peut constater que, du même côté, il y a un certain nombre de muscles qui sont paralysés. Or, dans ces cas, la lésion est produite volontairement; on sait qu'il n'en existe pas d'autres, ou du moins s'il en existe une du côté opposé, on sait qu'elle dépend de la première qui a été produite, et qui est bien véritablement la cause première de la paralysie.

M. Brown-Sequard aborde ensuite les faits relatifs à l'homme; on sait, dit-il, qu'une aphasie coexiste le plus souvent avec une lésion du côté gauche du cerveau; or si, en même temps que l'aphasie, on observe une paralysie du côté gauche; il est impossible de ne pas rattacher cette paralysie à la lésion qui a produit l'aphasie, c'est-à-dire à la lésion cérébrale du côté gauche.

M. Brown-Sequard a pu réunir plusieurs faits de ce genre.

Il y a également, ajoute-t-il, des cas d'hémorrhagie cérébrale se manifestant par tous les signes que l'on connaît et laissant après elle une paralysie ; à l'autopsie, on constate que cette hémorrhagie s'est formée du côté du cerveau correspondant au côté qui a été paralysé après tous les signes de l'apoplexie. Il y a des faits de ce genre qui sont incontestables ; n'est-ce pas là une preuve évidente de l'existence de la paralysie directe ?

M. CHARCOT, obligé de se retirer, demande à M. Brown-Sequard de vouloir bien ajourner à la prochaine séance la suite de son argumentation.

COMMUNICATIONS

Troubles trophiques consécutifs à des lésions cérébrales. — M. JOFFROY rappelle qu'il a déjà communiqué plusieurs faits tendant à prouver qu'il y a, dans le cerveau, certains points dont la lésion amène la formation d'eschares fessières plus ou moins étendues. Il apporte aujourd'hui un nouveau fait : il s'agit d'une hémorrhagie ayant fusé dans le lobe sphénoïdal et même dans le lobe occipital du côté gauche ; ce malade a vécu six jours. Pendant quatre jours, aucune eschare ne s'est formée. Après le quatrième jour, une eschare s'est produite, complétement noire, profonde et ayant acquis en très-peu de temps les dimensions d'une main d'adulte.

M. Joffroy met sous les yeux de ses collègues les pièces anatomiques qu'il a recueillies sur ce malade.

Des tubes nerveux en T et de leurs relations avec les cellules ganglionnaires. — M. RANVIER fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, numéros des 25 et 28 décembre 1875, séance de l'Académie des sciences.)

PRÉSENTATION

M. BUDIN dépose une note relative aux contre-indications de la saignée du cordon dans les cas d'asphyxie du nouveau-né.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection, pour l'année 1876, de deux vice-présidents et de quatre secrétaires. Sont élus vice-présidents : MM. Parrot et Laborde, et secrétaires : MM. Hallopeau, Pierret, Hanot, Nepveu.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

V.

L'ancienne faculté française essaya, on se le rappelle, après la signature de la paix, de se constituer à l'état libre et de maintenir ainsi une institution française rivale. Cette tentative échoua, on devine facilement par quelles causes. D'ailleurs la Faculté de Nancy allait être organisée. Médicalement parlant, la place était donc nette pour les Allemands, le terrain était à peu près libre de professeurs et d'élèves aussi : presque tous les étudiants vinrent à Paris ou à Nancy, quelques-uns même à Montpellier ; plusieurs professeurs et agrégés acceptèrent des chaires dans l'université prussienne, les autres allèrent à Nancy.

Au sujet de ces options et de ces acceptations de chaires prussiennes, j'ai entendu de bien sévères jugements à Nancy et à Strasbourg même. Je voudrais cependant à ce sujet vous présenter quelques observations qui ne me paraissent point sans valeur. Nul plus que moi n'a ressenti les angoises de la douloureuse guerre de 1870. Nul plus que moi, je le dis hautement en terre prussienne, n'a détesté et ne déteste plus encore nos vainqueurs ; nul plus que moi enfin n'a été profondément touché au spectacle de ces émigrations alsaciennes, émigrations de paysans ou de bourgeois qui ont brisé tant de souvenirs et tant d'espérances, détruit tant de légitimes ambitions, anéanti enfin tant de foyers chers et sacrés. Les professeurs et les agrégés de l'ancienne Faculté de médecine française ont montré ce jour là un patriotisme que nous ne saurions trop louer parce que tous peut-être nous n'aurions point été capables de l'imiter. Il a été offert à ces hommes désintéressés, par le gouvernement prussien, des chaires qui ne rapportent pas moins, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure, de 40,000 et 50,000 francs, sans compter les

(1) Suite. — Voir le numéros du 6 janvier.

honoraires d'une clientèle depuis longtemps acquise : un agrégé pouvait devenir professeur extraordinaire et recevoir au lieu des rétributions ridicules que vous savez, 15,000 et 20,000 francs par an. Question d'argent répondra quelque généreux, quelque patriote si vaillant, si prodigue quand il s'agit de l'argent et du sang du voisin ! Permettez-moi de ne point répondre à une telle ignorance des quelques mobiles, des quelques intérêts qui font agir ici-bas la grande masse des hommes et non pas toujours les plus petits, les plus ignorants.

Malgré mon admiration pour tant de patriotisme et de désintéressement, il ne m'a pas déplu de voir un grand nombre d'alsaciens, de français, rester sur la terre natale ; c'est eux qui maintiendront ici les mœurs, le langage, le patriotisme, l'amour de la vraie et seule patrie. Parmi tous ces soi-disants sujets prussiens, plus d'un répète à haute voix devant le vainqueur, la vieille devise d'une grande famille, légèrement modifiée et plus fière encore : « Français ne puis, Prussien ne daigne, Strasbourgeois suis ! » Il ne fallait pas que tous les bohêmes, tous les juifs, tous les mendiants, tous les fruits secs de la Prusse vinssent faire figure ici. Nos compatriotes momentanément séparés de nous, ont su au point de vue social remettre toutes choses à leur place, et tout en acceptant un joug détesté se préserver par un isolement fier et méprisant de tout contact odieux. « Depuis cinq ans, pas un Prussien n'a franchi mon seuil », me disait le chef d'une vieille famille strasbourgeoise, qui cependant vote et remplit à Strasbourg, tous les devoirs d'un sujet allemand. On compte ici, monsieur, ceux qui ne tiennent point le même langage, et les familles qui ont accueilli à leur foyer des administrateurs ou des officiers.

Quant aux personnes qui ont accepté l'option avec toutes ses conséquences, c'est-à-dire des services dans une administration et les relations nécessaires de chaque jour, de chaque instant; pour n'avoir point montré la rigueur un peu farouche de la plupart des Strasbourgeois, pour n'avoir point montré l'héroïsme qui a conduit nos pauvres paysans alsaciens sous le ciel de l'Algérie, et les professeurs et les agrégés de la Faculté de médecine à la Faculté de Nancy, sont-elles coupables, aux yeux d'un français, d'un acte qui ne se puisse ni excuser, ni expliquer? Je sais tout aussi bien que tel de nos lecteurs quelle cause donner à beaucoup de ces défaillances : l'intérêt, la crainte, l'indifférence aux grands sentiments de patrie, de nationalité, la misère aussi. Mais je sais aussi pour l'avoir entendu de bouches qui étaient bien sincères, que beaucoup de ces personnes qui nous paraissent si blamâbles, n'ont point renié dans le fond du cœur les pensées généreuses et les vieux attachements; que la France reste secrètement la patrie de ces Français qui semblent l'avoir abandonnée. J'ajouterai que si les malheurs plus ou moins mérités, que si la politique détestable suivie dans notre pays par de coupables partis, faisaient place à une politique d'apaisement, de bon vouloir, de progrès, conforme en un mot au génie de la France; que si le souffle puissant du libéralisme fécondant enfin nos institutions d'instruction publique éteignait définitivement les cendres mal éteintes d'un fanatisme digne d'un autre âge; que si le relèvement de notre patrie n'était plus un fait douteux, contesté, probable hier, incertain aujourd'hui, mais bien une réalité éclatante et continue, tous ces nobles sentiments si longtemps contenus éclateraient au grand soleil. Il n'est pas besoin de longtemps entendre parler un de ces Français, en apparence germanisés, pour se convaincre de tout ce que je vous dis ici.

Le terrain, nous le répétons, était donc déblayé, débarrassé de tout obstacle, il ne restait plus au gouvernement prussien qu'à installer son université, qui devait porter à vingt et un le chiffre des universités du nouvel empire. Il ne s'agissait pas de créer dans la capitale de l'Alsace-Lorraine, une université de province ou de duché n'ayant que des visées purement locales et ne devant réunir sur ses bancs que des Alsaciens-Lorrains comme on ne trouve guère que des Badois, à Fribourg-en-Brisgau. Ce n'était point là le but que se proposait le vainqueur. Il voulait que l'Alsace conservât en Allemagne le haut rang qu'elle tenait en France au point de vue de l'instruction publique. Chacun entrevoit quels avantages nationaux et politique. il avait à cette création : il n'avait point été le dernier à s'en rendre compte.

Son premier soin fut d'appeler dans la nouvelle université d'*Empire*, comme on la nomme, des professeurs et des savants de premier ordre ; il suffit de nommer pour la Faculté de théologie le professeur Krauss, pour la Faculté de droit et des sciences politiques le professer Köppen, pour la Faculté de philosophie le professeur Weizsacker, pour la Faculté de médecine enfin MM. Hoppe-Seyler et de Recklinghausen. La réputation des maîtres n'est-elle point le premier et le plus simple moyen d'attirer les élèves et les étrangers ?

Les Facultés de théologie, de droit, de philosophie, des sciences mathématiques et naturelles furent facilement installées dans l'ancien édifice qu'occupaient nos Facultés françaises correspondantes et l'École de pharmacie. La Faculté de médecine prit naturellement possession des locaux affectés à cette même branche de l'enseignement avant 1870. Et c'est ici, monsieur, que se remarquent cruellement les différences avec lesquelles sont traités par les gouvernements respectifs, les institutions et les établissements d'enseignement supérieur en France et en Allemagne. En 1872, les professeurs appelés vinrent prendre possession de leurs chaires. Quelque distingués qu'ils fussent, ils ne quittaient pas des universités de premier ordre : M. de Recklinghausen quittait, je crois, Würtzbourg. Mais l'excellente organisation, et ce que j'ai assez justement appelé le confort scientifique dont ces professeurs avaient joui jusqu'à ce jour, durant leur carrière de Privatdocenten, puis de professeurs extraordinaires et ordinaires enfin, les avaient rendu trop difficiles pour se contenter longtemps des pitoyables locaux dans lesquels avait pu si longtemps vivre notre ancienne Faculté française. Des chaires vinrent à vaquer aux universités de Vienne et de Munich; M. de Recklinghausen était appelé en Autriche, et M. Hoppe-Seyler, en Bavière; ils allaient accepter. M. de Recklinghausen cependant, cédant à de vives instances se rendit à Berlin, parla personnellement au ministre de l'Instruction publique, et lui déclara nettement qu'il ne pouvait rester à Strasbourg, si on ne lui élevait *de suite* un laboratoire convenable : c'en fut assez. Un crédit de 300,000 francs fut immédiatement voté et l'on construit aujourd'hui sur le modèle des splendides laboratoires de Leipsick un véritable palais scientifique qui donnera à l'université germanique de Strasbourg, le septième ou le huitième rang parmi les vingt et une universités de l'empire.

Permettez-moi, monsieur, de m'arrêter avec quelques détails sur cette construction importante; j'en ai visité le chantier, car les travaux de maçonnerie sont loin d'être terminés, mais, grâce à l'obligeance de M. le professeur Jossel, j'en ai eu les plans sous les yeux. Ma description ne sera point celle d'un architecte, je n'avais ni l'équerre ni le compas à la main, puis tous les médecins n'ont point les aptitudes de notre Perrault. Je dois ajouter cependant, qu'en Allemagne quand il s'agit de construire des laboratoires, les maîtres qui doivent y professer, sont admis à exposer les besoins matériels de leur enseignement, à diriger la règle et le crayon de l'architecte, à faire prévaloir les règles d'une saine hygiène enfin. On pense Outre-Rhin qu'eux seuls sont propres à inspirer une œuvre conçue et exécutée dans un véritable esprit pratique; il n'est pas de considération ministérielle ou administrative qui puisse étouffer leur voix.

Le terrain sur lequel s'élèveront les laboratoires, et les amphithéâtres où se fera l'enseignement de l'anatomie pathologique et de l'anatomie normale s'étend environ sur une longueur de 100 mètres, sur une profondeur de 50 mètres et plus. Cette magnifique superficie est comprise entre les fortifications et l'hôpital civil au Sud-Est de la ville. Les travaux de maçonnerie avancent rapidement : les soubassements, caves, sont terminés et l'édifice commence à sortir du sol. Une vaste cour est ménagée dans l'intérieur, qui séparera et aérera les différents corps de bâtiment, lesquels seront au nombre de quatre; le terrain formant à peu près un carré long.

L'édifice aura deux étages : ce chiffre restreint indique quelle spaciosité et quelle hauteur pourront avoir chacune des pièces. A gauche se trouvera l'anatomie normale; à droite l'anatomie pathologique; car suivant le principe excellent de la séparation des chaires, ce sont ces deux branches seulement de l'enseignement médical qui seront installées dans ce vaste local. Une fontaine jaillissante et des arbres seront placés dans la cour intérieure. Un souterrain fera communiquer l'hôpital et les caveaux des laboratoires, de façon à

ce que le service des dissections normales et pathologiques puisse se faire rapidement et sans la moindre gêne.

Si maintenant nous jetons les yeux sur l'aménagement et la disposition intérieure de l'édifice, nous voyons, au centre de chaque vaste pavillon, le cabinet particulier du professeur ordinaire ; vaste pièce de 6 mètres de haut sur 7 à 8 mètres de long et autant de large, vrai cabinet de ministre d'où partiront les ordres, les conseils et tout ce qui a trait au département scientifique à gouverner. Là se trouveront son bureau, ses papiers, une riche bibliothèque, et les instruments dont il se sert particulièrement. A côté son laboratoire particulier; puis les laboratoires du premier et du second préparateur ou *assistants*, comme on dit ici. De l'autre côté du laboratoire du maître se trouve encore un vaste laboratoire réservé aux médecins étrangers qui veulent étudier sous la direction du professeur ordinaire. Le professeur extraordinaire, véritable second du professeur en titre (nous n'avons point de situation analogue en France), a lui aussi son cabinet et son laboratoire particuliers. Il n'aura pas à professer et à faire des démonstrations pratiques seulement en l'absence du professeur ordinaire, mais en même temps; en sorte que l'anatomie, pour prendre un exemple, est enseignée toute la journée; le matin par l'ordinaire, le soir par l'extraordinaire. Les programmes des cours, tels que je vous les présenterai tout à l'heure, règlent l'ordre de l'enseignement et les matières. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 janvier 1876, M. Patoureau, chirurgien en chef de l'hôpital de Nantes a été nommé chevalier de la Légion d'honneur : trente et un ans de services dans les hôpitaux. — Belle conduite lors des épidémies cholériques de 1849 et de 1866. — S'est également distingué à l'époque de la guerre par le dévouement avec lequel il a soigné les nombreux malades ou blessés recueillis dans les ambulances de Nantes.

— *École de médecine de Toulouse.* — La chaire d'hygiène est transformée en chaire de thérapeutique et d'hygiène.

M. Basset, professeur d'hygiène à l'école de médecine de Toulouse, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène à ladite école.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — MM. de Fleury et Burget, nommés médecins titulaires de Saint-André, entrent en fonctions pour six années.

— *Hôpital du Caire.* — M. Gaillardot (de Lunéville), médecin sanitaire de France à Alexandrie, est nommé directeur de l'École de médecine et du grand hôpital du Caire.

— M. le docteur Loignon est nommé médecin du lycée de Bordeaux (petit lycée de Talence) en remplacement de M. le docteur Darré, décédé.

— *Association des médecins de la Seine.* — Par dérogation aux usages de l'association et en vertu d'une décision spéciale de la commission générale, l'assemblée générale (qui d'habitude tient sa séance le dernier dimanche de janvier) se réunira cette année le 16 janvier à deux heures très-précises dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

— La Société médicale de l'Élysée a constitué de la manière suivante son bureau pour l'année 1876 : MM. Siry, président; Isambert, vice-président; Riant, secrétaire-général; Krishaber et Planchon, secrétaires; Canuet, trésorier.

— La *Société médico-chirurgicale* de Liége accordera un prix de 500 francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements ou de la pharmacie.

Le mémoire couronné sera publié dans les *Annales* de la Société.

Les auteurs ne doivent pas présenter des travaux d'une étendue excédant cinq feuilles d'impression (soit 80 pages format in-8° des *Annales*).

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur.

Les travaux devront être remis avant le 1er août 1876 à M. le docteur Davreux, secrétaire général de la Société, rue de la Casquette, 33, à Liége.

— La *Société médico-chirurgicale* de Liége décernera une *médaille d'or* à l'étudiant d'une des universités belges, auteur du meilleur travail sur un sujet librement choisi, concernant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie, les accouchements ou la pharmacie.

Les travaux devront être remis avant le 15 octobre 1876 au secrétaire général de la Société.

— *Clinique chirurgicale.* — M. le docteur Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 19 janvier, et les continuera les mercredis et samedis de chaque semaine, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Mallez, fera son cours (anatomie pathologique et chirurgie des voies urinaires), le jeudi 13 janvier, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique. L'anatomie pathologique sera exposée par des projections photomicrographiques.

— M. le docteur Desmarres fils a commencé ses leçons sur la chirurgie oculaire à l'École pratique (amphithéâtre n° 2) le lundi 10 janvier à huit heures du soir et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

La phthisie pulmonaire et la médication arsenico-phosphorée comparée avec les divers traitements connus. Étude basée sur de nombreuses observations, et les données les plus récentes de la science, par le docteur Lescolmel. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Dragées Dominique.

Les sels arsenico-ferriques *naturels* de la Dominique offrent aux praticiens une innocuité toute particulière dans la médication arsenicale.

Chaque DRAGÉE DOMINIQUE contient un demi-milligramme d'arséniate de fer, 5 centigrammes de composés ferrugineux.

Les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance dans les formes les plus variées de l'anémie, les névralgies, les maladies de la peau, les fièvres intermittentes, etc., etc.

Les DRAGÉES DOMINIQUE sont fort agréables au goût.

Emploi : de deux à quatre dragées quelques instants avant les deux principaux repas.

Entrepôt général : Pharmacie centrale de France, 7, rue de Jouy, à Paris.

Détail : Les principaux Pharmaciens.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. MARIANI, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, nº 20.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement l'un par l'autre.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot. Laroche

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Huile de foie de morue pancréatique de DEFRESNE

M. Cl. Bernard a démontré que le *suc pancréatique* avait pour mission de digérer les corps gras; s'emparant de ce fait physiologique, M. Defresne a eu l'idée d'employer le suc pancréatique à l'émulsion de l'huile de foie de morue, de manière à la rendre assimilable.

L'huile qu'il traite par la pancréatine, perd sa forme liquide et prend celle d'une crème blanche, dans laquelle la saveur particulière de l'huile de foie de morue est entièrement dissimulée et rendue même agréable par l'intervention du laurier-cerise.

Dans ces conditions, elle se délaye dans l'eau, le lait, le chocolat, le café, le bouillon, suivant le goût du malade.

Elle ne cause jamais ni renvois, ni diarrhée, et ne donne lieu à des selles graisseuses comme cela a lieu avec l'huile de foie de morue ordinaire; elle est au contraire absorbée, sans aucun travail, par l'estomac le plus délicat; c'est le problème longtemps cherché, et enfin résolu, de faire prendre ce médicament sans répugnance.

De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux ont confirmé tous les faits avancés.

DOSE : 4 à 8 cuillerées à café par jour, avant les repas.

Dépôt à la PHARMACIE DEFRESNE, 2 et 4, rue des Lombards, et dans les principales pharmacies.

Pilules Duroy à l'extrait de sang, — ou Hématiques —

RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme.* Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, PHARMACIEN LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, RUE DU FAUB.-MONTMARTRE, A PARIS, et toutes les pharm.

Liqueur de Carrié au tartrate ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique de** *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Vin ferrugineux à la rhubarbe

de AD. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Toutes les préparations ferrugineuses amènent plus ou moins de la constipation, et c'est pourquoi on ne peut en continuer longtemps l'usage. Le VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE DE CHINE ne présente pas et ne peut présenter ces inconvénients. Il est agréable au goût, et convient dans tous les cas où le fer est indiqué. — 61, boulevard Malesherbes, Paris, et dans toutes les pharmacies.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Koumys — Edward ET Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul expérimenté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte. — Se défier des contrefaçons.*

Se trouvent dans toutes les pharmacies. Blancard *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Sirop de digitale de Labélonye

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Élixir et Vin de Coca,

de Joseph BAIN, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant. — **Pastilles digestives de coca.** — E. FOURNIER ET Cie, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Véritable jus de bifteck du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

Embaumements du dr Sucquet

Seule méthode approuvée par l'Académie de médecine de Paris dans les concours des embaumements. — 142, rue de Rivoli.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, *l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.

Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

N° 5. — JEUDI 13 JANVIER 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 13 JANVIER 1876. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu deux lectures : l'une de M. Verneuil sur les effets possibles de la coïncidence d'un traumatisme avec une diathèse rhumatismale ; l'autre de M. Bourgade, sur la broncho-pneumonie rémittente. Aucune discussion n'est à l'ordre du jour.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur Béhier.

Paralysie générale des aliénés (1).

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

Période terminale. — Quant à la période terminale, c'est la démence absolue, aboutissant habituel, du reste, de toutes les formes d'aliénation, que celle-ci procède de la manie, de la monomanie, de la démence paralytique, etc. Les malheureux n'émettent plus que des syllabes confuses ; ils sont pris d'un tremblement général ; ils tombent plus fréquemment, non pas par faiblesse, car leurs mouvements, au lit, sont encore énergiques, mais parce qu'ils oublient de plus en plus, en quelque sorte, la nécessité de se soutenir sur leurs jambes.

Certains présentent une agitation inconsciente ; ils mâchonnent, crachent, déchirent. D'autres ne pensent plus à manger. Il en est, au contraire, qui dévorent tout ce qu'ils trouvent, du bois, des cailloux, même leurs matières fécales, dont ils se barbouillent la face et les mains. Ce sont *les gâteux* par excellence. Enfin, quelques-uns, tout en étant parvenus à ce degré de démence, ont conservé l'idée de manger à des heures fixes, qu'ils reconnaissent parfaitement à la pendule.

Cet état de démence absolue avec oubli de toutes choses, inconscience absolue de tout besoin, de tout soin corporel, constitue l'état gâteux, dernier terme de la démence.

Chez ces malades, toutefois, bien que l'action musculaire semble anéantie, MM. Brierre (de Boismont) et Duchenne (de Boulogne), ont constaté que les muscles avaient conservé leur sensibilité électro-motrice.

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 novembre, 2 et 23 décembre 1875.

Voyons, maintenant, si des lésions anatomo-pathologiques ont été trouvées dans cette affection.

Il en existe de constantes, ce qui est assez peu commun jusqu'ici dans beaucoup d'autres formes d'aliénation mentale. Par leurs caractères spéciaux et toujours identiques, ces lésions sont vraiment caractéristiques, et en les étudiant bien, on voit qu'elles rendent compte des symptômes observés. Bien décrites par M. Calmeil, ces lésions ont été étudiées de nouveau dans ces derniers temps, notamment par M. Magnan.

Voici ce qu'on rencontre d'ordinaire à l'autopsie de ces malades. Les os du crâne sont souvent épaissis. La pie-mère est comme tomenteuse, rougeâtre, sillonnée de vaisseaux turgescents, formant un lacis plus ou moins serré. Des dépôts plastiques assez abondants s'observent le long des principaux trous, et sont plus marqués au niveau de la scissure de Sylvius et du sillon de Rolando. A ce niveau, le tissu cellulaire de la pie-mère est infiltré de sérosité. Jusqu'ici, ce sont là les lésions d'une méningite ; mais ce qui est plus spécial à la maladie que nous étudions, c'est la coïncidence d'altération de la couche corticale des circonvolutions cérébrales. Dans les points altérés, lorsque l'on essaye d'arracher les enveloppes du cerveau, on voit qu'elles adhèrent à la couche corticale des circonvolutions, adhérence qui, au premier degré, se traduit par une sorte de happement. Plus tard, quand la maladie est plus avancée, la soudure qui s'est faite entre les méninges et la surface de l'encéphale est plus intime, elle ne cède sous l'effort qu'après avoir déterminé une érosion plus ou moins profonde de la couche corticale. Calmeil a beaucoup insisté sur ce fait.

Cette adhérence se rencontre quelquefois sur la totalité des circonvolutions, mais elle est plus rare au niveau du lobe occipital. On l'observe de préférence en avant, à la face inférieure des circonvolutions antérieures et au niveau de la scissure de Sylvius, de même sur les lobes pariétaux. Il est à noter que, dans ce cas, le trouble de la parole est d'autant plus prononcé que la lésion siége sur un point plus rapproché de la partie antérieure de la troisième circonvolution frontale. M. Hanot (Société de biologie, 1872) a cité un fait de ce genre. De même, Betz (de Kiew), a vu les troubles du mouvement, bégaiement et tremblement, se développer d'une façon précoce et acquérir une grande intensité dans des cas où les altérations avaient leur siége dans les circonvolutions frontale et cervicale ascendantes, points indiqués par M. Hetzig et par M. Ferrie, comme des centres de mouvement.

La substance cérébrale elle-même est altérée, surtout la substance grise ; elle est ramollie superficiellement. La partie de la couche profonde en contact avec la substance blanche ont une teinte rougeâtre, violacée, lie de vin, qui plus tard devient

grisâtre. La substance grise, dans son ensemble, est atrophiée, surtout si la maladie est ancienne. Pour apprécier le degré d'atrophie du cerveau, Parchappe a eu l'idée de peser l'encéphale chez les déments paralytiques. Il a constaté, par ce moyen, que le cerveau chez les déments paralytiques hommes, pesait 179 grammes en moins que chez les autres aliénés, différence qui n'était que de 157 grammes chez les femmes.

De plus, dans presque tous les cas, les circonvolutions sont aplaties et comme effacées.

La substance blanche a également subi une altération notable. Elle est congestionnée, et si la maladie a duré longtemps, on trouve, à la coupe, des noyaux indurés qui se rétractent sous le scalpel par lequel ils se laissent difficilement entamer. La surface de section, au lieu d'être plane, est un peu concave, comme dans certains squirrhes. Enfin, la rétraction est quelquefois telle, qu'il semble que les ventricules soient agrandis.

Il y a bien longtemps déjà que le microscope a été appliqué pour la première fois à l'étude de ces lésions. Calmeil a constaté une altération des vaisseaux, lesquels sont, en effet, très-développés. Leur membrane, finement granuleuse, est entourée de granules moléculaires, de globules sanguins et de globules blancs qui, suivant M. Miersejwski, passeraient à travers les parois par diapédèse et viendraient remplir l'adventice. L. Meyer (*Arch. Virchow*, 1874) a étudié spécialement cette altération, et en a fait la lésion capitale de la maladie. Pour lui, la paralysie générale n'est pas autre chose qu'une inflammation interstitielle chronique. Le travail pathologique s'opère surtout autour des vaisseaux artérioles et capillaires. Ils sont bientôt entourés d'une véritable gaîne de cellules jaunes, qui sont des leucocytes émigrés de l'intérieur du vaisseau, et ne résultent nullement de la prolifération de la névroglie. Puis cette gaîne s'épaissit par le ratatinement des cellules qui la composent, lesquelles s'infiltrent de graisse ou se calcifient, et compriment et étouffent les vaisseaux, d'où la destruction de la circulation et l'ischémie cérébrale.

Je crois que les recherches de Meyer sont exactes : elles sont l'extension en quelque sorte de celles de M. Calmeil, qui a décrit ces obstructions et ces compressions vasculaires. Mais Meyer n'est plus dans le vrai, selon moi, quand il limite la lésion à ces troubles vasculaires, et quand il refuse l'existence de toute altération de la névroglie. Je reviendrai tout à l'heure sur ce point.

D'après M. Miersejwski, qui partage en partie les opinions de Meyer, cette lésion des vaisseaux serait l'altération la plus constante et précéderait toutes celles qui se rencontrent dans le tissu nerveux. Elle porterait, suivant lui aussi, principalement sur les capillaires et sur les petits vaisseaux ; elle est diffuse et très-irrégulièrement répartie sur la paroi d'un même vaisseau.

Outre cette altération des capillaires, M. Miersejwski et M. Lubimoff ont rencontré des capillaires de formation nouvelle partant des vaisseaux altérés, desquels ils émaneraient par une sorte de bourgeonnement, rappelant ce qu'on observe dans la queue des têtards, pour les capillaires en voie de développement.

Quelquefois, M. Miersejwski a vu une légère extravasation sanguine au voisinage des capillaires altérés, mais plus rarement on rencontre, au voisinage de vaisseaux plus volumineux, de petits épanchements ayant rompu la paroi de la gaîne, et qui s'étant répandus dans le tissu nerveux, peuvent donner lieu à de petites attaques d'apoplexie.

Ce fait est douteux pour moi, ou doit être peu fréquent, car l'hémorrhagie cérébrale est généralement rare dans la paralysie générale, comme M. Calmeil l'a fait remarquer.

Ces vaisseaux deviendraient donc souvent multiples. Calmeil dit bien avoir trouvé, au niveau des points lésés, huit, dix vaisseaux, au lieu de un ou deux qui existaient à l'état sain. Ces vaisseaux nouveaux sont imbriqués en forme de plexus, les uns vides, les autres pleins de globules empilés. Mais ce que l'on a décrit comme des vaisseaux vides, ne paraît être autre chose qu'un lacis de fibres de tissu cellulaire, encore colorées par de l'hématine.

Vous le voyez on a fait une étude assez complète de l'état des méninges et de l'état des capillaires dans la paralysie générale.

Quant aux cellules nerveuses, les uns prétendent qu'elles n'offrent rien d'anormal, les autres au contraire qu'elles sont toujours altérées. C'est la seule opinion soutenable aujourd'hui. Calmeil a vu, avec Marcé, ces cellules déformées, rompues dans leurs anastomoses, et réduites en débris épars ; ailleurs elles présentaient des contours vagues, incertains.

Lubimoff (*Arch. Virchow*, 1873) a avancé que les cellules nerveuses du cerveau présenteraient deux variétés d'altération : 1° une véritable prolifération endogène avec gonflement et division du noyau, augmentation de volume du protoplasma ; 2° le ratatinement de la cellule dont le noyau disparaît, la cellule se transformant alors en une boule homogène.

M. Miersjewski a décrit de son côté des cellules araignées de formation nouvelle, composées d'un noyau entouré d'un protoplasma d'où émanent des prolongements multiples. Meschede, Lockhart-Clarke, ont signalé la dégénérescence pigmentaire des cellules nerveuses dont le noyau est trouble, opaque, taché de pigmentations noirâtres, conduisant à leur désagrégation, à leur mort. Enfin, M. Liouville a lui-même montré l'hypertrophie des cellules cérébrales.

Ces destructions, cette désagrégation des cellules, ont été considérées par Meyer comme la conséquence des lésions vasculaires, lesquelles détermineraient alors une véritable mort de l'élément nerveux qui ne recevrait plus les matériaux nécessaires à sa nutrition. Il refuse tout rôle aux altérations de la névroglie. Il y a là, je crois, une erreur véritable. L'examen micrographique montre en effet que la névroglie subit une modification très-notable qui consiste surtout en une exagération considérable. Prolifération ou exsudat, quelle que soit la théorie que l'on accepte, il n'en est pas moins vrai que la névroglie se développe, et par son développement même étouffe et comprime les éléments figurés qu'elle entoure et à qui elle sert normalement de support. Des planches remarquables qui ne sont autres que des photographies prises à l'aide du microscope ont été faites par M. Luys qui me les communiquait il y a peu de temps. Elles montrent de la façon la plus évidente de larges plaques d'exsudat plastique développées dans la névroglie et oblitérant, désagrégeant, et détruisant les cellules. Cette altération est surtout évidente pour la couche la plus profonde de la substance grise des circonvolutions dont les grosses cellules sont altérées et détruites de diverses manières en même temps qu'on en voit quelques unes dans lesquelles l'altération, moins avancée, se traduit par une véritable augmentation de volume.

Les tubes nerveux sont eux-mêmes atrophiés, dépourvus de leur myéline, réduits à l'état de débris épars. Et même Miersjewski et Joffroy croient avoir vu dans la substance blanche des lobes frontaux et occipitaux des cylindres d'axe hypertrophiés.

En présence de faits de paralysie glosso labio-laryngée, on

s'est demandé si les troubles de la parole et de la déglutition, dans la paralysie générale, n'étaient pas liés à une altération des noyaux d'origine des nerfs du bulbe, comme cela se rencontre dans la paralysie glosso-labio-laryngée. Il n'en est rien. La seule lésion assez constante du bulbe que l'on rencontre dans la paralysie générale consiste dans l'épaississement de l'épendyme, laquelle du reste se rencontre souvent dans d'autres circonstances. Elle n'a rien de caractéristique et n'est jusqu'ici qu'une coïncidence pure.

De même, dans la moelle, Westphal et M. Joffroy ont vu des lésions de sclérose diffuse des cordons antéro-latéraux avec symptôme de sclérose en plaque, déterminer des troubles intellectuels. Il est évident que cette forme n'était pas appliquable à la démence paralytique et qu'elle était probablement due à l'existence d'une méningo-encéphalite diffuse, avec sclérose diffuse de la moelle frappant irrégulièrement les cordons antéro-latéraux et les cordons postérieurs.

MM. Voisin et Liouville ont de même observé un cas de méningo-myélite, avec sclérose régulière des cordons antéro-latéraux.

Quant à l'altération des cordons postérieurs et des cornes antérieures avec atrophie musculaire, signalée dans la paralysie générale; ce n'est là qu'une simple coïncidence.

Enfin M. Hanot, interne à l'Hôtel-Dieu, a encore noté dans la paralysie générale, la névrite et la périnévrite des nerfs moteurs oculaires communs qui s'atrophient. Ces lésions, causées par l'épaississement de l'arachnoïde, s'accompagnaient d'un nystagmus très-marqué.

En résumé, comme l'a très-bien dit Calmeil, la paralysie générale n'est autre qu'une méningo encéphalite, à forme chronique et à marche lente.

Les lésions des méninges sont simples et ne prêtent à aucune discussion. Pour le tissu nerveux, son ensemble est simultanément pris; ses vaisseaux, comme nous l'avons vu, sont le siége d'une hyperplasie inflammatoire, la névroglie se développe sous l'influence du même processus et étouffe le tissu normal.

Si on rencontre le développement de vaisseaux nouveaux dans certains points cela n'a rien que de très-ordinaire, dans le développement du processus phlegmasique, ces vaisseaux devant nourrir le tissu morbide nouvellement développé et pourvoir à son évolution. Il en est de même de l'existence de certains éléments figurés, cellules et tubes, anormalement développés. C'est encore un fait commun en pareille occurrence pathologique, les éléments d'une partie enflammée subissant d'abord, pour un certain nombre, un travail de développement transitoire et momentané. Mais l'aboutissant réel et définitif, c'est la mort et l'étouffement de ces éléments, de là, la destruction des fonctions (intelligence et mouvement), après une certaine excitation.

La marche de la maladie est habituellement lente et elle se développe à bas bruit comme la lésion dite cirrhose, mais elle offre des exacerbations en rapport avec les congestions qui surviennent accidentellement. Chaque congestion donne en quelque sorte un coup de fouet au développement de l'altération, active la production de l'exsudat, d'où une augmentation des manifestations symptomatiques après chaque congestion.

On comprend bien aussi, une fois ces lésions connues et et appréciées dans leur valeur, la différence du début observée dans certains exemples de la maladie qui offre une sorte d'apparence maniaque résultant d'un degré d'acuité plus grand de la phlegmasie. De même la façon différente dont survient la mort dans les différents cas est expliqué par la marche de la lésion. *(A suivre.)*

CLINIQUE ODONTOLOGIQUE. — M. E. MAGITOT.

Observations de périostite alvéolo-dentaire chronique avec complications de voisinage, traitée par la résection suivie de la réimplantation immédiate.

(Recueillies par MM. les Drs PIETKIEWICZ et PIOTROWSKI.)

Tous les chirurgiens ont rencontré dans leur pratique certains accidents qui surviennent au sein des mâchoires ou dans les régions voisines sous l'influence des altérations dentaires. Ces accidents consistent en des phénomènes inflammatoires, dénudation, ostéite des maxillaires, phlegmon des parties molles, abcès, fistules s'ouvrant soit sur les bords alvéolaires, soit à l'extérieur sur la peau. Parfois ces lésions diverses s'accompagnent d'accidents généraux et peuvent nécessiter des opérations graves ou conduire, dans quelques circonstances plus rares, à une terminaison fatale.

La pathogénie de ces divers accidents est restée jusqu'ici fort obscure. Le plus ordinairement, le médecin appelé dans un cas de ce genre, après avoir constaté soit un abcès, soit une nécrose plus ou moins étendue, cherche dans le voisinage si le système dentaire n'est point malade. On rencontre alors souvent une ou plusieurs caries. D'autres fois, les dents sont dépourvues de toute lésion apparente, et cependant la relation avec ces organes est généralement reconnue et leur sacrifice invariablement conseillé.

Le plus ordinairement, nous devons en convenir, cette pratique, appliquée en temps opportun, amène des résultats favorables. On a supprimé une ou plusieurs dents : on a ainsi ouvert le foyer inflammatoire, et ce véritable débridement permet l'évacuation facile de la suppuration ou des divers produits mortifiés, et finalement la guérison.

Si les avulsions conseillées ainsi par le médecin et acceptées par le malade portent sur des dents profondément altérées, sur des débris devenus de véritables corps étrangers, la méthode est essentiellement rationnelle et devra, selon nous, être conservée; mais il n'en est pas toujours ainsi, et certains accidents, même parmi les plus sérieux, ont souvent pour point de départ des dents ne présentant que des lésions extérieures légères, et en tous cas parfaitement curables; quelques-unes mêmes se trouvent entièrement dépourvues de toute carie. De tels sacrifices sont dès lors évidemment regrettables.

Nous avons donc entrepris de rechercher quelle est l'altération dentaire initiale dans ces circonstances pathologiques et nous nous sommes posé le problème de la guérison avec conservation ou du moins rétablissement complet des parties.

Or le processus pathologique qui aboutit aux lésions des mâchoires ou de la face, de l'ordre de celles que nous venons d'indiquer, a pour point de départ invariable la *périostite alvéolo-dentaire*.

Cette affection a une origine assez diverse : tantôt elle est le résultat prochain ou lointain d'une carie dentaire parvenue à une période avancée, tantôt elle est due à un traumatisme antérieur; assez souvent, enfin, elle est essentielle et spontanée.

Au point de vue de son siége anatomique, la périostite peut affecter une étendue plus ou moins grande de la membrane périostale, rarement elle l'envahit tout entière; ordinairement elle se localise au sommet soit de la racine unique d'une incisive ou d'une canine, soit de l'une des racines d'une molaire, les autres pouvant rester saines.

L'altération occupe ainsi en moyenne de 1 à 3 ou 4 millimètres à partir du sommet. Toute la partie restante, jusqu'au

collet peut avoir conservé son intégrité complète ou ne présenter qu'un état inflammatoire plus modéré, une simple injection avec ou sans épaississement.

Dans tous les cas, la gravité des accidents n'est pas en raison directe de l'étendue en surface du périoste affecté, et des désordres de voisinage très-sérieux ont souvent pour point de départ une périostite occupant 1 ou 2 millimètres à peine du sommet radiculaire.

La lésion qui s'observe alors consiste dans la destruction du périoste accompagnée de la dénudation du cément avec résorption complète de ce tissu, et d'une couche plus ou moins profonde de l'ivoire lui-même. Ce travail pathologique donne à la racine un aspect spécial : elle est irrégulière, rugueuse, couverte d'aspérités qui donnent au doigt une sensation caractéristique; parfois elle est comme rongée et usée soit transversalement, soit obliquement en bec de flûte.

Au point de vue du siége ou du trajet qu'affectent les accidents produits par cette lésion primitive du périoste, nous avons déjà présenté ailleurs (1) des considérations touchant les conditions de niveau relatif qu'elles occupent : la lésion du périoste siége-t-elle sur un point qui correspond au vestibule, les accidents se produiront dans la bouche et dans l'épaisseur des bords alvéolaires. A-t-elle pour lieu d'origine un point plus profond que le vestibule lui-même, les accidents se dirigeront soit dans la profondeur du maxillaire, dans le sinus, soit dans le tissu cellulaire de la face et du cou. Les abcès s'ouvriront sur la peau, et les désordres consécutifs seront infiniment plus étendus et plus graves.

Quoi qu'il en soit de ces diverses considérations relatives au siége et au trajet des lésions dont il s'agit, nous présentons aujourd'hui des faits qui tendent à établir une méthode de traitement, ayant pour but la guérison de la périostite initiale et des accidents quelconques de voisinage, et consistant dans la résection pure et simple de la portion de racine nécrosée suivie de la réimplantation immédiate de la dent.

Dans les cas que nous allons faire connaître, la guérison a été rapidement obtenue, la consolidation s'est réalisée et le rétablissement des fonctions de la bouche a été complet.

Voici ces faits :

Obs. I. — *Fistule double traversant le maxillaire supérieur, symptomatique d'une périostite chronique de l'incisive latérale supérieure droite. Extraction de cette dent; résection du sommet de la racine; réimplantation; consolidation et guérison.*

28 mai 1875. — M. le docteur C. B... (de Rio-Janeiro), âgé de trente ans, a souffert assez fréquemment des dents, et plusieurs d'entre elles présentent des caries à divers degrés.

Il y a six ans, une carie se produisit sur l'incisive latérale supérieure droite. La maladie fut abandonnée à elle-même et progressa d'ailleurs très-lentement.

Trois ans plus tard, une fluxion apparut, qui se termina par une fistule gingivale, au niveau de la dent malade. Cette fistule se ferma peu après; mais la première fluxion est bientôt suivie d'un grand nombre d'autres, se terminant chaque fois par une fistule dont le siége varie chaque fois. Il y a un mois, le malade vit se former, à la partie la plus profonde et la plus élevée de la voûte palatine, une tumeur du volume d'une grosse noix. Cette tuméfaction devint fluctuante, s'ouvrit spontanément sur un point resté depuis lors fistuleux et situé à environ 1 centimètre et demi au-dessus du collet de la dent malade.

L'incisive latérale supérieure droite présente une coloration grise bien tranchée. Une carie noire, sèche, non pénétrante, occupe presque toute la hauteur du bord interne.

(1) Voyez : *De la pathogénie des kystes et des abcès des mâchoires. Gazette des Hôpitaux*, 1859, p. 145 et 155, et article *Bouche* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1re série, t. X, p. 185.

On propose à M. le docteur C... une opération, qui doit consister dans l'extraction de la dent malade, suivie de la résection de la portion radiculaire altérée et de la réimplantation immédiate.

Le malade l'accepte, désirant lui-même s'associer à titre d'expérience à cette tentative.

L'extraction est pratiquée très-doucement, afin d'éviter toute lésion du bord alvéolaire. L'opération n'est suivie que d'un écoulement de sang très-faible. On reconnaît alors que le périoste est malade dans la moitié supérieure de la racine. Il est injecté et épaissi. Le sommet de la racine est entièrement dénudé dans une étendue de 4 millimètres environ. Il est rugueux au doigt, et manifestement en voie de résorption.

Cette portion de la racine est entièrement réséquée au moyen de la pince de Liston, et la dent est aussitôt réimplantée dans son alvéole. Elle se maintient en place sans le secours d'aucun bandage; mais elle est très-mobile et son bord libre dépasse d'environ 2 millimètres le bord de l'incisive médiane.

Le 29 mars, la dent est très-mobile, mais se maintient dans la position de la veille. Pas de douleur. La pression sur la tuméfaction palatine fait sortir environ une cuillerée à café de pus. On y pratique un léger débridement et l'on introduit une mèche. La fistule antérieure donne aussi issue à du pus, mais en moindre quantité.

Le 31 mars, même état; la dent est toujours mobile, le pus s'accumule toujours en grande quantité sous le décollement de la muqueuse palatine. Une injection d'eau, poussée par l'orifice fistuleux antérieur, sort par l'ouverture palatine.

1er juin. — Au moyen d'un stylet aiguillé, on introduit par l'orifice interne de la fistule un fil de plomb fin, qui, après de nombreux tâtonnements et suivant un trajet tortueux, est ramené à l'orifice antérieur. Les deux bouts du fil sont noués et arrêtés dans l'intervalle de la canine et de la première prémolaire. Le trajet parcouru est de 4 centimètres. Cette opération est très-douloureuse. Le malade, le soir, est pris de quelques phénomènes généraux avec fièvre.

2 juin. — L'état général est meilleur. Le pus ne s'accumule plus sous la muqueuse du palais, et il s'écoule insensiblement par les deux orifices.

3 juin. — L'écoulement du pus est toujours insensible; la dent, a pris un certain degré de consolidation et son bord libre, est remonté au niveau des voisines. Toute la muqueuse du côté droit du maxillaire supérieur est recouverte d'un enduit blanchâtre, que l'examen microscopique montre être une simple desquamation épithéliale. Lotions au chlorate de potasse.

5 juin. — Aucune douleur. La stomatite a beaucoup diminué; l'enduit blanchâtre n'existe plus que par plaques isolées. La dent paraît plus solide.

7 juin. — Même état. La stomatite a complétement disparu.

8 juin. — La dent ne présente plus qu'une faible mobilité. Aucune douleur. La suppuration paraît être presque tarie; le fil de plomb est retiré.

11 juin. — La dent a presque acquis la solidité des voisines; l'orifice antérieur est oblitéré; le postérieur persiste ; mais il n'existe à son pourtour aucun décollement. Le malade, obligé de quitter Paris, promet de donner de ses nouvelles.

Le 20 septembre, c'est-à-dire trois mois après l'opération, M. le docteur C... écrit de Rio-Janeiro qu'il est entièrement guéri, que tout accident a complétement disparu et que la dent a repris ses usages au même titre que les autres. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire sur les eaux minérales de l'Algérie, présenté par M. le docteur Bertheraud, membre du conseil d'hygiène d'Alger (Commission des eaux minérales).

2° Deux rapports de M. le docteur Prestat sur l'épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune d'Andilly (Seine-et-Oise) (Commission des épidémies).

3° Le rapport général sur les eaux minérales de Bagnoles (Orne) pour l'année 1873.

4° Le rapport général sur les eaux de Vittel (Vosges) pour l'année 1874 (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. Ch. West (de Londres), récemment élu membre correspondant.

2° Une lettre de M. le docteur Ticier, médecin inspecteur des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées), accompagnant l'envoi d'un exemplaire de sa monographie sur les eaux.

3° Une lettre de M. le docteur Teissier (de Lyon), qui pose sa candidature au titre de correspondant.

4° Une lettre de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté concernant un nouvel appareil orthopédique.

5° Une lettre de M. le docteur Handvogel, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté dont le dépôt est accepté.

LECTURE

Du rhumatisme dans ses rapports avec le traumatisme. — M. VERNEUIL lit, sur ce sujet, un long travail appuyé sur un certain nombre d'observations cliniques, et dont il résume les conclusions en ces termes :

« Il est certain que le traumatisme a le pouvoir de réveiller la diathèse rhumatismale endormie et d'en étendre même les manifestations à des organes que, jusqu'alors, elle avait respectés. Il est possible même que, chez des sujets non encore atteints, mais seulement prédisposés, une lésion traumatique provoque l'apparition première et prématurée du rhumatisme.

« Il est certain que les blessures les plus variées possèdent cette puissance excitatrice ou provocatrice, puisque, dans notre petite série, nous trouvons des fractures, des contusions, des écorchures minimes, des ulcérations superficielles, des opérations légères et d'autres plus graves dans les régions les plus différentes du corps.

« Il est encore certain que les manifestations diathésiques nées sous cette influence accidentelle, sont de natures très-diverses, puisque nous avons noté les inflammations articulaires, les éruptions cutanées, les douleurs névralgiques disséminées, la péricardite, la cystite, la congestion pulmonaire et toute la série des anomalies du travail réparateur local, que nous avons désignées sous le nom d'accidents arthritiques des plaies.

« Malheureusement, en regard de ces évidences se placent bientôt les incertitudes et les obscurités.

« Comment une lésion traumatique éveille-t-elle ou réveille-t-elle une diathèse ? Pourquoi cette dernière mise en mouvement va-t-elle choisir tel ou tel organe pour siége de ses manifestations? Pourquoi ces manifestations revêtiront-elles une forme plutôt qu'une autre? Pourquoi chez un sujet épargneront-elles le foyer traumatique et chez un autre modifieront-elles exclusivement le processus local?

« Comme à toutes ces questions on ne peut faire encore que des réponses vagues, certains penseront qu'il vaudrait mieux s'abstenir jusqu'à plus ample informé. Pour moi je crois qu'il est permis au risque de s'aventurer un peu dans l'hypothèse de chercher à éclairer ces mystères pathogéniques à la lueur de certains principes de pathologie générale.

« Laissez-moi donc vous exposer quelques solutions que je donne d'ailleurs sous toutes réserves. »

M. Verneuil développe ici cette pensée qu'une influence pathogénique quelconque, émotion morale, froid, blessure, etc., peut ne pas épuiser son action délétère sur une point circonscrit. Il peut arriver que de ce point partent des irradiations qui tantôt vont jusqu'à d'autres organes et tantôt peuvent ébranler l'organisme entier ; ceci peut arriver chez un individu bien portant d'ailleurs ; mais aussi chez un individu qui porte une tare organique, ou une diathèse naturelle ou acquise, évidente ou latente.

Dans ces derniers cas, d'abord, la limitation exacte, au point d'application, est déjà plus rare. Les irradiations à distance et surtout l'ébranlement général s'observent plus communément. Pour la blessure, le processus traumatique marche moins régulièrement ; l'inflammation, les douleurs se limitent moins bien. Les parties tarées de l'économie représentent plus aisément le désordre initial. Enfin les fièvres chirurgicales, plus facilement allumées, atteignent une intensité plus grande et se prolongent davantage.

Étant admise l'action provocatrice ou excitatrice du traumatisme sur ces diathèses; étant reconnu d'autre part que ces diathèses, en s'éveillant ou en se réveillant, font généralement choix, pour leurs manifestations locales, des lieux de moindre résistance, on comprend aussitôt, et l'action de la blessure sur la maladie constitutionnelle et la réciproque, c'est-à-dire l'action en retour de la maladie constitutionnelle sur le foyer traumatique, et les cas plus complexes où ces deux actions se combinent et s'associent chez le même blessé.

COMMUNICATION

De la broncho-pneumonie rémittente. — M. BOURGADE, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, communique à l'Académie un mémoire dont les conclusions sont ainsi conçues.

1° La broncho-pneumonie rémittente ou intermittente est assez fréquemment observée dans la région moyenne de la France.

Elle constitue une espèce morbide essentiellement distincte de la pneumonie inflammatoire.

Elle doit être classée parmi les fièvres paludéennes à forme larvée.

2° Elle est caractérisée par une pyrexie rémittente avec phénomènes congestifs spéciaux du côté des bronches et du poumon.

3° Elle diffère de la pneumonie par une grande mobilité dans le siége et la succession des symptômes physiques, par l'irrégularité de la marche, et principalement par l'apparition périodique, quotidienne ou tierce, d'accès fébriles, caractérisés par une élévation subite de la température de 2 degrés au moins, suivie de défervescence brusque au bout d'un certain nombre d'heures.

4° L'indication curative consiste à donner le sulfate de quinine à l'époque la plus rapprochée possible du début de la maladie.

5° A moins d'indication spéciale, la lésion locale peut être négligée ; le fébrifuge suffit à la guérir.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 novembre 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance écrite comprend une lettre de Mme Duchenne (de Boulogne), mettant à la disposition de la Société le portrait et les œuvres de notre regretté confrère. On décide séance tenante qu'une visite de remerciements sera faite à Mme Duchenne (de Boulogne), par M. le secrétaire-général.

La correspondance imprimée comprend : 1° deux numéros du *Progrès médical*; — 2° Deux brochures de M. le docteur Pravaz. — Traitement des déviations de la colonne vertébrale. — Recherches sur la pression atmosphérique.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. DE RANSE. Un fait semblable à celui de M. Voisin appartient à M. Nicaise, qui pratiqua in extremis, dans le tissu cellulaire, une injection de 15 grammes de sang; la résorption de ce sang se fit avec rapidité et l'état du malade fut un peu amélioré. Cette pratique a, du reste, été essayée déjà par certains médecins Allemands. On a même été plus loin dans cette voie, puisqu'on a injecté de l'huile et de l'œuf.

LECTURE

Injections sous-cutanées de sang veineux de mouton chez des aliénées mélancoliques considérées comme incurables. — M. AUG. VOISIN. Lorsque je vous ai lu, dans la dernière séance, une observation de transfusion du sang chez une aliénée, je vous ai dit qu'une première tentative de transfusion avait échoué, et qu'une certaine quantité de sang avait pénétré dans le tissu cellulaire, où il avait formé thrombus, et s'était rapidement résorbé. Vous vous rappelez que l'œdème des membres et la constipation avaient diminué sous l'influence de cette injection de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Depuis la dernière séance, j'ai commencé à faire des essais d'injection sous-cutanée de sang veineux de mouton sur deux aliénées atteintes de cette forme d'anémie chronique et de cachexie que je vous ai dit amener des eschares et la mort dans un délai rapproché.

Ces malades sont des mélancoliques dont la folie date de plusieurs années, qui se sont insuffisamment nourries, qui se sont, par conséquent, soumises à une inanition lente ayant fini par amener une grande maigreur, une teinte jaunâtre de la peau, de l'œdème, et une émaciation générale.

Ce sont des malades que l'on a beau nourrir avec du jus de viande, des consommés, l'émaciation fait des progrès incessants, et la raison en est, je crois, que l'altération du sang que je vous ai signalée est trop profonde pour que ces moyens seuls réussissent.

La première malade est âgée de 49 ans; à la suite du retour d'âge survenu il y a quelques années, elle est devenue triste, a eu des idées hypochondriaques, du délire de persécution, de richesse, et a eu la manie de prendre des voitures que souvent elle ne pouvait payer.

Elle s'est nourrie très-insuffisamment, a beaucoup maigri. Elle a eu, en juin, une hématémèse abondante. Depuis le mois d'août, œdème des membres inférieurs.

C'est à ce moment qu'elle entra dans mon service, dans un état d'excitation lié à des idées confuses de persécution, à des conceptions hypochondriaques, des hallucinations de l'ouïe et de la vue; cet état était compliqué de dissociation des idées.

Elle était excessivement maigre, pâle, triste, ne dormait pas, avait un besoin incessant de marcher.

Pas de diminution des sens, pas d'inégalité pupillaire. Parole nette, pas d'ataxie de la langue ni des lèvres.

La mémoire est affaiblie; incohérence d'actes et de langage par moment; lueurs de raison dans d'autres. Elle parle souvent de son château de Fontainebleau; dit être la sœur supérieure de l'administration; dit être restée cinq ans sans manger; parle très-haut, crie, nous injurie. Agitation nocturne, d'origine hallucinatoire. (Elle voit les dents de ses enfants à ses côtés).

Injections sous-cutanées de morphine, pour amener du sommeil, à la dose de 3 à 6 milligr.

Alimentation tonique. L'état général de la malade s'aggrave, et dans les premiers jours d'octobre, il survient une eschare au sacrum, bien qu'elle ne soit pas alitée.

Quelques jours après, anthrax de mauvaise nature au dos (pas de sucre dans l'urine).

La malade urine très-peu (150 gr. par 24 heures), et la quantité d'urée pour un litre ne serait que 11 gr. 6.

20. — Même état. La médication morphinique ne peut être donnée à dose suffisante, parce qu'elle provoque, à faible dose, des vomissements, de la diarrhée. Aussi l'agitation, les hallucinations sont les mêmes. Elle nous parle incessamment de clefs qu'elle a dans le dos, d'œufs pourris, du château de Fontainebleau.

Apparition de deux nouvelles eschares aux hanches.

Le sang, examiné au microscope, a le même aspect que celui de la malade dont je vous ai parlé dans la précédente séance.

La cachexie, l'émaciation, ne faisant qu'augmenter, malgré que cette femme prenne depuis deux mois, tous les jours, du jus de 200 grammes de viande crue, des côtelettes, du vin de quinquina, je crois utile d'essayer l'injection de sang dans le tissu cellulaire.

J'achète deux moutons de quatre mois.

29 octobre. — Temp. axill. de la malade, 37° 6; p., 108.

10 h. — Je mets à découvert, au moyen d'une incision longitudinale, une des veines jugulaires d'un des deux moutons; puis j'introduis dans son canal une sonde assez grosse; 50 grammes de sang sont reçus dans une capsule en porcelaine.

Je me rends rapidement auprès de la malade, qui est dans la salle voisine. J'introduis dans la partie interne de son bras droit, au-dessus du coude, la même aiguille, à laquelle j'imprime des mouvements de latéralité destinés à déchirer et à ouvrir des lympathiques et des capillaires; puis après avoir rempli de sang une seringue en verre terminée par un tube en caoutchouc, l'interne de mon service, M. Baraduc, aboute ce tube à l'aiguille et pousse le sang sans rencontrer de résistance. La malade ne ressent qu'une légère douleur.

Il s'est fait une tumeur du volume d'une pomme dans le bras.

L'aiguille est retirée; une plaque de taffetas d'Angleterre et une bande non serrée sont appliquées.

Quant au mouton, je lui ai fait une suture entortillée.

Dans la journée, la malade a ressenti un peu de gêne et d'engourdissement.

A 1 h. 1/2. — Temp. axill., 37° 6.

La malade a beaucoup parlé; sa face a été enluminée; la bosse sanguine s'est étendue, est devenue demi-fluctuante et un peu douloureuse.

Le soir. — Temp., 37° 4.

30. — La tumeur a diminué d'un tiers; elle n'est plus douloureuse. La peau a pris une légère teinte jaunâtre.

La malade est calme; P., 100.

31. — Il ne reste de la tumeur qu'un noyau du volume d'une noix.

3 novembre. — Il ne reste plus trace de la tumeur. Même état mental; mais nous constatons que la physionomie n'est plus aussi jaunâtre; que les yeux ont pris un peu de vivacité. L'anthrax du dos est presque cicatrisé; la dose de morphine a pu être augmentée; elle est aujourd'hui de 3 centigr. (deux fois par jour).

7. La malade dort la nuit; elle ne crie plus, paraît avoir moins d'hallucinations; en tous cas, elle n'a plus d'hallucinations de la vue, que les paupières abaissées. Temp. axill., 37.

9. Deuxième injection sous-cutanée de sang veineux de mouton (45 gr. de sang).

L'injection est faite au bras gauche.

Les suites de l'injection sont aussi simples que la première fois. Toute l'urine est recueillie pendant les 24 heures qui suivent. Je n'y constate aucune trace de précipité albumineux, ni de pigment biliaire, soit que je traite la surface, le milieu du liquide, ou que je le recueille au fond du vase. Les globules du sang du mouton sont donc restés dans l'organisme. L'urine traitée par l'acide azotique et chauffée prend une légère teinte lie de vin.

11. — La malade est devenue notablement calme; elle a dormi toutes ses nuits. Temp. axill., 36° 6.

La dose de morphine est arrivée à 36 mill., et est bien supportée deux fois par jour maintenant.

13. — L'état d'incohérence et d'intempérance de langage et d'actes n'existe plus. On peut causer avec la malade; elle ne crie plus, ne chante plus, n'est plus effrayée par les hallucinations de la vue, qu'elle n'a plus, du reste, que les paupières fermées, et par quelques hallucinations de l'ouïe.

L'eschare du sacrum manifeste depuis deux jours de la tendance à ne plus s'étendre.

La vivacité du regard a augmenté; le teint est pâle, mais n'est plus jaune. Il est à noter que la température a diminué.

Je continuerai tous les huit jours ces injections de sang.

La seconde malade, âgée de 44 ans, est tombée dans le même état physique que la première à la suite de ménorrhagies causées par des polypes intra-utérins. Son délire présente cette particularité qu'elle craint de devenir enragée.

Je lui ai fait, le 9 novembre, une injection de 45 grammes de sang veineux de mouton dans le tissu cellulaire sous-cutané du bras droit, au-dessus du coude.

Les suites ont été aussi simples que pour la première, et l'urine traitée par la chaleur n'a donné aucun précipité albumineux ni trace de pigment biliaire.

Je continuerai à lui faire de semblables injections tous les huit jours.

Ces premiers essais démontrent l'innocuité de l'injection du sang dans le tissu cellulaire, méthode recommandée par Karst, et déclarée inoffensive par Landerberger, Poncet et Ponza.

L'injection de sang veineux du mouton peut être employée et me paraît pouvoir être utilisée sur des malades que la cachexie conduit fatalement à l'incurabilité et à la mort.

DISCUSSION

M. DE RANSE. Il y a, dans l'exemple rapporté par M. Voisin, un double fait physiologique et thérapeutique. Le fait thérapeutique consiste dans l'amélioration produite par l'injection, dans le tissu cellulaire, d'une petite quantité de sang. Le fait physiologique nous démontre la fausseté de l'idée généralement accréditée qui veut que l'introduction, dans les veines d'un animal, du sang pris chez un animal d'une autre espèce, soit une cause d'empoisonnement.

M. BOINET. La prétention qu'on a de nourrir les malades avec de l'huile et du sang me paraît bien exagérée; je me demande comment 45 grammes de sang peuvent réveiller ainsi la vitalité chez une personne tout à fait anémique, et je pense que si l'on veut administrer du sang, il serait peut-être préférable de faire manger du boudin cru.

M. VOISIN. La catégorie des malades auxquels on est forcé d'injecter du sang est exclusivement composée de ceux qui refusent absolument toute nourriture.

M. CHARRIER. Ne peut-on pas employer la sonde œsophagienne?

M. DELASIAUVE. La sonde œsophagienne est, en effet, d'un emploi fréquent et utile; mais souvent son introduction est rendue presque impossible par l'agitation des malades. Dans les cas d'injections sous-cutanées, il se forme des ecchymoses qui se résorbent facilement et peuvent être ainsi d'une grande utilité. Il est aussi plus probable que la résorption du sang se fait bien mieux par le tissu cellulaire que par l'estomac.

M. DE RANSE. Le cathétérisme de l'œsophage n'est pas toujours possible. L'aliéné dont j'ai parlé avait été d'abord alimenté au moyen de la sonde, et ce n'est que lorsque ce moyen est venu à manquer qu'on a eu recours à l'injection sous-cutanée. De plus, n'y aurait-il pas avantage à ce que M. Voisin essayât comparativement l'injection par le rectum et l'injection dans le tissu cellulaire?

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. LEBLOND présente un *spéculum porte-fil* destiné à faciliter la manœuvre, dans l'amputation du col, par la galvano-caustique thermique.

Cet instrument est destiné à placer un fil de platine sur le col de l'utérus pour en pratiquer ensuite la section à l'aide de la galvano-caustique thermique. Il se compose d'un spéculum bivalve de Ricord, présentant les modifications suivantes : L'extrémité des valves, à leur face interne, est creusée d'une gouttière destinée à recevoir le fil de platine; cette gouttière est transformée en canal à l'aide d'une pièce métallique mobile solidement appliquée contre la face interne des valves du spéculum. Cette dernière pièce est rendue mobile au moyen d'une tige qui lui adhère et que fait mouvoir un écrou placé à son extrémité.

L'amputation du col se pratique de la façon suivante : Le fil de platine étant placé dans le canal situé à l'extrémité des valves, l'opérateur va embrasser le col, comme il le ferait avec un spéculum bivalve ordinaire non muni d'embout. Les extrémités libres du fil sont ensuite engagées dans les branches conductrices d'un galvano-cautère et serrées assez fortement à l'aide du treuil que porte le manche de cet instrument. On dégage alors le fil de platine en tournant les écrous qui font mouvoir la plaque mobile de la face interne des valves du spéculum. Le col utérin une fois saisi par l'anse métallique, on retire le spéculum et l'on opère la section du col en faisant rougir le fil de platine par le courant d'une pile au bichromate de potasse. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 janvier 1876, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Dezon et Monnier, médecins-majors de première classe; Landreau, pharmacien principal de deuxième classe.

Au grade de chevalier : MM. Boisseau, médecin-major de première classe; Lesur, Haas et Perrin, médecins-majors de deuxième classe; Delcusse, pharmacien-major de première classe; Dubut, vétérinaire en premier.

— *École de médecine d'Alger.* — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'histoire naturelle, de chimie et de pharmacie, s'ouvrira le 3 avril 1876. Le registre d'inscriptions sera clos le 31 mars 1876, terme de rigueur.

— *Muséum.* — M. Paul Gervais, professeur d'anatomie comparée, a commencé ce cours aujourd'hui mercredi 12 janvier 1876, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de géologie, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Isambert, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé libre de la Faculté de médecine, reprendra le vendredi 21 janvier, à neuf heures et demie du matin, et continuera tous les vendredis suivants, à la même heure, ses *conférences cliniques sur les maladies du larynx.*

Leçon théorique à neuf heures et demie. — Exercices pratiques à dix heures un quart à la *salle laryngoscopique de l'hôpital Lariboisière.*

— M. le docteur Eugène Verrier commencera des leçons particulières sur les accouchements dangereux et les opérations qu'ils nécessitent le jeudi 17 janvier, à quatre heures, rue Royale, 5.

Ces leçons auront lieu tous les jours par séries de cinq élèves, pour la facilité des manœuvres.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Capsules au Matico

de GRIMAULT et Cie, pharmaciens.

Ces capsules, à enveloppe de gluten, contiennent l'huile essentielle de Matico (*Piper angustifolium* du Pérou) associée au baume de copahu solidifié par la magnésie calcinée. Outre ses propriétés spéciales, l'essence de Matico désinfecte complétement le baume de copahu et en facilite la digestion par les estomacs les plus délicats.

Les *Capsules au Matico* de GRIMAULT possèdent une activité remarquable dans le traitement de la *blennorrhagie* ancienne ou récente, de la *cystite du col* et des *affections catarrhales* de la vessie.

Dose : 8 à 10 capsules par jour, prises deux par deux, une heure avant les repas ou deux heures après.

Dépôt à la pharmacie, 7, rue de la Feuillade, près la Banque, et dans les principales pharmacies.

VIANDE ET QUINA.

Vin et Sirop Aroud au quina

et à tous les principes nutritifs solubles de la Viande.

Les préparations AROUD se recommandent à la plus sérieuse attention des docteurs et méritent leur préférence :

Parce qu'elles réunissent tous les principes actifs des plus riches écorces de Quina, soigneusement titrées et qu'elles renferment par 30 grammes, 3 grammes de Quina, et les principes solubles dans l'eau et l'alcool de 27 grammes de viande;

Parce que l'association de la viande aux principales écorces de Quina a non-seulement l'avantage de donner des préparations tout à la fois toniques, nutritives et fébrifuges, mais encore de paralyser l'action locale irritante du Quinquina, de parer à tous les malaises nerveux, conséquence forcée de l'usage prolongé de cette précieuse écorce, et de disposer l'estomac à en subir la salutaire influence;

Parce que, si la viande occupe le premier rang parmi les aliments, si le Quina est placé à la tête des toniques, l'association de ces substances éminemment réparatrices, crée des RECONSTITUANTS PAR EXCELLENCE, les plus propres à donner, à l'organisation la force de résister aux *fièvres, épidémies, diarrhées, influences insalubres et débilitantes*. — Prix : CINQ francs.

Pharmacie AROUD, rue Lanterne, 4. LYON. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).

Dépôt dans tous les pharmacies de France et de l'étranger.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication*.

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Maladies de poitrine.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES **Sirops du Docteur CHURCHILL** à *l'hypophosphite de soude* ou *de chaux*.

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

Huile de Foie de morue

de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies *consomptives, phthisie, diabète, cachexie palustre*.

Par la réunion de *l'alcool et de la viande* crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans *les convalescences, l'anémie, l'épuisement*. Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices. — 3 fr. 50, à la pharm., 82, rue Rambuteau. — Gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Granules antimonio-ferreux et

antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

Le Fer assimilable.

Pilules martiales de R. Coquet

Les acides faibles de l'estomac dissolvent très-bien cette nouvelle préparation martiale, et l'état maladif est modifié dès les premiers jours.

Les personnes rebelles aux autres ferrugineux sont guéries chaque fois que le fer est indiqué. Succès constant, la constipation cesse.

Dépôt : pharmacie centrale, 7, rue de Jouy, Paris.

Sirop Lagnoux

Au valérianate de caféine,

expérimenté dans les hôpitaux; spécial contre la coqueluche et l'asthme nerveux.

Pharmacie **LAGNOUX** 57, rue du Cherche-Midi, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

PRIX : 5 FRANCS LE FLACON.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul expérimenté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Dragées anti-épileptiques

au bromure arsenical et à la **picrotoxine** du Dr GELINEAU. En priant nos confrères de faire l'essai de nos dragées, nous sommes en mesure de leur affirmer que, le plus souvent, ils verront disparaître les crises dès le premier mois du traitement. — Le flacon : 8 francs. — Paris, pharmacie du Dr DÉTRAY, 1, rue des Tournelles, Paris.

Constipation guérie

sans purger par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

Épilepsie. Élixir sédatif

À BASE DE PICROTOXINE

du Dr **PÉNILLEAU,** de la Faculté de Paris.

De récentes expériences ont démontré que cette préparation faisait disparaître les crises dès les premiers jours et donnait des résultats définitifs.

Phie LEPINTE, 148, rue St-Dominique et les phies.

Prix du flacon : **6** francs, avec l'instruction.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Maladies de la peau.

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Médication balsamique.

Traitement curatif de la blennorrhagie et autres maladies des organes génitaux, récentes ou chroniques, par les **Perles Larrieu**. — A la cubébine et à l'essence de Santal. — Dose : 8 à 12 par jour. — Dépôt dans toutes les pharmacies, et 13, rue Turbigo, à Paris. Pharmacie Legentil.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Pilules de Louvard

Au fer pur inaltérable et à l'absinthe.

A la dose de 6 à 9 par jour, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et la mieux tolérée; les fonctions digestives sont rapidement rétablies. Gros, Darrasse, rue Simon-le-Franc, 21, Paris.

Névralgies calmées à l'instant

même par les PILULES antinévralgiques du docteur CRONIER. — 3 fr. la boîte. — Dépôt : Paris, pharmacie LEVASSEUR, 23, rue de la Monnaie.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

N° 6. — SAMEDI 15 JANVIER 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 15 JANVIER 1876. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Loi du 15 décembre 1875, relative à la reconstruction de l'École pratique et des cliniques d'accouchement.

L'Assemblée nationale a adopté la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Il sera procédé à la reconstruction de l'École pratique et des cliniques de la Faculté de médecine de Paris, à frais communs par l'État et la Ville de Paris, conformément à la convention passée entre le ministre de l'instruction publique et le préfet, annexée à la présente loi.

Art. 2. — Il est affecté aux dépenses à la charge de l'État autorisées par la présente loi, un crédit de deux millions trois cent soixante-dix mille francs (2,370,000 fr.), répartis en trois annuités ainsi qu'il suit :

En 1877. . . . . . 790,000 francs.
En 1878. . . . . . 790,000 —
En 1879. . . . . . 790,000 —

La Ville sera reconnue propriétaire de la totalité des terrains et des constructions de l'École pratique, l'État faisant abandon, à titre gratuit, des droits qu'il pourrait faire valoir sur le bâtiment du musée Dupuytren et ses dépendances.

Cette concession est faite à la condition que la Ville s'engage, d'autre part, à conserver à perpétuité dans lesdits terrains et constructions, les services de la Faculté, à approprier les bâtiments à l'usage desdits services et à pourvoir à leur entretien.

Art. 3. — L'État cède à la Ville de Paris, à prendre sur les îlots nos 7 et 9 des terrains retranchés du Luxembourg, pour y transporter immédiatement les cliniques de la Faculté, moyennant une somme de quatre cent quatre-vingt-neuf mille huit cent vingt francs (489,820 fr.), un emplacement d'une contenance de trois mille mètres (3,000 mètres) et, en outre, la quantité de terrain nécessaire pour parfaire, avec la surface de la rue F à supprimer, la contenance qu'occupera la nouvelle rue que la Ville doit ouvrir à ses frais, le long de la face nord de l'établissement projeté.

Les constructions à édifier sur lesdits îlots seront également reconnues propriétés de la Ville aux conditions énoncées à l'article 3.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cirrhose, purpura et lésion du cœur.

M. le professeur Béhier a repris, avant-hier mercredi, le cours de ses leçons cliniques orales à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, devant un nombreux et sympathique auditoire d'élèves et de médecins. Le sujet de cette première leçon était un de ces cas complexes qui demandent une analyse profonde et minutieuse pour arriver à démêler, au milieu du langage confus des symptômes, ceux qui procèdent directement de la lésion principale ou primordiale, de ceux qui ne sont que le fait de complications adventices ou d'accidents passagers, plus ou moins étrangers à l'affection principale.

Il s'agissait d'un homme entré dans le service de la Clinique dans le courant du mois de novembre dernier et présentant, à cette époque, de l'ascite avec un très-léger œdème des extrémités inférieures et de nombreuses taches de purpura, principalement à la base des poils. Avec cela, un souffle doux à la base du cœur et au second temps avec un pouls bondissant et dépressible, sans intermittences ni inégalités. Quelques râles muqueux dans la poitrine. Point d'hypertrophie du foie, dont le volume paraissait plutôt diminué; point d'ictère. Enfin, intercurremment, bien qu'il n'y eut point d'élévation sensible de la température, il s'est produit pendant cet intervalle un léger épanchement pleurétique.

L'examen des urines, d'une part, en y accusant la présence d'une grande quantité de sels biliaires, l'examen du sang, d'autre part, en révélant une diminution considérable dans la proportion des globules rouges, et l'interrogatoire qui a permis d'apprendre les antécédents alcooliques du malade, ces diverses circonstances importantes rapprochées de l'ascite qui indiquait une gêne directe dans la circulation abdominale, et du purpura, qui traduisait une altération profonde du sang, ont déterminé M. Béhier à faire remonter la cause primordiale de tous ces phénomènes à une lésion des organes hémopoïétiques, le foie et la rate (cirrhose du foie) et à ne considérer la lésion cardiaque que comme une complication n'ayant qu'une part indirecte et secondaire sur l'ensemble des phénomènes morbides et la pleurésie comme un accident intercurrent.

Nous ne faisons qu'indiquer d'une manière très-sommaire le fait qui a servi de texte à l'une des plus belles et des plus instructives leçons cliniques qu'ait faites M. Béhier. Afin de ne la point déflorer, nous en réservons la publication intégrale à notre collaborateur M. Marseille.

De la version simple ou version pelvienne par manœuvres internes sans extraction du fœtus.

Faut-il toujours extraire le fœtus après l'évolution artificielle de la version? Cette question, relative à l'un des points les plus délicats de la pratique des accouchements, fait le sujet d'une intéressante dissertation de M. le docteur Hottenier.

Il n'y a point de précepte exprès à cet égard dans les auteurs, la version impliquant généralement l'idée de l'opération complète, y compris l'extraction du fœtus. Or, n'est-il pas des cas où le praticien pourrait et devrait même se borner à la version simple, laissant ensuite l'extraction fœtale aux soins de la nature dans les circonstances où elle peut présumablement y suffire?

La plupart des auteurs modernes et des maîtres en obstétrique, tout en décrivant le procédé de la version, comme si l'extraction en devait toujours être un des temps indispensables, reconnaissent néanmoins et proclament l'avantage qu'il y aurait dans quelques cas à pratiquer la version simple. Mais quels sont ces cas, quelles sont les circonstances dans lesquelles la version simple est suffisante? C'est ce qui n'est expressément formulé nulle part d'une manière explicite. Et le précepte restant en quelque sorte à l'état platonique, les praticiens continuent à compléter l'évolution de la version par l'extraction.

M. le docteur Hottenier, très-préoccupé de cette question, a cherché à réunir les premiers éléments nécessaires pour conduire à fixer un jour la doctrine sur ce point de pratique obstétricale.

M. Hottenier en compulsant la collection des bulletins de la clinique d'accouchement, a pu dresser trois tableaux statistiques comprenant :

Le premier, 302 présentations de l'extrémité pelvienne où l'accouchement a été spontané ;

Le deuxième, 58 versions pelviennes par manœuvres internes avec extraction;

Le troisième, 57 présentations de l'extrémité pelvienne où l'accouchement a été artificiel.

A ces trois tableaux il a joint la relation détaillée de 45 observations de versions pelviennes par manœuvres internes avec extraction.

La comparaison des tableaux 1 et 2 donne les proportions suivantes :

Pour les accouchements spontanés dans les présentations pelviennes, le pronostic est constamment favorable pour la mère : 1,000 fois sur 1,000. Il est pour l'enfant, de 910 fois sur 1,000.

Pour les versions pelviennes avec extraction dans les présentations de l'épaule, le pronostic est favorable : pour la mère, 879 fois sur 1,000 ; et pour l'enfant 482 fois sur 1,000.

Si l'on admet maintenant avec M. Hottenier que la version simple sans extraction et l'accouchement naturel dans des présentations pelviennes ont un rapport physiologique commun et voisin de l'identité, (ce qui demande une petite restriction toutefois), on pourrait par approximation conclure que le pronostic de la version sans extraction devrait être aussi favorable que celui trouvé dans le tableau n° 1.

Si nous passons maintenant des tableaux statistiques aux observations, nous trouvons un relevé de 45 faits détaillés que l'auteur divise, d'après les résultats, en 4 séries.

La première série comprend 21 observations de versions pelviennes avec extraction où le résultat a été également favorable pour la mère et pour l'enfant : 21 mères guéries, 21 enfants vivants.

La deuxième série comprend 19 observations de versions pelviennes avec extraction, où le résultat a été favorable pour la mère et défavorable pour l'enfant : 19 mères guéries, 19 enfant morts.

La troisième série ne comprend que 2 faits dans lesquels le résultat a été défavorable pour la mère et favorable pour l'enfant : 2 mères mortes, 2 enfants vivants.

Enfin la quatrième série comprend trois faits dans lesquels le résultat a été également défavorable pour la mère et pour l'enfant : 3 mères mortes, 3 enfants morts.

Résultat total : sur 45 cas, 40 mères guéries, 5 mères mortes, 23 enfants vivants, 22 enfants morts.

Quels résultats aurait donnés la version simple dans ces cas et quels résultats donnera-t-elle à l'avenir entre les mains de ceux qui voudraient y recourir? C'est ce que l'avenir apprendra pour la deuxième question. Quant à la première, tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'on peut admettre avec M. Hottenier que dans les 21 cas où le résultat a été également bon pour la mère et pour l'enfant, il pourrait s'en trouver un certain nombre où la version simple eût probablement suffi.

Voici les préceptes que formule à cet égard M. Hottenier en se fondant sur les résultats de ses recherches statistiques et sur l'expérience et l'opinion des hommes les plus compétents en obstétrique :

Deux hypothèses sont possibles : si l'urgence de la terminaison est réclamée par le fait d'un danger, il y a lieu de faire évoluer et d'extraire rapidement le fœtus suivant les règles ordinaires. Mais, s'il n'y a pas urgence, si la terminaison naturelle peut se faire après l'évolution artificielle, il n'y a pas lieu d'extraire le fœtus.

En théorie, comme en pratique, le troisième temps de la version pelvienne, c'est-à-dire l'extraction du fœtus n'est pas une opération distincte ; c'est une manœuvre accessoire et d'urgence, destinée à suppléer artificiellement à l'insuffisance des forces naturelles de l'utérus, et qui doit faire suite immédiatement au deuxième temps d'évolution de l'opération principale.

En théorie, le troisième temps d'extraction n'est pas nécessairement lié à la version. Il en résulte implicitement que la version simple, c'est-à-dire sans extraction, constitue une opération dont l'existence est propre, et qu'on peut considérer comme une espèce de version pelvienne, distincte de la version pelvienne ordinaire avec extraction.

Dans la pratique, il arrive le plus souvent que les grands accoucheurs des villes, prévenus tardivement, doivent faire suivre l'évolution de l'extraction, sous peine de danger grave. C'est l'opération classique en trois temps qu'on devrait appeler la version évolutive et extractive ou compliquée, en raison des manœuvres qui en compliquent l'exécution. Mais il peut arriver aussi que la version se fasse dans des conditions de simplicité tout à fait favorables : si l'on peut intervenir de bonne heure, en dehors de toute indication d'urgence, au moment de la dilatation normale de l'orifice utérin, et avant la rupture des membranes, si l'état de la femme et celui du fœtus sont bons, si le muscle utérin en particulier n'a rien perdu de son énergie contractile, l'accomplissement exclusif de l'évolution fœtale rend la présentation physiologique de tous points comparable à la présentation naturelle du siége, et alors il est indiqué par analogie de laisser l'accouchement se terminer naturellement par le dégagement spontané.

Traitement du tænia.

La méthode d'expulsion extemporanée du tænia dont nous avons entretenu nos lecteurs dans plusieurs articles, notamment dans la Revue clinique du 7 février 1874, et qui a été depuis l'objet de plusieurs communications, entre autres, celles de MM. les docteurs Masse et Decoin, vient d'être tout récemment remise à l'ordre du jour par les nouvelles communications de M. Laboulbène et de M. Colin, à la Société médicale des hôpitaux (voir les comptes rendus des séances des 10 et 24 décembre dernier, dans les numéros du 16 décembre 1875 et du 1er janvier 1876). On se rappelle qu'il a été question, à cette occasion, d'une variété peu connue encore jusqu'ici de tænia noir ou à tête pigmentée. D'un autre côté, nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié le fait de présence tout à fait inoffensive et inaperçue de tænia, rapporté par M. le docteur Blondeau (*Gaz. des Hôpit.* 1874, p. 741).

Nous recevons, à ce sujet, de M. le docteur Audoyer (de Xambès) la note suivante dans laquelle il est question de deux cas de tænia, tous deux remarquables par leur prompte guérison à l'aide de la méthode de traitement de M. Laboulbène, et remarquables, en outre, le premier par son analogie avec le fait de M. Blondeau, et le second par sa ressemblance avec les faits signalés à la Société médicale des hôpitaux, par MM. Laboulbène et Constantin Paul.

« Dans le courant de l'année dernière, j'ai eu l'occasion d'observer dans ma clientèle deux tænias, l'un chez une enfant de cinq ans, l'autre chez une femme de cinquante-quatre ans.

« Chez la petite fille de cinq ans, le tænia n'avait manifesté sa présence par aucun trouble fonctionnel; l'expulsion seule de quelques cucurbitins, avait éveillé l'attention de la mère, qui vint les soumettre à mon examen. Je fis prendre à ma petite malade de l'écorce fraîche de racine de grenadier et de l'huile de ricin d'après la méthode de M. Laboulbène, et j'eus la satisfaction de lui faire expulser environ 3 mètres de tænia solium et de reconnaître la tête. Depuis, la santé de cette enfant n'a présenté rien d'anormal. Le tænia a été rendu en mars 1875.

« La seconde malade était sujette à de violentes coliques, quelquefois elle se plaignait de nausées; elle perdait ses forces et avait fréquemment de la diarrhée. Quand je la vis à Saint-Amand-de-Boisce, dans le courant de mai 1875, elle me dit avoir eu le ver solitaire; mais elle ajouta qu'à la suite d'une purgation, puis de l'administration d'un médicament qu'elle ne put m'indiquer, elle avait rendu plus de 8 mètres d'un ver blanc, aplati et divisé transversalement par une multitude de petites rayures. Cette femme se croyait guérie. Je lui ordonnai de prendre de l'écorce fraîche de racine de grenadier et de l'huile de ricin (écorce de racine de grenadier 60 grammes, eau 750. Faire réduire par la chaleur jusqu'à 500 grammes. A prendre en trois verres, de demi-heure en demi-heure. — Trousseau). L'huile de ricin fut prise dans la même journée. La malade, après de cruelles coliques, rendit un tænia d'environ 2 mètres, dont les cucurbitins étaient fort larges. Je trouvai une tête garnie de crochets, mais ce que je crois n'avoir pas encore été observé, la tête, d'un blanc grisâtre, était garnie de quatre suçoirs d'une couleur brune très-foncée, presque noire. Depuis, la malade jouit d'une bonne santé. »

Ainsi que le fait remarquer notre honorable correspondant, dans sa lettre d'envoi, le premier de ces deux faits vient à l'appui de l'opinion énoncée par M. Blondeau sur la possibilité de l'existence d'un tænia sans aucun trouble gastrique ou autre appréciable; et le deuxième, en confirmant l'efficacité du mode d'administration du tænifuge préconisé par M. Laboulbène, confirme également les vues émises sur ce même sujet par M. Colin.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Larcher.

Note sur un cas de polypes fibreux intra-utérins, à apparitions intermittentes, coïncidant, chacun et successivement, avec l'existence d'une grossesse.

Dans un mémoire que j'ai publié, il y a quelques années, et dans lequel j'ai mis à profit les remarques de quelques autres observateurs et les miennes, je me suis attaché à démontrer que, dans un certain nombre de cas, les polypes fibreux intra-utérins peuvent, durant le cours de leur développement, venir faire, entre les lèvres du museau de tanche, des apparitions passagères, dont il importe d'être prévenu pour éviter divers mécomptes, sur lesquels j'ai longuement insisté (1).

Il n'est pas douteux que, le plus souvent, ces apparitions, que l'on peut désigner sous le nom d'*intermittentes* pour rappeler, autant que possible, leur périodicité assez régulière, coïncident avec le retour des menstrues elles-mêmes. Les métrorrhagies, si souvent symptomatiques de la présence des polypes, paraissent aussi, comme les règles, favoriser les apparitions passagères des polypes fibreux intra-utérins; et, comme les époques cataméniales, elles semblent n'exercer cette sorte d'influence qu'à la faveur des contractions utérines dont elles s'accompagnent.

Cependant, l'analyse des faits publiés dans un récent mémoire, dû à MM. Demarquay et Saint-Vel (2), permet de penser que les apparitions et les disparitions alternatives de quelques polypes fibreux intra-utérins, s'exécutant à des époques irrégulières et s'accompagnant de pertes sanguines plus ou moins abondantes, peuvent être dues non-seulement aux contractions utérines (qui jouent toujours vraisemblablement la plus grande part dans le mécanisme de l'engagement de la tumeur), mais aussi (quand le polype est très-vascularisé) aux phénomènes de turgescence et de déplétion sanguine, dont il est alternativement le siége.

Enfin, en l'absence des diverses causes que nous venons de rappeler, c'est-à-dire en l'absence de tout travail menstruel, de toute hémorrhagie, en coïncidence avec la grossesse, un polype fibreux intra-utérin, exempt d'ailleurs de toute disposition vasculaire notable, peut faire une apparition de quelques jours, puis disparaître, se soustraire passagèrement aux appréciations d'un examen attentif et reparaître tel qu'il s'était déjà montré.

Une dame, âgée de 34 ans, m'a fourni, en 1873, l'occasion de faire cette remarque. Elle était mariée depuis douze ans et mère de deux enfants dont l'un était âgé de 11 ans et l'autre de 7. Elle avait été réglée à 12 ans, et la menstruation, toujours régulière sous tous les rapports, n'avait jamais été suspendue que durant le cours de ses deux grossesses.

Cependant elle vit ses règles lui manquer au mois de janvier 1873. Le 18 du même mois, six jours après la date où les menstrues eussent dû paraître, je fus mandé, et bien que ma cliente n'éprouvât aucun malaise qui fît songer à l'opportunité de cet examen, je fus invité par elle-même à m'assurer de l'état de l'utérus. Le toucher me permit de constater immédiatement l'existence d'une tumeur dure, résistante, lisse à sa surface, engagée entre les lèvres du museau de tanche, libre d'adhérences en avant, mais paraissant dépendre de la moitié postérieure de l'orifice interne du col de l'utérus.

Je crus pouvoir dire à Mme *** et à son mari que je venais de constater l'existence d'une tumeur fibreuse, dont j'aurais, prochainement peut-être, à pratiquer l'ablation.

---

(1) O. Larcher. *Contributions à l'histoire des polypes fibreux intra-utérins, à apparitions intermittentes.* (*Archives générales de médecine*, 6e série, t. IX, pp. 39 et 193; Paris, 1867.)

(2) Demarquay et Saint-Vel. *Des polypes fibreux à apparitions intermittentes.* (*Annales de gynécologie*, t. III, p. 245-256. Paris, 1875.)

Trois mois s'écoulèrent sans que j'eusse aucune nouvelle de ma cliente.

Cependant, le 21 avril, je fus mandé de nouveau, et l'on me raconta ce qui s'était passé depuis ma visite. D'abord, on m'avoua que l'idée d'avoir à subir une opération pour un mal qui ne causait aucune douleur, avait valu à mon diagnostic, dans l'esprit de la malade, les honneurs de la plus complète incrédulité. De plus, une sage-femme, très-instruite, avait été discrètement consultée huit jours après moi, sans qu'on lui eût fait connaître mon opinion; et, se fondant à la fois sur l'état général de Mme ***, autant que sur les résultats de l'examen qu'elle avait été appelée à pratiquer, elle avait déclaré que tout la portait à admettre l'existence d'une grossesse. — Cinq jours plus tard, Mme ***, étant prise de coliques utérines assez vives et bientôt suivies d'une perte, fit quérir la sage-femme, qui, le surlendemain, recueillait un fœtus de six semaines. Mme *** était donc réellement enceinte. L'enfant fut conservé dans l'alcool, et tout s'accomplit dans les conditions les plus simples jusqu'au dix-septième jour qui suivit le moment où la fausse couche s'était produite. Alors, la perte continuant à être abondante, de violentes coliques utérines survenant, et la malade assurant qu'elle éprouvait exactement les mêmes sensations qu'au moment où son enfant s'était échappé, on fit diverses suppositions, et, l'une d'entre elles, émise par un des membres de la famille, ayant été peu favorable à la valeur des soins donnés par la sage-femme, on fut, un instant, sur le point de demander le concours d'un médecin. Cependant, la nature, plus clémente, permit au calme de se rétablir, et l'on ajourna ce projet.

La perte seule durait toujours, et les explications rassurantes de quelques amies de la patiente permettaient à cette situation de se prolonger.

Le 19 mars, les coliques utérines reprenant de nouveau, on fut encore assez ému; la perte augmentant en même temps, on supposa pourtant qu'on avait affaire à des douleurs dues sans doute au retour de la menstruation, et, quelques jours plus tard, le calme s'étant enfin rétabli, on put croire que tout était heureusement fini.

Le 17 avril, la perte n'avait pas encore cessé; les coliques utérines reparaissaient, et, l'inquiétude de la famille revenant avec elles, la malade consentait à me faire redemander.

Après avoir écouté le récit dont je viens de donner sommairement la substance, après avoir été malicieusement invité à regarder le petit fœtus plongé dans l'alcool, et me rappelant exactement les détails de la constatation que j'avais faite le 18 janvier, je déclarai (moi-même cette fois) qu'il était indispensable de procéder à un nouvel examen de la malade.

Alors, par le toucher d'abord, et puis à l'aide du speculum, je pus constater et faire reconnaître à la sage-femme (que l'on accusait injustement d'avoir oublié le placenta dans l'utérus) l'existence d'un polype fibreux, gros comme une noix, et relié par un très-court pédicule à la partie la plus profonde de la paroi postérieure du col utérin.

Le spéculum se trouvant appliqué, je saisis le polype à l'aide d'une pince à griffes, dont mon père, qui avait bien voulu m'assister de son concours, prit aussitôt les deux anneaux, et, tandis qu'il abaissait doucement le fibrôme, sans l'écarter de la ligne médiane (le spéculum ayant été enlevé), je coupai, à l'aide de longs ciseaux courbes, le pédicule que je tenais au bout de deux de mes doigts. Aussitôt après, je plaçai dans la cavité du col (que le long séjour antérieur du polype avait largement dilatée) une boulette de charpie imprégnée d'une solution de perchlorure de fer, et je tamponnai ensuite le vagin avec de la charpie sèche. Une sonde en gomme élastique ayant été introduite dans la vessie, afin que la malade pût uriner facilement, sans efforts et à courts intervalles, je fis replacer Mme *** dans son lit, et le surlendemain, quand je la débarrassai des boulettes de charpie que j'avais posées dans le vagin, je trouvai le col revenu sur lui-même, les lèvres du museau de tanche n'étant plus séparées l'une de l'autre que par la fente transversale qui subsiste après l'accouchement. Pas une goutte de sang ne s'était écoulée. Je conseillai à la malade de faire, durant quelques jours, matin et soir, une injection d'eau fraîche, légèrement additionnée d'eau de Cologne, et de garder le lit durant quinze jours consécutifs.

Le 16 mai, les règles parurent, et elles durèrent jusqu'au 22. — Le 23, un examen nouveau me permit de constater l'absence de toute altération des voies génitales; et depuis, la menstruation s'est toujours accomplie régulièrement, sous tous les rapports, jusqu'au mois de septembre 1874.

Le 15 septembre, en effet, les règles, qui devaient paraître, manquèrent absolument. Les divers signes généraux de la grossesse s'étaient manifestés, et Mme ***, ne mettant nullement en doute qu'elle fut grosse, venait me demander mes conseils et mon assistance pour le moment terminal. Je désirai l'examiner, et, à son grand étonnement, je lui annonçai qu'elle avait un nouveau polype, comparable au premier, inséré à la même hauteur, mais sur la paroi antérieure du col de l'utérus.

Me fondant bien moins sur l'état du col que sur les symptômes généraux et sur la notion de ce qui s'était déjà produit la première fois, j'admis comme certaine la coïncidence de la grossesse, et, dans l'espoir de prévenir, cette fois, l'avortement, que provoquent ordinairement de bonne heure les polypes du col, je conseillai à Mme *** de ne pas ajourner l'opération. Par suite de conditions particulières, la grossesse ne pouvait dater que du 24 ou du 25 août, aucune relation sexuelle n'ayant eu lieu depuis le 1er juillet jusqu'au 15 septembre, en dehors des deux jours indiqués.

Le mari de Mme *** se trouvant même être encore absent, je dus consentir à attendre qu'il fût revenu pour pratiquer l'ablation du polype.

Sur une lettre de sa femme, M. *** ayant hâté son retour, je fus appelé à donner suite à mon projet, le 29 septembre. Mais, au moment d'intervenir, je constatai que toute trace de polype avait disparu; le col était simplement un peu ramolli, mais nullement entr'ouvert, et, vu l'état de grossesse, je ne voulus pas pousser plus avant l'examen.

En revanche, je demandai à le renouveler le 13 octobre, c'est-à-dire à l'époque où Mme *** aurait dû avoir ses règles, si elle n'eût pas été grosse. Cette époque me paraissait, en effet, devoir être favorable à une nouvelle apparition du polype, et, le fait confirmant mes prévisions, je pus extraire un hystérôme, comparable au premier, si ce n'est par son point d'implantation, que j'ai précédemment indiqué. Je suivis d'ailleurs, dans l'opération, le même procédé que la première fois, et tout se passa aussi simplement.

Mme *** était alors au cinquantième jour de sa grossesse. Les mois suivants s'écoulèrent sans aucun incident; aucune imprudence ne fut faite, aucune précaution particulière ne fut prise; et le 25 mai de cette année, vint au monde, sans aucune difficulté, un garçon bien portant, qui se présenta par l'occciput et dans la première position. La naissance ne fut suivie d'aucun accident, et, pour me servir d'une expression devenue banale, je puis ajouter qu'aujourd'hui même la mère et l'enfant se portent bien, à tous égards.

Tel est le fait que je n'ai pas cru devoir conserver seulement dans mon journal d'observations. Il nous montre deux polypes fibreux intra-utérins, dont la présence ne s'est jamais révélée par aucune métrorrhagie, en dehors des époques cataméniales, et qui, l'un et l'autre, après avoir été nettement reconnus, ont pu se dérober passagèrement à l'examen, puis reparaître enfin. — Pour le second, il est évident que le *moment* d'une époque cataméniale a réveillé un travail favorable à son expulsion. — La prolongation de séjour du premier, conformément à la règle générale, a été la cause de l'avortement, dans la première grossesse. — Le succès du traitement appliqué au second prouve qu'on peut utilement procéder à l'ablation d'une production de ce genre, durant la grossesse; et j'ajouterai qu'il paraît être avantageux, à tous égards, de choisir, *en dehors* comme *pendant le cours* de la grossesse, le moment correspondant à une époque cataméniale, *réelle*, dans un cas, et dans l'autre, *virtuelle*, si l'on peut ainsi dire.

DES TROUBLES DE LA PAROLE

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le docteur Auguste VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Conclusions. — En résumé, les troubles de la parole observés dans la paralysie générale consistent en ânonnement, en traîne-

ment, en bredouillement, en hésitation, en bégaiement, en tremblement et en mutisme.

L'ânonnement, le traînement, l'hésitation, sont produits par des lésions cérébrales; le bredouillement, le bégaiement, le tremblement sont le résultat d'altérations du bulbe.

Le mutisme peut être la conséquence de lésions cérébrales et de lésions des muscles et des nerfs de la langue et des lèvres.

La physiologie pathologique de ces divers troubles permet de porter un diagnostic anatomique sur l'état des paralysés généraux. —(*Arch. de méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 janvier 1876. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. LARREY dépose 1° de la part de M. A. Védrènes, médecin principal de l'armée, une *Traduction nouvelle du Traité de la médecine de Celse*, avec préface par M. le professeur Broca. L'auteur a joint à ce travail une nomenclature, avec figures, de tous les instruments de l'ancienne chirurgie que l'on a pu trouver jusqu'à nos jours.

2° De la part de M. Bresson, médecin-major, une observation de *tétanos chronique survenu après une brûlure, chez un kabyle. Traitement par le chloral.* (Commis. : MM. Larrey et Verneuil.)

LECTURE

M. MARJOLIN donne lecture des conclusions de son rapport :

I. — Le nombre des lits de nourrices, c'est-à-dire des lits destinés aux femmes malades entrant à l'hôpital avec leurs enfants à la mamelle, étant insuffisant, il est indispensable de l'augmenter en ayant soin de répartir les malades, suivant la nature de leurs affections, en médecine ou en chirurgie.

II. — Le nombre de lits consacré dans les hôpitaux d'enfants aux affections chirurgicales étant insuffisant pour la population de Paris et du département de la Seine, il y a lieu de l'augmenter.

III. — L'expérience démontrant la fréquence d'affections chirurgicales graves au-dessous de l'âge de deux ans, il est indispensable d'abaisser à un an dans ces cas, l'âge de l'admission dans les hôpitaux d'enfants, à la condition que les petits malades soient réellement sevrés.

IV. — Afin de ne pas laisser sans emploi les lits qui ne sont pas occupés, envoyer chaque jour le mouvement des hôpitaux d'enfants à l'administration, comme on le fait pour les hôpitaux d'adultes. De plus, autoriser les médecins du bureau central à signer des billets d'admission, seulement dans des cas aigus ou réclamant une opération.

V. — Supprimer la division des chroniques, et séparer, comme dans les hôpitaux d'adultes, les services d'enfants en médecine et en chirurgie.

VI. — Augmenter le nombre des lits dans les divers hôpitaux d'enfants situés hors Paris, en construisant un nouvel hôpital semblable à celui de Berck-sur-mer, et en donnant plus d'importance à celui de Forges.

VII. — Créer à Paris, dans deux des arrondissements les plus éloignés et les plus malheureux, deux nouveaux hôpitaux d'enfants.

VIII. — Disposer dans chaque hôpital d'enfants des salles d'isolement pour les maladies contagieuses.

IX. — Établir dans chaque hôpital des salles de rechange et des salles de récréation.

X. — Afin de s'opposer à la propagation des maladies contagieuses, instituer au dépôt des Enfants-assistés une séparation complète entre les enfants qui entrent à l'état de santé et ceux qui sont ou deviennent frappés d'affections contagieuses (fièvres éruptives, maladies cutanées, ophthalmie purulente, etc.)

XI. — Également dans le but d'empêcher que la teigne ne prenne une plus grande extension, exercer dans les asiles, les écoles, et autres établissements consacrés aux enfants une surveillance plus active et plus régulière.

XII. — Réorganiser sur une base plus large le service interne des teigneux, tout en conservant le traitement externe pour ceux qui voudront le suivre.

XIII. — Réserver dans chaque hôpital d'enfants une salle d'isolement pour les malades ou blessés chez lesquels se manifesteraient des symptômes d'épilepsie.

L'ensemble de ces conclusions, qui ont été votées séparément, est adopté au scrutin par une majorité imposante de dix-sept membres contre deux opposants. Il y a eu quatre abstentions.

La Société décide qu'il sera fait un tirage à part du rapport et des conclusions de M. Marjolin, ainsi que de la discussion à laquelle ils ont donné lieu, pour être envoyé officiellement à M. le directeur de l'Assistance publique.

RAPPORT

M. TERRIER donne lecture d'un rapport sur une observation d'*atrophie des nerfs optiques consécutive à une lésion des vertèbres.* L'auteur, M. le docteur Abadie, ancien interne des hôpitaux, conclut que certaines lésions oculaires peuvent être symptomatiques du mal de Pott, ce qui s'expliquerait par la propagation ascendante jusqu'aux nerfs optiques d'une inflammation des méninges spinales, inflammation qui retentit en même temps sur la moelle et sur le grand sympathique.

M. LE PRÉSIDENT rappelle que la séance publique annuelle aura lieu mercredi prochain, 19 janvier. L'ordre du jour est ainsi fixé :

1° Allocution de M. le président Le Fort;

2° Compte rendu des travaux de l'année, par M. Marc Sée, secrétaire annuel,

3° Éloge de Nélaton, par M. F. Guyon, secrétaire général;

4° Proclamation des prix.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 novembre 1875 (1). — Présidence de M. Gallard.

DISCUSSION

M. BOINET. La manière proposée par M. Leblond pour passer facilement le fil de platine autour du col est sans doute fort ingénieuse; mais généralement, dans ces sortes d'opérations, moins on emploie d'instruments, et surtout ceux qui sont compliqués de vis et d'écrous, mieux cela vaut. Il est bien plus facile de se servir de deux érignes qui, implantées dans le col, suffisent à le maintenir.

M. POLAILLON. L'instrument de M. Leblond trouvera surtout son application dans l'ablation des cols mous à tissu cancéreux. Quand on fait usage du galvano-cautère, si l'on n'a que des érignes à sa disposition, on peut quelquefois se trouver obligé de renoncer à l'opération. D'une manière générale, l'anse galvanique n'est bonne que quand la partie à enlever est très-circonscrite. Un moyen peu employé aujourd'hui, ce sont les flèches de Canquoin; leur action est souvent excellente, et quand elles ne guérissent pas, au moins elles soulagent; la cautérisation peut, du reste, dépasser dans certains cas les limites du mal et donner lieu à une guérison radicale. Elles atténuent les hémorrhagies et font disparaître l'odeur infecte de l'écoulement; leur application est facile : après l'implantation de deux ou trois flèches de cinq centimètres, on tamponne par-dessus

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 janvier.

avec de la charpie et on les laisse en place pendant 24 heures. Au bout de quelques jours, l'eschare tombe et l'on recommence.

M. RELIQUET. Il y a, dans la cautérisation des fongus par le chlorure de zinc, un phénomène curieux : c'est l'action spéciale du caustique sur certains tissus. Le chlorure de zinc agit mieux sur les tissus simples que sur les tissus complets; il possède, à cet égard, une sorte de sélection. La graisse et le tissu cellulaire, par exemple, sont beaucoup plus facilement attaqués que le muscle. Le tissu sain de l'utérus oppose à l'action du caustique une sorte de barrière.

M. POLAILLON. L'observation de M. Reliquet explique la rareté des accidents après ces cautérisations, et présente, par conséquent, une grande importance.

M. LEBLOND. Je n'ai pas l'intention de préconiser mon procédé pour tous les cas. Mais je le crois utile dans ceux d'amputation d'un col difficile à saisir, et principalement quand la malade est pusillanime et redoute l'emploi des érignes.

LECTURE

M. le docteur **O. LARCHER** lit, à l'appui de sa candidature, le travail suivant :

Note sur un cas de polypes fibreux intra-utérins, à apparitions intermittentes, coïncidant, chacun et successivement, avec l'existence d'une grosessse. — (Voir plus haut.)

Le travail de M. O. Larcher est renvoyé à une commission composée de MM. Camuset, Collineau et Leblond, rapporteurs.

COMMUNICATION

M. DUROZIEZ fait la communication suivante :

Observation d'ovariotomie. — Madame C..., grande et forte, constitution bonne, un peu goutteuse; moral excellent; deux enfants de quatorze et seize ans. Antécédents : fièvre typhoïde de moyenne gravité à quinze ans, chlorose à dix-sept, dysménorrhée depuis longtemps, douleur localisée à droite, parfois très-vive, avec sensation de défaillance, alitement de quelques heures à l'apparition de chaque époque. C'est en mars 1868 qu'elle remarque le premier développement du ventre. Le 4 mai, je note un point de péritonite très-localisée à droite, sans fièvre et en même temps un kyste de l'ovaire.

23 mai. — J'appelle en consultation MM. Nélaton, Depaul, Boinet et Blot. Le ventre mesure 108 centimètres; il y a un peu de fluctuation. On admet un kyste multiloculaire avec une poche principale.

Le 15 juin, la tumeur a augmenté surtout dans le sens vertical.

18 juin. — Opération faite à Passy par MM. Nélaton, Boinet et Blot : elle dure une heure et demie. Chloroforme. Incision de 10 centimètres entre l'ombilic et le pubis. Adhérence de 8 centimètres sur 8 au niveau de l'ombilic; pas d'autre. Poche unique; 10 litres de sérosité. Emploi du clamp. Cautérisation du pédicule, avec le perchlorure de fer. Occlusion de la plaie avec sept fils d'argent en ligatures séparées et profondes; une ligature superficielle. — A une heure, pouls à 84; quelques nausées, quelques douleurs; 0g,12 sulfate de quinine. — A deux heures, P. 92. Pas de nausées, pas de douleur; 0g,12 Sulf. Quin. Glace. — A trois heures, P. 88. Envie d'uriner, cathétérisme. Un peu de sommeil. 0g,12 Sulf. Q. — A quatre heures, P. 88. Un peu de sommeil; quelques crampes d'estomac. — A quatre heures vingt. 0g,12 sulf. Q. Vomissement peu abondant. — A cinq heures un quart, P. 96. Pas de douleurs. — A cinq heures trente, 0g,12. sulf. Q. Vomissement. — A sept heures, Sulf. Q. 0g,12 P. 96. — A huit heures, P. 96. quatre intermittences par minute. Bon état. Quelques crampes d'estomac. Pas de douleur sous-ombilicale. Vomissement abondant de matières colorées en rouge. Repos immédiatement après. — A neuf heures, P. 96, régulier, sans intermittences. Bon état. Quelques douleurs d'estomac. A dix heures, cathétérisme. 1 pilule d'opium 0g,05.

9 Juin. — Une heure trente matin. Quelques nausées, glace, un peu d'opium. Pouls bon. Sommeil. — A deux heures. Vomissement bilieux. A trois heures cathétérisme. A six heures, vomissement aqueux. A sept heures P. 72 Vomissement. A sept heures trente, P. 72. État bon. On renouvelle la compression. Un peu d'urine sans cathétérisme. Douleur au niveau de la fosse iliaque gauche. A midi, les nausées ont disparu. A une heure quelques nausées; P. 76. A une heure vingt, vomissement aqueux; cathétérisme. A trois heures, P. 76. Les nausées disparaissent. Toujours un peu de douleur au niveau de la fosse iliaque gauche. A quatre heures, P. 80. Vésicatoire. Pas de nausée. Cathétérisme. A neuf heures, P. 83. Bon état.

Le 20 juin. — A sept heures, P. 78. Douleurs vésicales. Bouillon à 10 heures. Cathétérisme. A une heure, id. A quatre heures, id. A six heures, P. 76. A huit heures quelques mouvements intestinaux un peu douloureux. La douleur de la fosse iliaque gauche a disparu. Pas de nausées.

Le 21, douleur vive au niveau du clamp. A sept heures du matin, P. 72. Nélaton enlève le clamp qu'il veut remplacer par une ligature ajustée sur un crayon. A l'aide d'une petite éponge on retire une cueillerée à soupe de sérosité sanglante, sans odeur. — A une heure, P. 84.

Excellente nuit, opium 0g,05.

Le 22. — A 8 heures. — P. 84. On continue les cathétérismes. A cinq heures P. 88. Un peu de gêne, un peu de chaleur que la malade attribue à la compression du bandage. A dix heures p. 84.

Le 23. — A huit heures matin P. 84.

Le 24. — P. 76. Bon état. Miction spontanée. Quelques garderobes, peu abondantes. A onze heures soir, selle abondante.

Le 25. — P. 84. Bien. Potages.

Le 27. — P. 74.

Le 29. — P. 68. Chute de l'eschare.

Le 30. — P. 64. Extraction d'un fragment d'eschare.

Le 1er juillet. — Extraction d'un dernier fragment d'eschare et du nœud de la ligature. Apparition des règles. Écoulement sanguin modéré par la plaie qui est toujours très-profonde et tend à se fermer dans sa partie la plus superficielle. On introduit un corps étranger pour empêcher l'occlusion. Un peu de paresse des intestins. Bon état. La malade reste toujours dans la même position horizontale, sans faire le moindre mouvement. L'écoulement sanguin cataménial a persisté jusqu'au 4 juillet, par la plaie, mais très-modéré; le bourdonnet de charpie était imbibé; il n'y avait pas d'hémorrhagie. Les selles sont naturelles, mais très-douloureuses.

La malade se lève le 8 juillet. Il ne reste plus qu'un très-léger suintement de pus à la surface de la plaie, suintement qui disparaît complétement le 12.

La malade sort le 11 juillet.

Le 18 il y a encore quelques douleurs intestinales, mais de moins en moins pénibles, presque nulles.

On recommande de ne pas faire d'effort.

Il est resté de l'éventration qu'on a combattue à l'aide d'un caleçon en tissu de caoutchouc; c'est là un gêne considérable. Néanmoins la malade a pu reprendre la vie du monde, ayant quelques douleurs, quelque fatigue au moment des époques et gardant alors le lit pendant une journée.

Aujourd'hui 9 novembre 1875, elle est dans le même état, le plus souvent bien portante.

DISCUSSION

M. BOINET ajoute que le kyste uniloculaire ne présentait pas d'adhérences, que l'opération fut facile, et que la malade perdit peu de sang. M. Boinet insiste à ce propos sur l'excessive importance qu'il faut apporter dans la toilette minutieuse de la cavité péritonéale : le moindre petit caillot, la moindre parcelle de sérosité peut donner lieu à de graves accidents. Dans le cas cité, l'ouverture de l'abdomen ne fut que de 5 ou 6 centimètres, c'est ce qu'on appelle le petit procédé. M. Boinet donne aussi des chiffres statistiques sur le nombre de succès et d'insuccès, sur la fréquence des kystes de l'ovaire aux différents âges, et dans les différents pays. En France les kystes de l'ovaire se rencontrent rarement entre trente et quarante ans, tandis qu'en Angleterre ils sont très-fréquents à cet âge. Comme chiffre résumé approximatif sur la proportion des guérisons et des cas opérés, il y a eu 1,300 succès sur 2,145 opérations.

M. DUROZIEZ demande si l'écoulement qui s'est produit au niveau du pédicule dans l'exemple cité par lui, et qui coïncidait avec les menstrues, est un fait généralement observé?

M. BOINET. J'ai vu généralement dans les opérations que j'ai pratiquées la suppuration du pédicule se prolonger très-longtemps. J'ai vu aussi quelques gouttes de sang suinter autour du pédicule, au moment de l'apparition des règles: sans qu'il y ait communication vagino-péritonéale.

Du reste, comme le pense M. Duroziez, il est prudent de n'opérer que quelques jours après la cessation des règles, c'est ce qui se fait généralement pour toutes les opérations sur l'utérus et ses annexes.

M. LEBLOND. La communication entre le péritoine et le vagin n'est pas à rejeter d'une façon absolue.

M. BOINET. On recommande quand il y a de la fièvre, et qu'on sent par le vagin de la fluctuation, de donner issue au liquide par une ouverture pratiquée dans le cul-de-sac. Kœberlé, Spencer-Wels l'ont fait; mais on ne doit pas décider cette opération d'avance pour éviter l'accumulation d'un liquide qui n'aura peut-être pas lieu.

Certains opérateurs préfèrent placer un drain.

M. LEBLOND. L'ouverture du péritoine n'a pas une très-grande importance, quand elle siége dans une partie déclive où le pus ne peut séjourner.

M. BOINET. Je maintiens que cette opération faite d'avance et réglementairement, est peu opportune. Ce n'est pas l'action de l'air sur le péritoine qui est à craindre, mais l'action du sang et des liquides putréfiés. Dans ce cul-de-sac vaginal, des liquides, mis en communication avec le péritoine, peuvent amener des accidents. De plus, on doit placer une sonde, et après ces manœuvres il peut se faire que la collection liquide qu'on veut empêcher de se former, se trouve constituée dans une autre partie de la cavité péritonéale.

M. LEBLOND insiste sur l'innocuité de cette opération, préconisée du reste par plusieurs chirurgiens.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date des 11 et 12 janvier 1876, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur, M. Jourdain, secrétaire général au ministère de l'instruction publique.

Au grade d'officier : M. Puiseux, professeur à la Faculté des sciences de Paris; M. Collin, chirurgien-major de première classe en retraite, ex-médecin inspecteur à la préfecture de police.

Au grade de chevalier : MM. Michel, Deschiens, Audry, médecins de première classe de la marine.

— Par décret en date du 11 janvier 1876, l'École supérieure de pharmacie de Nancy cesse d'être administrée par le doyen de la Faculté de médecine établie dans cette ville, et forme un établissement distinct.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un praticien de Paris, M. le docteur Rey, qui vient de succomber dans sa famille, à Oppède (Vaucluse).

Ancien professeur licencié ès sciences mathématiques, M. Rey quitta l'enseignement supérieur pour se livrer à l'exercice de la médecine dans le quartier Saint-Ambroise. Pendant quinze ans, le docteur Rey se dévoua sans réserves à la clientèle de cet arrondissement, et il faut connaître sa population pour se rendre un compte exact du dévouement absolu et si peu récompensé que le praticien déploie en ces circonstances. Pendant la guerre, M. Rey fut, aux bataillons de marche, ce qu'il était dans l'exercice de chaque jour : aussi sa mort est-elle un deuil profond pour tous ceux qui l'ont connu, et qui, en lui, perdent un homme de bien.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a, dans sa séance du 12 de ce mois, élu parmi ses membres correspondants : M. J. Bernard, à Saint-Benoit du Sault (Indre).

Parmi ses membres associés libres nationaux : MM. Decaisne, Le Sourd et Martin Saint-Ange.

— *Académie de Nancy.* — Dans l'opuscule « Rentrée solennelle des facultés de Nancy » (Berger-Levrault et Ce, 1875, Nancy), nous trouvons les renseignements suivants :

En 1874-1875, il y a eu à la Faculté de médecine 252 étudiants, soit 36 de plus qu'en 1873-1874, qui en avait 31 de plus que 1872-1873. Les ajournements sont au nombre de 13 sur 97 examens de doctorat, 2 sur 10 examens d'officiat.

L'hôpital Saint-Charles a reçu 1,121 malades, dont 652 hommes et 469 femmes. En outre, pour la clinique ophthalmologique, 85 malades seulement, à cause du peu d'espace.

L'hôpital Saint-Léon a reçu 507 malades, dont 414 hommes et 93 femmes.

La Clinique obstétricale compte 104 entrées, soit 31 de moins que l'année précédente.

L'École supérieure de pharmacie compte 65 étudiants.

La Faculté de droit compte 218 étudiants.

En 1874-1875, la Faculté de médecine a reçu : 15 docteurs, 3 officiers de santé, 2 sages-femmes de première classe.

Dans le même opuscule, nous trouvons les chiffres suivants qui rectifient ceux que nous avons donnés dans un numéro précédent :

Concours pour les prix de la Faculté de médecine.

Première année : 9 concurrents, et non 12.

Troisième année : 5 compétiteurs inscrits, un seul a subi les épreuves du concours.

La Faculté de médecine perd pour 1875-1876 : 28 élèves dont 16 élèves médecins au Val-de-Grâce, et 12 font leur volontariat d'un an.

Parmi les lauréats de l'Académie des sciences, la Faculté de Nancy compte :

1° Prix Barbier : M. Rigaud.

2° Prix Godard : M. Herrgott (Alphonse).

3° Prix Montyon (citation honorable), M. Herrgott père.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — Première année. Prix : M. Gérard. — Mentions honorables : MM. Blaudez et Küss.

Deuxième année. Prix : M. Chapuis.

Troisième année. Mentions très-honorables : M. Strœbel.

Parmi ces lauréats, nous ferons remarquer les noms de MM. Stœber et Küss, fils des savants et regrettés professeurs de la Faculté de Strasbourg.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Prix particulier de l'internat fondé par le docteur Bénit : M. Adrien Stœber (de Strasbourg).

« Ce prix a été disputé par cinq candidats, tous aides de clinique ou internes des hôpitaux. Celui sur lequel est tombé le choix du jury a d'autant plus de raison de s'enorgueillir de sa victoire. »

— M. le docteur Straus ouvrira un cours de pathologie interne, le mardi 18 janvier à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'école pratique, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— Le docteur Galezowski commencera un cours public sur *les maladies internes des yeux* mardi prochain 18 janvier à huit heures du soir à l'amphithéâtre n° 1 de l'école pratique, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye et Ce.

Assainissement des régions chaudes et insalubres, par RÉGULUS CARLOTTI, président de la Société locale des médecins de la Corse; membre de l'Académie nationale agricole et manufacturière; vice-président de la Société météorologique du département; chevalier de la Légion d'honneur. — Ajaccio, 1875, in-8° de 87 pages. Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, 17 janvier 1876.

LA QUESTION DE L'ADAPTATION ET LES QUESTIONS QUI S'Y RATTACHENT SONT-ELLES RÉSOLUES?

Il n'est certainement pas de question de physique physiologique plus délicate et plus complexe que celle du mécanisme de l'accommodation de l'œil à la vision, à des distances diverses. Aussi a-t-on lieu de s'étonner de la voir traitée, même à l'Académie, comme une de ces questions simples, claires, sur lesquelles tout le monde doit tomber d'accord.

On sait que les théories de l'adaptation se réduisent à deux : l'une qui attribue cet acte à des changements dans la forme du globe, surtout dans la courbure de la cornée et la longueur de l'axe; l'autre qui le rapporte à de légères modifications dans la forme du cristallin dues à l'action du muscle ciliaire. Ces deux théories ne sauraient être accueillies avec une égale faveur. La première, qui est très-vague, invoque des changements qu'elle ne caractérise pas, dont elle n'indique ni la mesure, ni la valeur, ne donne pas de bases solides au raisonnement et au calcul. La seconde, au contraire, qui est d'une extrême simplicité, se prête à merveille aux démonstrations de l'optique; elle a, en outre, le mérite de la nouveauté. Il ne faut donc pas s'étonner de lui voir prendre le pas sur l'ancienne.

Mais ces deux théories qu'on a la prétention de donner comme inconciliables, l'une renversant l'autre, doivent-elles réellement s'exclure? L'adaptation est-elle aussi simple qu'on veut bien le dire. Ne tient-elle qu'à des modifications dans la forme du globe ou résulte-t-elle uniquement de variations dans les courbures du cristallin? En d'autres termes est-elle due, comme le veut M. Jules Guérin, à l'action des muscles extra-oculaires ou bien comme le prétend Helmholtz à celle de cette frêle couronne contractile qu'on appelle le muscle ciliaire? Le physiologiste qui examine attentivement les faits, voit bien vite que les anciennes explications ne méritent pas le dédain qu'elles paraissent inspirer et que les nouvelles sont loin de justifier l'engouement avec lequel elles sont reçues.

On se rappelle que la doctrine de l'adaptation due aux changements dans la forme du globe a été défendue par Olben à la fin du siècle dernier, sans que ce savant astronome se soit occupé de la démonstration expérimentale de ces changements. Aussi dès qu'on voulut la battre en brèche on nia toute espèce de variations dans la courbure de la cornée, dans les diamètres du globe oculaire, dans les distances entre le cristallin et le fond de l'œil. D'abord Young les a niées; puis de Haldat, puis Helmholtz et, après eux, presque tous les ophthalmologistes de ce temps. Seulement on s'est peu inquiété d'apporter des preuves à l'appui de cette unanime négation : on s'en est tenu à celle qui consistait à mesurer les dimensions des images réfléchies sur la cornée d'un individu qui fixait successivement des mires à des distances diverses, images dont les dimensions ont paru invariables. Or, est-il bien sûr que dans cette expérience de faibles changements dans l'étendue des images n'aient pas échappé à la mensuration? On ne saurait invoquer ici cette autre expérience dans laquelle Helmholtz ne constate aucune déformation de la cornée, puisque dans celle-ci les muscles capables de déformer la cornée ont été enlevés.

Il est facile de voir sur les grands animaux, notamment sur le cheval, que le globe de l'œil peut éprouver des modifications de formes, de dimensions, de courbures analogues à celles qu'on a supposées nécessaires à l'adaptation. Elles y sont si évidentes qu'on n'aurait jamais dû en nier la possibilité.

1° La cornée est très-manifestement dépressible. Si on applique une lame de verre à sa face antérieure, on voit la surface de contact ou, si on veut, la tache humide, d'abord très-étroite, s'agrandir à mesure que la pression sur la lame augmente et, arriver à 1 centimètre, 1 centimètre et demi de diamètre sous une pression modérée qui ne représente pas la force totale déployée par les quatre muscles droits et le muscle postérieur. La courbure de cette membrane peut donc se modifier à un certain degré sans que sa transparence soit affaiblie.

2° Le globe, par le fait de la contraction des muscles droits, doit éprouver des variations dans ses diamètres, dans le vertical et le transverse, surtout dans la longueur de son axe. Sur le cheval dont on a ouvert la fosse temporale et incisé la gaîne fibreuse, de légères pressions exercées sur l'œil donnent lieu à des déformations très-visibles et mesurables. De plus chez lui, comme sur les animaux où il y a un droit postérieur en quatre faisceaux, le globe attiré vers le fond de l'orbite tend, en arrière, à se rapprocher de la forme conique. Les tractions exercées sur le globe font donc, à la fois, varier la courbure de la cornée et la distance du cristallin à la surface sur laquelle se peint l'image des objets. Peut-être même ces variations dans

la forme du globe agissent-elles aussi sur les courbures du cristallin. En tout cas, elles doivent exercer une influence notable sur la vision, car si on les produit sur un œil dont la sclérotique a été préalablement amincie au point de devenir transparente, on voit l'image peinte sur la rétine changer de dimensions; on mesure au compas les amplifications et les réductions qu'elle subit. J'en ai fait souvent l'expérience que je m'étais proposé de répéter à l'Académie.

Le rôle des muscles extra-oculaires peut donc être considérable au point de vue de l'adaptation et les résultats des sections opérées par M. Jules Guérin le prouvent, quoique les partisans de la nouvelle théorie affectent de n'en pas tenir compte. Helmholtz a beau le nier; sa belle expérience ne prouve rien contre la participation possible des muscles à l'acte de l'accommodation. Faite sur le globe dépouillé de tous ses muscles, elle peut bien démontrer la déformation du cristallin, facile à concevoir dans certaines limites à cause de la mobilité du liquide de Morgagni qui entoure les couches denses de la lentille, mais il faudrait l'exécuter sur l'œil intact, en place, en galvanisant les droits et les faisceaux du muscle conique postérieur, afin de rechercher si les choses ne se passent pas autrement que dans le cas où le muscle ciliaire demeure seul à agir. Jusqu'alors on n'est nullement fondé à destituer les muscles extra-oculaires de toute intervention dans l'acte dont il s'agit.

Que les physiciens n'y mettent pas tant de dédain. Sur le terrain de la physiologie ils peuvent fort bien se faire illusion. Leurs erreurs, en ce qui concerne la vision, se comptent et elles ne sont pas toutes légères.

Ainsi, ils ont prétendu que le centre du globe ou le point d'intersection de l'axe et du diamètre transverse était invariable. Or cela est faux; car si, sur le cheval, après avoir appliqué une règle métallique en travers de l'orbite sur l'arcade sourcilière et le lacrymal, on provoque une rétraction brusque de l'œil; la cornée, d'abord tangente à la règle, s'en éloigne au moins de 1 centimètre, quelquefois de 1 centimètre et demi.

De Haldat a avancé également, comme on le sait, que le foyer du cristallin était invariable et les éminents physiciens de l'Académie des sciences ont paru jadis adopter son opinion que tout le monde aujourd'hui déclare erronée.

Le même de Haldat, dans son remarquable travail sur la vision, s'est encore trompé en affirmant que l'étendue de l'image peinte sur le fond de l'œil était en raison inverse du carré de la distance des objets et avec lui se sont trompés tous les auteurs de traités de physique qui reproduisent cette loi, non confirmée par l'observation. J'ai fait voir, il y a vingt ans déjà, qu'une flèche de 45 centimètres donne une image de 12 millimètres à 1 mètre de distance, de 6 millimètres à 2 mètres, de 5 millimètres à 3 mètres, de 4 millimètres à 4 mètres, de 3 millimètres à 5 mètres et de 2 millimètres et demi à 6 mètres, ce qui n'arriverait pas si la loi était exacte. Mais on n'a pas plus tenu compte de mes faits qu'on ne tient compte, dans la discussion actuelle, de ceux de mon savant collègue M. Jules Guérin.

D'ailleurs, sur une question si complexe, si difficile, physiciens et physiologistes ne doivent pas s'en tenir à l'œil humain. La vision chez les animaux a de quoi arrêter leur attention; elle leur offre une foule de particularités intéressantes, notamment tous les états, tous les degrés de l'adaptation devenus permanents, à une adaptation d'une échelle infiniment plus étendue que la nôtre. Ils analyseront mieux les phénomènes lorsqu'ils auront vu comment les choses se passent, par exemple, sur le gallinacé myope qui, avec une précision mathématique, pointe le grain du bout de son bec séparé de l'œil par une distance de quelques centimètres; sur l'oiseau de proie, presbyte dans les airs, et accommodant sa vue à mesure qu'il se rapproche du petit rongeur blotti à la surface du sol. Il y a là un beau sujet d'études pour messieurs les enregistreurs qui ne laissent échapper aucune occasion d'obtenir des tracés, et celui-ci leur offre des difficultés capables d'aiguillonner leur amour-propre.

Il n'entre pas dans ma pensée de discuter les points auxquels je viens de faire allusion, je tiens seulement à montrer qu'on a grand tort, dans la discussion actuelle, de ne pas tenir compte de tous les faits et de se refuser à les soumettre à une sérieuse analyse; enfin je tiens à conclure en disant que la question de l'adaptation n'est pas résolue; qu'elle ne peut l'être en bloc; qu'en un mot les modifications admises dans la courbure du cristallin pourraient bien n'être qu'un des éléments, non l'élément unique de l'adaptation, quoiqu'en pensent les partisans de la doctrine triomphante, celle d'Helmholtz.

Professeur G. Colin,
Membre de l'Académie de médecine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Mammite traumatique suppurée en dehors de l'état puerpéral.

Je voudrais aujourd'hui vous dire quelques mots d'une malade qui est depuis longtemps dans nos salles et qui est très-instructive, en ce sens qu'elle est atteinte d'une affection qui, considérée d'une manière générale, est fréquente mais qui nous offre ici une variété très-rare sous le rapport de l'étiologie.

La femme dont je vais vous présenter l'histoire est jeune, elle n'a que vingt-cinq ans; jamais elle n'a eu d'enfants et cependant elle a incontestablement une suppuration du parenchyme du sein, affection, comme je vous le disais, assez commune chez les femmes en couches, mais excessivement rare en dehors de l'état puerpéral.

Elle rapporte la cause de sa maladie à un traumatisme. Elle n'avait, dit-elle, absolument rien du côté du sein, quand subitement, elle fut prise d'une douleur très-vive à la suite d'un coup de brosse qu'elle s'était donné en frottant des souliers; immédiatement ou du moins très-rapidement après ce léger accident, elle a vu survenir le gonflement. Ce n'est qu'après son entrée à l'hôpital que la suppuration s'est établie.

Je m'arrête tout de suite à cette étiologie, Le coup a été peu violent, et la suppuration survenant dans de telles circonstances a quelque chose de si insolite, que je me demande si la malade ne nous trompe pas, ou bien, si elle n'avait pas déjà, dans cette région, quelque lésion ignorée dont le traumatisme aurait hâté la marche et déterminé l'inflammation. N'aurait-il pas pu, en effet, se produire chez-elle ce qu'on voit survenir si souvent chez les individus atteints de testicule tuberculeux sur lequel le moindre traumatisme suffit pour déterminer une poussée inflammatoire qui bientôt aboutit à la suppuration? Ce fait est peu problable, car si la tuberculisation du testicule est chose commune, celle de la mamelle est au contraire excessivement rare, et tout au plus pourrait-on émettre une semblable opinion chez une femme faible, épuisée, tourmentée par la toux et présentant des antécédents morbides.

Il est une autre opinion qu'on pourrait avancer jusqu'à un certain point. Le coup que cette femme s'est involontairement porté n'aurait-il pas pu provoquer la suppuration d'une autre lésion préalablement existante dans le sein, celle de dépôts tertiaires, de nature syphilitique ; telles que des gommes, qui peuvent en effet suppurer, soit spontanément soit à la suite d'un traumatisme. Mais les gommes mammaires, du moins celles que je connais, sont sous-cutanées, dures à la périphérie, molles au centre, un peu rouges, tandis que la tumeur chez cette femme, est profondément située et a son siége loin de la peau, dans le parenchyme même de la mamelle. Il faudrait donc admettre ici l'existence d'une gomme parenchymateuse ; mais des gommes de cette nature, qui donneraient ainsi lieu à une augmentation légère de volume, à un empâtement, à une induration de la glande mammaire existent-elles réellement ? Pour ma part, je ne les ai jamais observées, je ne les connais pas et je ne me souviens même pas d'en avoir jamais entendu parler. Quoiqu'il en soit, ces exemples de gommes sous-parenchymateuses de la mamelle seraient si rares que je ne crois pas devoir m'arrêter à cette idée, d'autant plus que je n'ai trouvé chez cette malade aucun antécédent favorable à cette opinion.

Quoiqu'il en soit, voici, d'après son récit, comment les faits se sont passés. Au niveau du coup, il s'est produit d'abord une hématose bleuâtre qui ne s'est pas résorbée; puis la malade a éprouvé un peu de douleur et de gonflement du sein. La lancette a été introduite dans la tumeur. La malade ne sait pas s'il est sorti du pus, mais en tout cas, l'incision a donné issue à une certaine quantité de sang. Toujours est-il que c'est après l'incision de la tumeur que le sein a commencé à enfler d'une façon notable, à durcir, à devenir douloureux et que la mammite s'est accentuée.

Pour moi, je suis tout disposé à croire à cette mammite suppurée, consécutive à l'inflammation suppurée provoquée par l'ouverture de l'hématose. La ponction a donné issue à du sang, peut-être à un peu de pus, et c'est sous nos yeux, sans inflammation très-aiguë, que la suppuration s'est faite et que l'abcès s'est vidé par l'ouverture extérieure, très-difficilement il est vrai, à cause de la profondeur du foyer dans l'épaisseur du parenchyme de la glande et de l'ouverture insuffisante de l'incision.

Il est intéressant, de rapprocher la marche et le traitement de la mammite, chez cette femme, de la marche et du traitement de la même affection chez les femmes en couche. Chez celle-ci l'évacuation du foyer se fait spontanément par la tendance que le sein éprouve à revenir sur lui-même après la période de congestion lactée. Dans ces cas où le pus est totalement expulsé par le retrait de la mamelle, les abcès guérissent généralement très-vite, à l'exception toutefois de ceux qui sont trop profondément situés ou qui ont été tourmentés par des incisions multiples. Mais, chez une femme qui ne vient pas d'accoucher et qui, par conséquent, ne présente pas au moment de l'accident, le gonflement physiologique du sein, nous n'avons pas à espérer de voir l'abcès se vider par le mécanisme que je viens de vous dire, surtout alors que le trajet est sinueux, l'ouverture étroite et le foyer profond. J'ai donc cru devoir intervenir et malgré les raisons que j'avais de redouter l'érysipèle du sein, il m'a semblé utile pour ne pas laisser la malade exposée aux conséquences d'un abcès se vidant très-mal et pouvant durer longtemps, de pratiquer deux nouvelles incisions à travers lesquelles vous m'avez vu passer un drain.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Leçon sur l'herpès névralgique des organes génitaux.

(Recueillie par M. JALAGUIER, interne du service.)

Messieurs,

Je consacrerai la leçon que je vais avoir l'honneur de vous faire aujourd'hui (1) à l'*herpès des organes génitaux*. C'est une affection que vous rencontrerez fréquemment dans la pratique. Il est donc utile pour vous de la connaître dans tous ses détails.

Quoiqu'elle ne fasse point partie des trois grandes classes de maladies vénériennes, et qu'elle n'ait pour cause prochaine aucun principe virulent contagieux, beaucoup de malades lui attribuent une origine suspecte. Ils s'imaginent qu'elle leur a été communiquée récemment, ou bien qu'elle est l'indice du retour offensif de quelque vieille diathèse plus ou moins imaginaire qui n'a pas encore dit son dernier mot. Chez les personnes prédisposées à l'hypocondrie, ces craintes peuvent troubler sérieusement l'esprit, et réagir d'une manière fâcheuse sur toute l'économie.

Il faut avouer qu'elles sont justifiées, jusqu'à un certain point, par les apparences.

Outre son siége, l'*herpès génital* a, en effet, contre lui, sa coïncidence fortuite, sur les mêmes organes, avec certaines manifestations vénériennes. Ajoutez à cela quelques liens d'une causalité qui pour être tout à fait occasionnelle et locale, ne lui en donnent pas moins un semblant de parenté avec la blennorrhagie, les chancres simples ou les déterminations primitives et secondaires de la syphilis sur la verge.

Mais, bien plus ! vous verrez souvent des érosions ou des ulcérations herpétiques de la muqueuse balano-préputiale et de la rainure présenter comme aspect une analogie si frappante avec les chancres simples, certains chancres syphilitiques ou les plaques muqueuses de cette région, que vous serez parfois fort empêchés de vous prononcer sur leur nature.

A part sa tendance aux récidives, l'herpès génital n'a aucune gravité pronostique. Aussi, commettrait-on une grave erreur, préjudiciable à ceux qui en sont atteints, si on les soumettait au traitement topique ou général qu'exigent les ulcérations chancreuses ou syphilitiques.

Les considérations relatives au diagnostic de cette affection sont donc très-importantes. — Mais il y a un côté de l'*herpès génital* sur lequel je désire appeler tout particulièrement votre attention. C'est celui qui se rapporte à sa *pathogénie névropathique* ou du moins à sa *solidarité* avec certains *troubles très-variés et fort curieux de la sensibilité*. Je crois que ce sujet est neuf et n'a pas encore été traité (2). Lisez ce qu'on a écrit sur cette affection, et vous vous convaincrez que les auteurs ont passé sous silence ou énuméré d'une façon sèche et incomplète les *phénomènes douloureux* qui *précèdent*, *accompagnent* et *suivent* l'éruption herpétique des organes génitaux.

Ils n'ont pas vu ou ils ont méconnu une des variétés les plus intéressantes de l'herpès génital, celle que je me propose de vous décrire sous le nom d'*herpès névralgique des organes génitaux*.

(1) 15 janvier 1876.

(2) Dans la deuxième partie de cette leçon, on trouvera le texte de tout ce qui touche, de près ou de loin, directement ou indirectement, à la question dont je m'occupe. Il sera facile de voir que si elle a été entrevue et effleurée par quelques-uns, elle n'a été encore développée ni approfondie par personne.

J'ai été d'autant plus étonné de cette omission que, dans les cas de ce genre, — rares, il est vrai, — qu'il m'a été donné d'observer, les perturbations de la sensibilité s'imposaient à l'attention et sollicitaient l'examen par l'époque de leur apparition, par leur nombre et leurs variétés, par leur intensité, leur siége, leur mobilité, leurs paroxysmes, leurs intermittences, etc. Elles s'élevaient même quelquefois à une telle *prédominance symptomatique* qu'on pouvait et qu'on devait les considérer, non plus comme une manifestation accessoire, fortuite, subordonnée, mais comme un *phénomène cardinal* et *primitif* d'où procédaient et autour duquel gravitaient tous les autres.

N'en est-il pas ainsi dans l'herpès zoster? Eh bien, il y a une ressemblance frappante entre l'herpès génital névralgique et le zona. *L'élément névralgiforme* m'a même semblé jouer un rôle plus considérable dans le premier que dans le second. Ajoutez que ce rôle est toujours agrandi et rehaussé par l'insignifiance apparente et réelle de *l'élément éruptif*. Quelle est, en effet, la lésion habituelle dans l'herpès névralgique des organes génitaux? Vous verrez qu'elle se réduit à un seul groupe de deux ou trois petites vésicules éphémères qui se convertissent en érosions superficielles dont la durée ne dépasse pas, en général, un, deux, trois septénaires au plus.

Je n'ai observé, jusqu'à présent, l'herpès névralgique des organes génitaux que chez l'homme. Il est fort probable et même certain qu'il doit exister aussi chez la femme avec les mêmes caractères.

Dans les cas que je vais vous décrire, vous serez sans doute surpris comme moi qu'une lésion aussi bénigne que la *plaque herpétique* suscite, à distance, des perversions de la sensibilité telles que l'hyperesthésie, l'analgésie, l'anesthésie, etc., et, en outre, des douleurs irradiantes remarquables quelquefois par leur intensité et la portée de leur jet. Ou bien, *interprétant d'une façon inverse* l'enchaînement et la corrélation des phénomènes, peut-être ne serez-vous pas moins étonnés de voir de pareils *orages névropathiques* aboutir à quoi? à cette misérable petite plaque herpétique qui semble posséder parfois le privilége de les dissiper en leur soutirant pour ainsi dire leur électricité nerveuse, et de leur servir de crise définitive ou temporaire.

Il y a donc dans l'herpès génital douloureux, tel que je l'ai observé et tel que je le comprends, autre chose qu'une question d'étiologie banale et de diagnostic terre à terre. Il y a un problème de physiologie pathologique du plus haut intérêt. Il faut poser les termes de ce problème et le résoudre. Je vais tenter de le faire en prenant pour base la *Clinique analytique* (1).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 janvier 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

M. BROWN-SEQUARD montre le cerveau d'un chien qu'il a présenté à la Société il y a quelques semaines. Ce chien, qui avait subi la brûlure de la moitié du cerveau, avait offert un certain nombre de phénomènes, entre autres de la paralysie tantôt très-marquée du côté opposé à la lésion cérébrale, tantôt très-marquée du côté correspondant à cette lésion. D'après les phénomènes constatés chez cet animal, M. Hayem avait cru pouvoir annoncer qu'il devait présenter, comme lésions, de la méningo-myélite. Or, à l'autopsie de ce chien, M. Brown-Sequard n'a trouvé aucune trace de méningo-myélite ni aucune autre lésion du cerveau, que celle qui résultait de la brûlure. Il croit donc, dans ce cas, avoir eu affaire à une influence purement dynamique.

M. Brown-Sequard continue ensuite l'argumentation qu'il a commencée dans les séances précédentes. Cette argumentation demandera forcément un certain temps, puisqu'il lui faudra passer en revue toute l'étude de la physiologie et de la pathologie du cerveau, et, après les considérations générales, aborder l'étude de faits particuliers.

Il rappelle que, dans la dernière séance, il a cherché à démontrer l'existence de la paralysie directe, et que cette paralysie dépendait bien de la lésion constatée du même côté, et non d'une lésion non constatée du côté opposée. Les cas de ce genre ne sont pas rares, et les auteurs les plus autorisés en ont communiqué des exemples, tels que Cruveilhier, Bell, Diday, Desgranges, Hillairet, Gintrac, Lherminier, Rostan, Bogg, etc.

Il existe également des cas de ramollissement cérébral ayant donné lieu à des paralysies directes, et dans lesquels la relation des phénomènes observés avec le ramollissement ne saurait être mise en doute; M. Dechambre en a rapporté deux cas, M. Henry Day (d'Angleterre) un cas.

M. Brown-Sequard, à l'appui de l'opinion qu'il soutient, trouve un argument dans l'étendue même de la lésion; il y a beaucoup de cas où un hémisphère presque entier est détruit; or si, dans ces cas, généralement suivis d'une mort rapide, une paralysie a été observée du côté correspondant à la lésion, il est infiniment probable que c'est à cette lésion qu'elle a été due. MM. Broch, Freschi, Rostan, ont rapporté des faits de ce genre. A cette objection que, dans ces cas il n'y avait pas probablement d'entrecroisement des pyramides, M. Brown-Seqnard répondra plus tard.

Il est d'autres cas où on a affaire à une plaie du cerveau, et à l'issue du pus d'un côté pendant la vie; si dans ces cas, il existe une paralysie du même côté que celui par où l'on voit sortir le pus, il est impossible de ne pas la rattacher à l'abcès du cerveau. Le docteur Lidle (de Dublin) a observé un fait de ce genre. D'autres fois, au moment même où est produite la lésion, apparaît la paralysie du même côté. Abercrombie rapporte un exemple, dans lequel il y avait issue du pus d'un côté du cerveau et paralysie du même côté, paralysie qui commença à diminuer au moment même où le pus commença à sortir. M. Lafargue rapporte un cas analogue. M. Lépine (de Châlons) a observé un abcès considérable du cerveau ayant donné lieu à une paralysie du même côté. Un autre fait a été communiqué, dans lequel une chevrotine était entrée en arrière, par l'occipital, à 3 centimètres de la ligne médiane, et était venue sortir en avant, par le frontal, à la même distance de la ligne médiane; après cette blessure, apparut une paralysie du même côté. Dans un autre cas, on constatait l'existence d'une tumeur d'un côté de la tête; en pressant sur cette tumeur, on produisait une paralysie temporaire du même côté.

M. Brown-Sequard aborde ensuite les faits concernant la base de l'encéphale. Il a déjà cherché à démontrer, dans plusieurs mémoires, qu'une lésion de la base de l'encéphale détermine très-fréquemment de la paralysie du côté correspondant. Il possède plus de cinquante cas à l'appui de cette manière de voir; et même, dans un certain nombre de ces cas, la symptomatologie fut si nette et si précise, qu'il a pu annoncer qu'on trouverait la lésion du côté correspondant à la paralysie, et l'autopsie a confirmé ce diagnostic. Il y a aussi un grand nombre de cas dans lesquels la paralysie du trijumeau a été constatée en même temps que la paralysie du côté correspondant du corps. Dans ces sortes de cas, le plus souvent la paralysie est incomplète; elle occupe indifféremment le membre supérieur ou le membre inférieur; elle s'accompagne presque toujours d'un peu de contracture et très-souvent de troubles trophiques particuliers.

---

(1) Un des esprits les plus éminents de l'École de Paris, M. le professeur Lasègue, vient de donner, selon moi, un modèle d'*analyse médicale* dans son très-remarquable travail sur le *Vertige mental*. (Voyez : *Bulletins de l'Académie de médecine*, séance du 4 janvier 1876, et *Gazette des Hôpitaux*, nos 3 et 4, 1876.)

A côté de ces faits, M. Brown-Sequard en cite d'autres qui lui semblent tout aussi décisifs. Dans un cas, c'est le pont de Varole qui, presque complétement détruit, est remplacé par une tumeur; paralysie du côté correspondant; dans un autre, c'est une tumeur occupant toute la moitié du bulbe : paralysie du côté correspondant. Enfin on pourrait citer un bon nombre d'autres cas de lésions de la protubérance ou du bulbe avec paralysie du côté correspondant.

Si, dans tous ces cas, on ne veut pas admettre l'existence de la paralysie directe, on se trouve en présence de bien grandes difficultés. Il reste à examiner si ces faits ne peuvent pas être expliqués par le défaut d'entrecroisement des pyramides; c'est là ce qui fera l'objet de la prochaine communication de M. Brown-Sequard.

M. CHARCOT, à l'appui de l'opinion qu'il soutient, aurait également un grand nombre de faits à communiquer; il demande que la parole soit donnée à MM. Feray et Pitre, deux de ses élèves, pour la communication de quelques-uns de ces faits.

M. FERAY présente quelques considérations relatives à la topographie du cerveau. Suivant le procédé de M. Broca, M. Féray, dans le but de déterminer exactement les rapports du cerveau, fait dans le crâne des trous de vrille, à travers lesquels il enfonce des chevilles dans le cerveau lui-même. Par ce procédé, il est arrivé à délimiter très-exaement les diverses parties de l'encéphale.

M. CHARCOT fait observer qu'aucune des observations produites par M. Brown-Sequard ne présente une précision anatomique comparable à celle qu'on obtient aujourd'hui grâce à ces nouvelles méthodes.

M. PITRE communique trois observations de lésions cérébrales; le premier de ces cas fut observé dans le service de M. Lépine, à Beaujon : il s'agit d'un malade ayant présenté de l'aphasie et une hémiplégie droite et qui mourut dans l'espace de cinq ou six jours; le diagnostic porté pendant la vie avait été : ramollissement cérébral de la troisième circonvolution cérébrale gauche. A l'autopsie on ne trouva rien tout d'abord; ce ne fut qu'après qu'on eût fait de nombreuses coupes que l'on put constater une destruction d'une partie de la substance blanche, un ramollissement s'étendant jusqu'au pied de la troisième circonvolution cérébrale gauche. Au microscope, on constata l'existence de corps granuleux dans toute cette troisième circonvolution. Voilà donc un fait qui, à défaut d'un examen attentif et minutieux, aurait pu être donné comme en opposition avec les idées admises sur les localisations cérébrales.

Le deuxième fait a trait à une femme morte récemment dans le service de M. Charcot : le diagnostic porté d'après les symptômes observés avait été le suivant : hémorrhagie sous-épendymaire siégeant au voisinage immédiat de la partie postérieure de la capsule interne. L'autopsie confirme pleinement ce diagnostic.

M. Féray cite un troisième fait analogue qui a été observé, de même que le premier, dans le service de M. Lépine, à Beaujon.

M. CHARCOT dit que ce sont là des épisodes, qu'il aura du reste l'occasion de multiplier et sur lesquels il reviendra ultérieurement. Mais d'une façon générale, on peut admettre aujourd'hui qu'il y a un certain nombre de symptômes qui correspondent toujours à la lésion de certaines parties de l'encéphale. M. Charcot représente sur le tableau la topographie d'une partie du cerveau; il divise la capsule interne en deux parties : l'une comprenant les deux tiers antérieurs, et l'autre le tiers postérieur. Si une lésion destructive occupe environ le tiers antérieur de la capsule interne, on observe une hémiplégie motrice, permanente, durable et presque toujours incurable. Si au contraire la lésion porte sur les corps striés, ce sera une hémiplégie motrice transitoire. Si c'est le tiers postérieur de la capsule interne qui est affecté, la traduction symptomatique consiste surtout en une hémianesthésie croisée, permanente, si la lésion est destructive ; mais s'il s'agit d'une hémorrhagie, par exemple, siégeant dans la couche optique ou dans le noyau extra-ventriculaire et qui distend les tissus environnants, on a alors une hémianesthésie transitoire; en effet à un moment donné la capsule interne reprendra ses fonctions et cette hémianesthésie disparaîtra. Ce sont là des résultats qui peuvent être annoncés pendant la vie et qui ne souffrent jamais d'exceptions.

M. BROWN-SEQUARD fait remarquer que M. Charcot lui-même a publié un fait absolument opposé à ce qu'il vient de dire, fait dans lequel il s'agit d'une paralysie transitoire ayant été produite par une lésion destructive. Ce fait est publié dans la thèse de M. Lépine.

COMMUNICATION

Développement incomplet des organes génitaux de la femme. — M. DE CYNETY, au nom de M. Siredey et au sien, communique le fait suivant : une femme de vingt-deux ans entre à Lariboisière pour une affection hépatique, à laquelle elle a succombé.

Cette femme avait vu apparaître ses règles à dix-sept ans, et avait été mal réglée jusqu'à vingt-cinq ans. A cet âge, ses règles ont complétement cessé pendant dix mois et se sont rétablies jusqu'en février 1875, époque à laquelle elles ont de nouveau disparu, pour ne plus jamais reparaître. Cette femme offrait un aspect particulier, plutôt masculin que féminin. Son bassin n'avait ni les proportions ni les dimensions habituelles. Quoique mariée, elle n'avait jamais ressenti aucun appétit sexuel. Ses organes génitaux externes étaient normaux. Mais il n'en était pas de même de ses organes génitaux internes. L'utérus était extrêmement petit; les ovaires avaient à peine le tiers de leur volume normal. L'examen histologique démontra que le tissu utérin était normal, mais que les glandes qui, à l'état normal, y sont si nombreuses, étaient au contraire très-petites et très-rares. Dans les ovaires, les ovules étaient également extrêmement rares; il n'y en avait pas plus de sept ou huit dans les deux ovaires. Deux de ces ovules étaient contenus dans des vésicules de Graaf, mais déjà malades. On trouvait également dans ces ovaires quelques traces de corps jaunes. Cette femme avait donc tous les attributs de son sexe, mais à un très-faible degré de développement, et il ne s'agissait là ni d'un état infantile, ni d'un état atrophique. Aurait-elle été en état d'être fécondée? M. de Cynety le croit, mais il pense qu'elle ne serait jamais arrivée au terme de la gestation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 janvier 1876. — Présidence de M. WOILLEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU

Le bureau est ainsi constitué pour l'année 1876 :

Président : M. Laboulbène. — Vice-président : M. Empis. — Secrétaire général : M. Besnier. — Secrétaire des séances : MM. Martineau et Duguet. — Trésorier : M. Beaumetz.

M. WOILLEZ, en quittant le fauteuil de la présidence, et M. LABOULBÈNE, en y prenant place, prononcent chacun un discours, qui est accueilli par de nombreuses marques d'approbation.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TÆNIA

M. ARCHAMBAULT rappelle que, jusqu'ici, la discussion a surtout porté sur ces deux points :

1° L'usage de la viande crue peut-il favoriser la production du tænia chez les enfants ?

2° Cela étant admis, la viande crue donne-t-elle lieu à telle ou telle espèce de tænia, suivant l'animal d'où elle provient?

La première de ces questions a déjà été étudiée depuis longtemps; en effet, dès 1858, le docteur Weiss (de Saint-Pétersbourg), qui, depuis dix-sept ans déjà, à cette époque, donnait de la viande crue aux enfants, avait établi que cette viande donnait lieu à la production du tænia. Or, il n'est pas douteux pour M. Archambault que la plus grande fréquence du tænia, en France, depuis quelques années, est due à la même cause, à l'usage de la viande crue. Il a pu, seulement dans sa pratique personnelle, réunir une dizaine de cas qui se résument tous à ceci : un enfant de dix-huit mois à deux ans, étant, à la suite du sevrage, atteint de diarrhée, auquel on donne de la viande crue, et qui, peu de temps après, présente tous les phénomènes auxquels donne lieu le tænia. Il s'agit presque toujours, dans ces cas, du tænia solium.

Quant à la seconde question, M. Archambault se déclare absolu-

ment incompétent pour la résoudre. On a prétendu, dit-il, que la viande de bœuf produisait toujours le tænia inerme; il y a cependant des cas contraires à cette manière de voir.

M. Archambault aborde ensuite la question du traitement; il est très-difficile et souvent impossible, dit-il, de faire avaler aux enfants du kousso ou de la macération de racine de grenadier, à cause de leur goût atroce. C'est pourquoi il emploie la graine de citrouille à la dose de 45 grammes, et en tire de très-bons effets. On sait que, suivant les uns, c'est l'épisperme, suivant les autres, l'amande elle-même qui contient le produit antihelmintique. Après quelques tentatives, M. Archambault a pu déterminer que c'était l'amande elle-même pilée à laquelle il fallait avoir recours.

M. HÉRARD confirme l'opinion de M. Archambault, en disant que des expériences ont été faites dans son service, qui ont prouvé très-nettement que l'épisperme ne possédait aucune action antihelmintique, et que c'était l'amande seule qui jouissait de cette propriété.

M. GUBLER fait observer qu'un professeur de l'école de Nancy a cherché à démontrer, au contraire, que c'était la matière herbacée qui contenait une substance résineuse, qu'il a pu isoler, qui jouissait seule, dans la plante, de la propriété antihelmintique. La question est donc encore en litige.

M. CHAUFFARD présente quelques considérations relatives à l'étiologie du tænia. L'influence de l'usage de la viande crue est, suivant lui, complétement démontrée; mais avec cette seule cause étiologique, M. Chauffard se rend difficilement compte de la bien plus grande fréquence du tænia depuis cinq ou six années en France, et dans toutes les classes de la Société, aussi bien dans la classe ouvrière que dans la classe riche. Il cite d'ailleurs un certain nombre de cas dans lesquels le tænia s'est produit, sans que le malade ait jamais fait usage de viande crue, mais alors qu'il avait fait souvent usage de légumes crus. M. Chauffard se demande si, dans ces cas, on ne doit pas accorder une certaine influence aux nouveaux procédés de culture, qui consistent à fumer les terres le plus possible avec toutes sortes de fumiers, et si les légumes crus ne contiendraient pas ainsi des œufs de tænias.

M. POTAIN fait observer que cette étiologie a été parfaitement démontrée à Genève pour le botriocéphale. Mais ce ver provient alors directement de ses œufs, sans passer par la génération alternante, comme cela a lieu pour le *mediocanellata*.

M. GERIN-ROZE dit, relativement à la question du traitement, qu'il a plusieurs fois fait rendre le tænia à des enfants à l'aide de kousso granulé, qui est une très-bonne préparation et que l'enfant prend très-facilement.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour discuter certaines questions relatives à de prochaines mutations dans les hôpitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 janvier 1876, le régime financier des diverses facultés et écoles de pharmacie est établi de la manière suivante :

Art. 1. — A dater du 1er janvier 1876 dans les facultés de théologie, de droit et de médecine, des sciences et des lettres, et dans les écoles supérieures de pharmacie les rétributions mensuelles de toute nature, allouées annuellement aux professeurs et agrégés, soit à titre de droits de présence aux examens, soit en proportion du nombre des élèves inscrits, sont et demeurent supprimées.

Art. 2. — Les dites rétributions et le traitement fixe, forment un seul émolument applicable au double service obligatoire de l'enseignement et des examens.

Art. 3. — Ce traitement est fixé ainsi qu'il suit.... *Facultés de médecine* : Professeurs à Paris, 13,000 fr; — professeurs dans les départements : de 6,000 à 10,000 fr; — agrégés à Paris, 4,000 fr; — agrégés dans les départements, de 3,000 à 3,500 fr. — *Faculté des sciences*. Professeurs à Paris, 13,000 fr.; professeurs dans les départements; 6,000 à 10,000 fr. — Agrégés à Paris et dans les départements, 2,000 fr.

Écoles supérieures de pharmacie : Professeurs à Paris, de 8,000 à 10,000; — professeurs dans les départements, de 6,000 à 8,000 fr; — agrégés à Paris; 4,000 fr.; — agrégés dans les départements, de 3,000 à 3,500 fr.

Art. 4. — A Paris, pour l'école supérieure de pharmacie, dans les départements pour les établissements d'enseignement supérieur de tout ordre, les diverses catégories de traitement mentionnées à l'article 3 sont déterminées, pour chaque professeur ou agrégé actuellement en exercice, d'après le chiffre de son traitement fixe combiné avec la moyenne de l'éventuel dont il a joui pendant les cinq dernières années, non compris les années 1870 et 1871 (de 1868 à 1874).

Des augmentations de traitement qui pourront être accordées ultérieurement seront arrêtées par le ministre après avis du comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur) qui donnera chaque année un tableau d'avancement d'après l'ancienneté de service et la valeur des travaux scientifiques et littéraire de professeurs.

Art. 5. — Dans toute les facultés et écoles supérieures de pharmacie, il est fait réserve sur le traitement total assigné à chacun des professeurs et agrégés d'une somme déterminée par le tableau A ci-annexé.

Cette somme, spécialement affectée au service des examens intérieurs et extérieurs prescrits dans chaque établissement, est payée par quart à la fin de chaque trimestre. Cette même somme est attribuée intégralement à ceux des professeurs et agrégés qui ont exactement participé aux examens et soutenances de thèses pour lesquels ils ont été désignés à tour de rôle.

En cas d'absence du professeur ou de l'agrégé désigné, elle est payée à l'agrégé ou docteur délégué pour les remplacer. L'indemnité attribuée, en ce cas, au remplaçant est calculée pour chaque examen d'après le tableau B ci-annexé.

Art. 6. — Lorsque dans une faculté ou école supérieure de pharmacie, un professeur est autorisé par le ministre à se faire suppléer dans son enseignement, cette suppléance entraîne, de plein droit, la suppléance aux examens, et le suppléant reçoit la moitié du traitement total du professeur.

Sauf les cas exceptionnels, dont le ministre est juge, la suppléance a lieu pour une année entière, et le suppléant quelle que soit la durée du cours dont il est chargé reçoit la moitié du traitement total de la chaire.

Art. 7. — En conformité des dispositions de l'article 10 de la loi du 9 juin 1853, relatifs aux traitements d'inactivité, les suppléances ne peuvent se prolonger au-delà d'une durée de cinq ans. Passé ce terme, le professeur, après avis de la faculté intéressée et du comité consultatif, peut-être appelé à faire valoir ses droits à la retraite.

Art. 8. — Lorsqu'un professeur, chargé de plusieurs enseignements rétribués, demande à se faire suppléer dans l'une de ses chaires, le traitement total de la chaire pour laquelle il est suppléé fait retour au budget de la faculté ou de l'École supérieure.

Annexes. — A. — Tableau présentant :

1° La moyenne de l'éventuel pendant les cinq dernières années non compris les années 1870 et 1871 (de 1868 à 1874);

Professeurs des facultés de médecine. — Paris; *mémoire*; Montpellier 1814; Nancy 1808.

Professeurs des Facultés des sciences. — Paris : *mémoire*; Besançon, 666; Bordeaux, 2,174; Caen, 2,038; Clermont, 1,428; Dijon, 727; Grenoble, 689; Lille, 1,744; Lyon, 1,522; Marseille, 1,828; Montpellier, 1,328; Nancy, 1,888; Poitiers, 2,759; Rennes, 1,783; Toulouse, 1,692.

Professeurs des Écoles supérieures de pharmacie. — Paris, 2,101; Montpellier, 1,294; Nancy, 1,063.

Agrégés des Facultés de médecine. — Paris : *mémoire*; Montpellier, 699; Nancy, 819.

Agrégés des Écoles supérieures de pharmacie. — Paris, *mémoire*; Montpellier, 237; Nancy, 354.

2° La somme de la réserve qui doit être attribuée par quart à la

fin de chaque trimestre, aux professeurs ou agrégés pour le service des examens.

Professeurs des Facultés de médecine. — Paris, 6,000 ; Montpellier et Nancy, 2,000.

Professeurs des Facultés des sciences. — Paris, 5,500; Poitiers, 2,800; Bordeaux, 2,500; Caen, 2,200; Marseille et Nancy, 2,000; Lille, Rennes et Toulouse, 1,800 ; Lyon, 1,600; Clermont et Montpellier, 1,500; Besançon, Dijon, Grenoble, 1,000.

Professeurs des Écoles supérieures de pharmacie.—Paris, 2,200; Montpellier et Nancy, 1,500.

Agrégés des Facultés de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie. — Paris, 1,500 ; Montpellier et Nancy, 1,000.

B. Tableau indiquant la nature des actes (voir art. 5 du décret cidessus).

Facultés de médecine. — Pour les examens de fin d'études et les thèses du doctorat en médecine. — Pour les examens de fin d'études de pharmacien, d'herboriste, de sage-femme de première classe, Paris et départements, 10 francs. — Pour les examens de fin d'études des officiers de santé, Paris et départements, 8 francs.

Facultés des sciences. — Pour examen ou thèse : Paris, 9 francs. Départements, 7 francs.

École supérieuress de pharmacie.—Pour chacun des deux premiers examens de fin d'études de pharmacie de première classe; pour chacune des deux séances du troisième examen et pour la surveillance des préparations; pour chaque examen d'herboriste de première classe, Paris et départements, 10 francs. — Pour chacun des examens de pharmaciens ou d'herboristes de deuxième classe, Paris et départements, 8 francs.

— La cataleptique de l'hôpital Cochin, dont nous avons entretenu nos lecteurs et qui était sortie guérie, vient de rentrer à l'hôpital et depuis vendredi a une nouvelle attaque de catalepsie. Les médecins qui s'intéressent à ce fait, peuvent venir l'observer dans le service de M. le docteur Desprès.

— L'Académie de médecine de Turin propose le sujet suivant pour le prix de 20,000 francs fondé par Riberi : « Pathologie de l'appareil génital de la femme. » Voici les principales conditions : 1° les traités complets et les monographies sont admis au concours; 2° les ouvrages peuvent être imprimés ou manuscrits; ils doivent être écrits en latin, italien ou français; 3° les ouvrages imprimés doivent être publiés pendant le cours des années 1874, 75, 76, et doivent être envoyés en double ; 4° les ouvrages des candidats doivent être adressés à l'Académie royale de médecine de Turin avant le 31 décembre 1876.

— Par suite de la décision prise au Congrès médical de Bruxelles, désignant la Suisse comme siége de la prochaine session du *Congrès périodique international des sciences médicales*, des négociations ont été ouvertes avec le Comité central suisse de Genève, qui a accepté l'honneur qui lui était offert.

Un Comité s'est, en conséquence, constitué à Genève, en vue de l'organisation de la réunion qui s'y tiendra en 1877. Il est formé de dix membres; cinq délégués de la Société médicale du canton de Genève, savoir : MM. les docteurs Cl. Lombard, Révilliod, Giguière, d'Espine et Dunant.

Cinq délégués de la section des sciences de l'Institut national génevois, savoir : MM. les professeurs C. Vogt, Julliard fils, Reverdin, Prévost et Mayor.

Le Comité, dans sa première séance, a fait les nominations suivantes :

Président, professeur Vogt. — Vice-président, docteur Cl. Lombard.— Secrétaire-général, docteur Prévost. — Secrétaires adjoints, docteurs Reverdin et d'Espine.

— Plusieurs de nos confrères en nous réclamant les numéros qui peuvent manquer à leur collection, nous demandent le prix du numéro, pour nous l'adresser en timbre-postes. Ce prix est de 0, 25 centimes par numéro.

— M. le docteur Paul Labarthe commencera un cours public et gratuit sur les maladies vénériennes dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique le *mardi 18 janvier à huit heures du soir*, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris A. Delahaye.

Code du médecin recueil complet de la législation et de la jurisprudence sur la profession comprenant le service de santé de l'armée et de la marine; par A. Parrot-Larivière. 1 vol. in-32. Prix : 5 fr. — Paris. A. Delahaye.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2° édition entièrement refondue par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 551 figures intercalées dans le texte.— Prix : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons cliniques sur les maladies mentales professées à la Salpêtrière, par le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, avec photographies, planches, lithographies et figures intercalées dans le texte. — 1 vol. in-8° de 196 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, 1876. J. B. Baillière.

De quelques principes fondamentaux de la thérapeutiquo. Applications pratiques; recherches sur les propriétés thérapeutiques du sulfate de quinine, de l'eau froide, de l'arsenic, du seigle ergoté, du tannin et du permanganate de potasse, de la pathogénie des lésions morbides et du traitement rationnel du choléra; par le docteur Duboué (de Pau). — 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr, 50. — Paris, Adrien Delahaye et C°.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par son mémoire sur la leucocytose dans la morve, M. Colin a provoqué une discussion, qui vient certainement à son heure. Cette discussion a commencé d'une manière un peu confuse ; les orateurs parlaient sur des souvenirs un peu vagues, ils n'avaient pas encore étudié la question en son état actuel. M. le professeur Chauffard exposait, comme vérité reconnue, une théorie humorale, que contredisait aussitôt M. le professeur Verneuil ; et à ce propos, M. Verneuil attribuait à Virchow, sur l'origine du pus, des opinions diamétralement contraires à celles qui, longuement développées par cet auteur, forment la base de sa théorie cellulaire. Virchow soutient que les globules du pus se forment sur place par une prolifération des cellules préexistantes des tissus eux-mêmes : il n'admet pas qu'ils viennent jamais du sang. M. Verneuil, confondant sans doute cette donnée avec celle de M. Cohnheim, a accusé M. Chauffard de se rattacher à la théorie abandonnée de Virchow, *prétendant que le pus venait toujours du sang.* On n'a pas lieu d'être étonné de ces méprises, tant ont été rapides les changements d'opinion des micrographes en ce qui touche les globules blancs du sang, leur origine, leur mode de production et leur constitution intime. Naguère encore, on les considérait comme le type de la cellule proprement dite, c'est-à-dire de la cellule formée par une enveloppe avec un contenu et un noyau. Aujourd'hui, les histologistes les plus autorisés ne leur reconnaissent plus d'enveloppe quelconque ; s'ils leur laissent provisoirement le nom de *cellule*, c'est en déclarant que ce mot ne doit pas porter à conséquence. Les globules blancs ne seraient constitués que par un peu de *protoplasma* semi-liquide. Les petits amas de protoplasma prendraient la forme globuleuse, parce qu'il en est généralement ainsi toutes les fois qu'un corps liquide ou semi-liquide se divise en petites masses. On se rappelle que, lors de la domination de la doctrine de Virchow, un célèbre physiologiste anglais, Beale, s'est vanté de reproduire très-exactement une cellule élémentaire, semblable au leucocyte, en battant du blanc d'œuf avec de l'huile.

Tout ceci demande évidemment un examen sérieux. Il est bon de vulgariser les nouvelles doctrines en les étudiant à un point de vue critique, et en les comparant à celles qui les ont naguère précédées. Le règne de celles-ci a été brillant autant qu'éphémère.

Pendant quelque temps, la cellule a semblé être tout, soit en physiologie, soit en pathologie, soit en thérapeutique. Elle seule, disait Virchow, possédait la vie ; l'être vivant n'était plus un *individu*, un tout inséparable, c'était, suivant l'expression même du savant allemand, une *république de cellules*, qui naissaient, se multipliaient, proliféraient, devenaient malades, et mouraient isolément. Le germe cellulaire prenait si bien la place du germe humain, que Virchow attribuait les *inclusions fœtales* à l'aberration de cellules qui se seraient mises d'elles-mêmes à produire un être parasite.

Les praticiens en présence d'une espèce morbide, n'avaient plus qu'à chercher d'abord les cellules coupables, celles qui avaient été la cause ou l'origine de la contagion cellulaire, celles qui l'entretenaient en proliférant, qui la transmettaient à leurs voisines : puis à voir s'il y avait moyen de les atteindre directement.

Au point de vue purement théorique et scientifique, ces doctrines ont cessé d'être. Le microscope qui les avait fait naître, les a détruites.

Mais on ne le sait pas encore assez. On voit sans cesse des médecins s'en inspirer dans leurs travaux, dans leurs systèmes.

La discussion académique aura donc son utilité incontestable, quand les orateurs auront pris le temps de se mettre au fait de la question.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur Béhier.

Paralysie générale des aliénés (1).

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

On a prétendu (Lélut, Aubanel et Thore), avoir rencontré des cas de paralysie générale dans lesquels il n'y avait pas de lésions. Je n'y crois pas. Ce sont là, comme le disait Marcé, de mauvaises observations : en outre elles ont trait à des faits dans lesquels on n'a pas procédé à l'examen histologique.

La mort peut, en effet, avoir lieu dans un accès maniaque : le malade succombe alors à une poussée de méningo-encéphalite aiguë. Mais la terminaison funeste survient plutôt len-

(1) Fin. — Voir les numéros des 30 novembre, 2 et 23 décembre 1875 et 13 janvier 1876.

tement et par le fait de l'épuisement; le malade se nourrissant mal, finit par succomber par défaut de nutrition. D'autres fois la mort est déterminée par une diarrhée opiniâtre, provoquée, nous l'avons vu, par l'ingestion immodérée des aliments, que les paralytiques avalent gloutonnement, sans les mâcher, et qui ne tardent pas à déterminer des désordres graves du côté de l'appareil digestif, une altération de la muqueuse de l'estomac, ou une entérite chronique. Ailleurs, la mort est amenée par le progrès d'une escahre au sacrum qui se creuse d'une manière considérable et finit par envoyer des fusées purulentes jusque dans le rachis, par l'intermédiaire des trous de conjugaison. Enfin il arrive fréquemment que le malade succombe à l'asphyxie, étouffé par les dimensions exagérées du bol alimentaire qu'il a avalé gloutonnement.

La durée de la paralysie générale est assez variable. Parchappe la fixe à un an, onze mois et quinze jours. Marcé l'a vu persister pendant trois et quatre années, lorsque le malade est entouré de bons soins. J'ai vu moi-même des déments paralytiques vivre beaucoup plus longtemps. Enfin, il est des sujets chez lesquels la première période est extrêmement longue, et qui même n'en sortent jamais, par suite de l'arrêt de la lésion.

D'autres fois, la marche de la maladie est notablement modifiée par des rémittences qui peuvent durer plus ou moins longtemps. Dans ce cas, les symptômes disparaissent et le malade paraît guéri, mais il reste toujours un certain embarras de la parole et un abaissement intellectuel très-notable qui ne trompe pas le médecin éclairé. C'est surtout ces individus qu'on a tant de peine à arracher aux mains des magistrats, auxquels on doit bien faire alors observer que le malade n'est pas responsable de ses actes et qu'il reste chez lui une lésion matérielle, qui ne marche pas dans le moment, mais que l'altération persiste encore et entraîne un abaissement et des troubles réels dans l'intelligence de l'individu.

Il y a cependant des cas qui présentent une certaine difficulté, c'est quand la rémittence dure depuis longtemps. Ces faits sont rares. Ferrus et M. Lasègue ont ainsi observé un cas de rémittence qui a duré vingt-cinq ans. Néanmoins, il est toujours possible de constater dans l'état du malade, un certain degré d'affaissement intellectuel, qui persiste et qu'un examen éclairé peut rendre appréciable.

Quelquefois au contraire, la maladie revêt tout à coup une marche excessivement rapide, il se fait une aggravation subite dans l'état du malade. C'est qu'alors l'encéphalite passe à l'état plus aigu.

Tantôt ce n'est d'abord qu'une simple congestion, tantôt au contraire un véritable accès de manie. D'autres fois le malade tombe dans un coma plus ou moins intense, coma qu'on avait d'abord rangé au nombre des signes de congestion, mais qui est dû à une ischémie cérébrale par le fait d'une obstruction vasculaire ou à un épanchement consécutif à une récidive de la méningite. Ailleurs, la congestion s'accompagne d'hémiplégie, alors qu'il s'est fait, dans la gaîne adventice des vaisseaux, les altérations vasculaires dont je vous ai parlé. Enfin la congestion peut revêtir la forme convulsive ou apoplectique. Celle-ci est de beaucoup la plus fréquente. Le malade tombe comme foudroyé et meurt, ou bien il est pris de convulsions générales ou unilatérales exagérées. Ces diverses formes de congestions peuvent se présenter chez le même individu et s'expliquent par la connaissance des lésions et leur degré variable.

Il est une altération secondaire sur laquelle je dois appeler votre attention. Assez souvent on voit une des oreilles du malade se tuméfier, devenir rouge, douloureuse, puis rapidement il se fait un épanchement sanguin considérable, non pas sous-cutané, mais sous-périchondrique. Ce fait indiqué par Ferrus, en 1828, a été signalé par Morland, en 1853 et Achille Foville en 1859. Cette tuméfaction de l'oreille, liée à la congestion, se rencontre ailleurs, mais moins souvent que dans la paralysie générale. Elle laisse après elle une déformation du cartilage, due au retrait du périchondre.

La paralysie générale est une forme d'aliénation assez fréquente. D'après Calmeil, le tiers ou le quart des aliénés sont des déments paralytiques. Et encore, cette statistique a-t-elle été faite à une époque où la paralysie générale était moins bien connue qu'aujourd'hui et peut-être pourrait-on dire d'après des études récentes que la moitié au moins des cas d'aliénation rentrent dans cette forme.

Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Parchappe sur 86 malades a compté 70 hommes et 16 femmes. Sur 82, Calmeil a trouvé 73 hommes et 9 femmes.

Comme causes de la paralysie générale, il faut placer en première ligne, l'hérédité, qui joue un rôle très-important dans la maladie. L'âge auquel on la rencontre le plus souvent varie entre trente-cinq et quarante ans, mais d'après mes notes, l'âge moyen serait abaissé de trente-cinq à trente-deux ans. On n'observe jamais la paralysie générale avant vingt-deux ans.

Ici encore les professions jouent un rôle considérable. Celles qui demandent un grand développement de l'intelligence et surtout celle dans lesquelles le cerveau, comme on dit, travaille à vide, y prédisposent le plus. D'après une statistique faite par un de mes amis, au ministère de l'instruction publique, sur 300 individus atteints de paralysie générale, 116 exerçaient des professions intellectuelles. C'est-à-dire 38 pour 100, le tiers!

Certaines lésions antérieures du cerveau, telles que l'hémorrhagie, le ramollissement, peuvent, quand elles se généralisent à la couche corticale, finir par entraîner la démence paralytique en produisant une méningo-encéphalite subaiguë.

La syphilis a été encore indiquée par Gros et M. Lancereaux comme une cause de démence, mais n'y a-t-il pas, dans ces cas, tout simplement coïncidence? Quant à l'alcoolisme, son influence n'est pas contestable.

Nous voyons en effet l'alcoolisme déterminer la méningite qui s'accompagne d'hématomes de la dure-mère, or ce désordre particulier se rencontre fréquemment chez les déments paralytiques.

L'abus du tabac dont l'action nocive sur l'encéphale ne peut être douteuse, joue également un rôle dans l'étiologie de cette maladie. C'est au moins ma conviction profonde.

Comme je vous l'ai dit, au début surtout, le diagnostic est quelquefois très-difficile à établir, et il faut le réserver. Chez les monomanes, vous noterez le délire ambitieux, la fixité des idées, et les troubles du mouvement, de même que chez les mélancoliques. Mais je vous ai éclairés sur ce point, vous tiendrez compte de la variabilité et du décousu des conceptions chez le dément.

Enfin, l'inégalité des pupilles et les mouvements fibrillaires dans les points que je vous ai indiqués, contribueront à vous mettre sur la voie du diagnostic.

Dans certains cas, il vous faudra attendre plusieurs jours, et même des mois, avant de vous prononcer.

Mais ainsi que je vous l'ai conseillé, vous étudierez la prononciation de vos malades lors de la lecture à haute voix un peu prolongée et leur écriture dans les factums qu'ils produiront alors qu'ils seront livrés à eux-mêmes.

Quant au pronostic, il est mortel. Les malades ne guérissent jamais. Ils peuvent avoir des rémittences, mais la guérison

réelle est à peu près impossible; seulement la marche est plus ou moins rapide.

Notre malade ira probablement lentement, mais cependant, il ne faut jamais rien affirmer à ce sujet, à cause des congestions qui peuvent éclater sans influence extérieure appréciable et d'une façon imprévue. Ces complications hâtent l'issue funeste de la maladie, qui alors a d'autant plus de tendance à marcher avec plus de rapidité, qu'une congestion en appelle toujours une autre.

Sous le rapport du traitement, nous ne sommes pas riches. On ne peut que se borner à faire la médecine des symptômes, et elle varie alors suivant la forme de la maladie.

Contre l'excitation, on administrera les laxatifs, et même l'aloës, en ayant soin toutefois de ne pas les pousser trop loin, dans la crainte de provoquer des diarrhées opiniâtres, si fréquentes, comme nous l'avons vu, chez les déments paralytiques. Les bains prolongés, pendant douze, quatorze heures, avec application de compresses tièdes sur la tête, ou de douches administrées lentement et goutte à goutte, sont encore un excellent moyen contre cette forme.

Si l'individu se fait remarquer par la violence de l'accès maniaque, les émissions sanguines, telle que la saignée, ou une application de sangsues en un endroit où l'on soit sûr de pouvoir arrêter l'hémorrhagie, au niveau du sacrum, par exemple, pourront être d'une certaine utilité, mais il faut bien faire attention de ne jamais déprimer trop le malade. Il en est de même des révulsifs, des vésicatoires, des sétons placés à la nuque, des cautérisations à la pâte de Vienne, en des parties du corps que les malades ne puissent pas atteindre avec les mains car l'action stimulante des ongles pourrait déterminer des érysipèles autour de ces révulsifs. L'opium, dans ce cas, est encore un bon médicament, soit qu'on l'emploie en injections sous cutanées, en potion, dans du vin, ou encore quand c'est possible, en lavement.

Enfin, dans cette même forme excitée le bromure et l'iodure de potassium pourront vous être de quelque utilité.

Dans la forme dépressive, au contraire, il faut relever les forces du malade de façon à prolonger la lutte et tout en employant des révulsifs pour modérer la marche des lésions cérébrales que vous connaissez. Le quinquina, le fer, l'arsénic seront d'une grande utilité. Par des soins de propreté, vous préviendrez l'eschare et ses dangers. Contre le coma, vous emploierez avec les ventouses sèches, les révulsifs cutanés.

Quant au traitement de l'hématome de l'oreille il consistera dans la ponction de la tumeur et l'application d'astringents, tels que compresses imbibées d'eau blanche, etc. Enfin, vous surveillerez attentivement les malades, pendant leur repas pour prévenir l'asphyxie si fréquemment déterminée par l'ingestion de bols alimentaires trop volumineux.

Tout cela vous le voyez est bien peu efficace, mais malheureusement contre un processus anatomo-pathologique comme celui qui constitue la lésion caractéristique de cette forme morbide, nous sommes impuissants et désarmés. J'ai surtout voulu vous faire bien connaître cet état dans son essence, dans ses manifestations et dans la difficulté de son diagnostic à une certaine période. C'est surtout ce dernier point qui vous sera utile dans la pratique quand il s'agira d'apprécier le degré de responsabilité morale de l'individu; et sachez-le bien cette question délicate pourra vous être posée par des personnes peu disposées à exonérer ces pauvres malades de la responsabilité des actes qu'ils auront accomplis dans leur inconscience. A vous la mission difficile, mais honorable, de montrer qu'il y a dans le cas déterminé un malade et non un coupable.

CLINIQUE ODONTOLOGIQUE. — M. E. Magitot.

Observations de périostite alvéolo-dentaire chronique avec complications de voisinage, traitée par la résection suivie de la réimplantation immédiate (1).

(Recueillies par MM. les Drs Pietkiewicz et Piotrowski.)

Obs. II. — *Périostite spontanée du sommet d'une incisive inférieure; extraction de la dent; résection de la portion altérée; réimplantation et guérison.*

23 août 1875. — Mlle N..., âgée de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, n'a jamais souffert des dents jusqu'au mois de juillet 1874.

A cette époque, il apparaît un abcès gingival à la partie médiane de la mâchoire inférieure, abcès qui fut précédé et accompagné de douleurs dans toute la mâchoire et d'une tuméfaction notable de la région mentonnière. Trois mois plus tard, en octobre, un second abcès survint au même point et avec les mêmes symptômes.

Un troisième, enfin, évolue au mois de janvier 1875. Chaque crise dure environ une quinzaine de jours, et l'abcès s'ouvre au point de jonction de la gencive avec la lèvre.

Le 23 août, la malade, tourmentée par de nouvelles douleurs, vient nous consulter.

Le menton est le siége d'une tuméfaction très-douloureuse à la moindre pression; la lèvre est épaissie, dure et tendue. Toutes les dents sont intactes, à l'exception de l'*incisive latérale droite inférieure*, dont la coloration bleuâtre tranche sur la blancheur des dents voisines. Elle ne présente aucune trace de carie; elle est légèrement ébranlée et très-douloureuse au moindre contact.

Le diagnostic est celui d'une périostite chronique du sommet, de nature spontanée, car la malade ne peut rattacher aucun accident ou traumatisme quelconque à la maladie de cette dent.

Nous pratiquons l'extraction, qui ne présente aucune difficulté, et le diagnostic est pleinement confirmé.

Le sommet de la racine, dans une étendue de 3 millimètres, est dénudé, rugueux et inégal, en voie manifeste de résorption. Cette résorption a la forme d'un bec de flûte. Le reste du périoste jusqu'au collet est rouge, granuleux, évidemment enflammé.

On pratique, avec la pince de Liston, la résection de toute la portion altérée de cette dent; la section est faite transversalement et permet de constater que le canal dentaire, et par conséquent, la cavité centrale, sont absolument vides. La pulpe s'est donc gangrenée, ce qui a produit la coloration bleuâtre de l'organe. La dent est aussitôt réimplantée dans son alvéole, après lavage et tamponnement de celui-ci. Aucun moyen contentif n'est appliqué. On se borne à des recommandations particulières au sujet de l'alimentation, qui doit être surtout liquide.

Le lendemain 24 août, sensibilité légère au menton; la dent est mobile et douloureuse au contact. La réaction est pourtant modérée. Compresses permanentes sur la gencive avec des bandes d'ouate imbibées d'une solution saturée de chlorate de potasse.

Le 25 août, amélioration marquée. La tuméfaction de la région mentonnière est moindre; la dent est peu mobile.

Les jours suivants, l'amélioration se poursuit.

Le 7 septembre, tout accident a disparu. La dent a repris sa solidité; elle est insensible; la gencive est normale; la percussion ne produit aucune douleur. La guérison est complète.

La jeune personne a été revue à la fin d'octobre, c'est-à-dire deux mois environ après l'opération, elle est restée entièrement guérie et la dent a repris ses usages.

Obs. III. — *Périostite chronique du sommet d'une première prémolaire supérieure droite cariée; phlegmon de la joue; dénudation du maxillaire; extraction suivie de résection de la portion altérée. Obturation de la carie et réimplantation immédiate; guérison.*

M. N..., âgé de trente-deux ans, est d'une constitution faible; il a fréquemment souffert des dents.

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 janvier.

La première bicuspide est profondément cariée depuis deux ans; elle a été, après traitement préalable, obturée à cette époque; mais malgré cela, elle est restée sensible aux transitions de la température, puis l'état s'est amélioré, et pendant environ un an, le malade s'est cru parfaitement guéri.

Au commencement d'octobre 1875, la dent redevient douloureuse; la gencive se tuméfie et un nouveau traitement, composé de cinq ou six pansements, aboutit à la réobturation de cette dent. Depuis ce moment, la dent resta douloureuse à la pression et les fonctions de bouche s'exercèrent difficilement de ce côté.

Vers la fin d'octobre, le malade fut pris d'un violent accès de fièvre et d'accidents généraux, qui durèrent deux jours et aboutirent à un phlegmon de la joue, qui acquit rapidement le volume du poing et s'étendit jusqu'aux paupières. Un médecin appelé par le malade ouvrit, dans la bouche, un volumineux abcès, qui donna issue à un grand verre de pus.

Au moment où le malade vient nous consulter (26 octobre), nous constatons la persistance du gonflement de la joue et un écoulement d'un liquide séro-purulent par l'ouverture de l'abcès. Le doigt peut être introduit par cette ouverture, et rencontre la surface du maxillaire dénudé dans une étendue de plusieurs centimètres superficiels.

L'exploration au moyen du stylet permet, en outre, de reconnaître que la racine de la première prémolaire est libre dans une cavité de l'alvéole communiquant avec l'abcès. Aucun accident du côté interne du bord alvéolaire ni dans le sinus maxillaire.

Une injection d'eau tiède est poussée dans l'abcès, et une mèche est introduite en permanence. Cataplasmes et compression sur la joue.

Au bout de huit jours, l'état n'a pas sensiblement varié. La dénudation est aussi étendue; la tuméfaction de la joue n'a pas diminué, et il s'est produit à l'angle de l'aile du nez un noyau induré qui occupe toute la fosse canine.

Le 5 novembre, nous pratiquons avec un forceps droit l'extraction de la première prémolaire; l'opération est faite avec beaucoup de lenteur et de grandes précautions.

Nous constatons que cette dent est pourvue de deux racines réunies dans les deux tiers inférieurs, libres dans le tiers supérieur. La portion externe est altérée dans toute son étendue; elle est entièrement dénudée de son périoste, rugueuse et en voie de résorption; la portion interne est parfaitement saine.

Au moyen d'une pince de Liston nous pratiquons la résection du sommet externe altéré par une section oblique, qui n'intéresse point la racine interne. La dent est maintenue dans une compresse imbibée d'eau tiède, et une obturation avec l'oxychlorure de zinc est pratiquée dans la carie de la couronne.

Cette petite opération prend environ un quart d'heure, au bout duquel la dent est réimplantée après lavage et tamponnement de l'alvéole.

Le lendemain 6 novembre, la dent est ébranlée et douloureuse au contact; l'état de la joue et l'abcès persistent sans modification sensible.

Injection d'eau dans le clapier. Compresses permanentes au chlorate de potasse appliquées sur le bord alvéolaire.

Le 8, légère amélioration.

Le 11, le malade nous dit qu'il s'est produit par l'ouverture de l'abcès une hémorrhagie d'environ deux cuillerées à bouche. La dent est encore un peu mobile, mais nullement douloureuse. L'exploration de l'abcès avec le stylet constate que la dénudation est réduite d'environ moitié de son étendue; l'empâtement de la joue a beaucoup diminué.

Le 15, c'est-à-dire dix jours après l'opération, la guérison est complète, l'abcès est fermé. La dent est solide et absolument insensible; la mastication s'exerce librement du côté correspondant.

Tels sont les trois faits que nous avons désiré faire connaître; ils sont les seuls que nous ayons recueillis jusqu'à présent, et ils nous ont procuré, comme on l'a vu, des succès complets.

Nous avons, toutefois, pour devoir de dire que l'idée première de ce mode de traitement de la périostite compliquée ne nous appartient pas. Elle revient à un chirurgien de Montpellier, le professeur Alquié.

Voici, en effet, ce que nous lisons dans un recueil de médecine de 1860 :

« OBSERVATION. — *Fistule faciale ancienne au menton; dents saines en apparence. Extraction d'une incisive; excision d'une portion de racine; replacement et conservation du reste de cette dent. Guérison de la fistule.*

« V..., soldat au 2e régiment du génie, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 2 octobre 1858. Au mois de décembre précédent, il s'est aperçu d'un petit abcès, qui s'est développé au centre du menton; il n'a jamais ressenti de douleur dans cette région ni dans les dents qui y correspondent. L'abcès a percé spontanément, laissant couler une petite quantité de pus sanguinolent. A partir de ce moment, il s'est établi en ce point une fistule donnant un écoulement puriforme, mêlé de temps en temps de salive (?). Il n'est point sorti de parcelles d'os. Au mois de juin 1858, il entre à l'hôpital où, après exploration de la fistule, on lui prescrit des injections dans le trajet avec une solution de nitrate d'argent, et on l'envoie aux bains de mer. Ce traitement est resté inefficace, et quelque temps après, le 2 octobre 1853, V... rentre à l'Hôtel-Dieu. On lui fait répéter les injections précédentes et on lui administre de l'huile de foie de morue.

Au moment où M. le professeur Alquié prend le service, le 1er novembre 1858, la maladie n'avait éprouvé aucune amélioration. Le chirurgien en chef explore la fistule et son stylet vient heurter l'incisive centrale gauche; le malade ressent très-distinctement l'impression du stylet sur cette dent. La percussion sur la couronne de celle-ci ne produit pas de douleur bien marquée.

Le 11 novembre, M. Alquié extrait au malade l'incisive gauche, dont l'extrémité est altérée. Toute la portion malade est excisée; la dent est aussitôt replacée dans son alvéole et fixée aux dents voisines par des fils de soie.

A partir de ce moment, le malade voit sa fistule se fermer peu à peu. Dès les premiers jours, l'écoulement diminue rapidement; l'orifice externe de la fistule s'affaisse progressivement et sans accident; la dent se consolide, et le 29 novembre, l'ouverture est complétement oblitérée. Le militaire demande à reprendre son service. (Observation recueillie par M. le docteur Planchon. Clinique de M. le professeur Alquié, Hôtel-Dieu de Montpellier. — *Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1860.) »

Cette observation, comme on le voit, est tout à fait démonstrative, et elle donne au professeur Alquié la priorité dans cette question de thérapeutique. Nous n'avons point, en effet, trouvé dans d'autres recueils aucun cas antérieur, et l'on ne saurait assimiler à un fait de ce genre les tentatives anciennes de Hunter, Jourdain, Fauchard et d'autres encore, lesquelles étaient dirigées soit dans un but d'expérience physiologique, soit au point de vue de la réimplantation ou de la transplantation des dents saines; quelques-unes cependant étaient dirigées sur des dents présentant des caries, mais aucune ne portait sur des cas de périostites traitées ainsi, dans un but thérapeutique, par la résection et la réimplantation.

Toutefois, la tentative d'Alquié n'est pas restée isolée, et, en 1870, deux praticiens de Londres tentèrent la même opération sur des malades de l'hôpital Saint-Barthélemy. Ce sont MM. Coleman et Lyons.

Le nombre des cas de périostites du sommet ainsi traitées a été de 14. Ils se répartissent de la manière suivante :

9 succès complets ;

2 cas restés sans nouvelles ;

3 insuccès avec élimination de la dent réimplantée.

Les tentatives ont été dirigées sur des molaires. Quelques-unes étaient cariées. Dans deux cas, on s'est borné à pratiquer, après l'extraction, un simple grattage de la portion ma-

lade du périoste et de la racine; ce sont les deux cas dont on n'a pas eu de nouvelles, et nous inclinons à penser qu'ils n'ont pas été suivis de guérison. Les autres ont été traités par résection et réimplantation immédiate. (*Transaction of odontological society of Great Britain*, 1870, Londres, p. 150.)

Des considérations précédentes et des faits que nous avons présentés, nous pensons pouvoir déduire les réflexions suivantes, que nous formulons en manière de conclusions :

1° La périostite dentaire chronique du sommet compliquée de lésions du voisinage, phlegmon, abcès, dénudation des maxillaires, fistules simples ou multiples, n'est pas au-dessus des ressources de la thérapeutique conservatrice.

2° Le traitement consiste essentiellement dans la résection de la partie affectée de la racine après extraction de la dent, et suivie de la réimplantation immédiate.

3° Les suites de l'opération sont ordinairement simples, et cette pratique, basée sur un diagnostic exact et conduite avec précaution, peut s'appliquer à un grand nombre de cas et donner des résultats complets.

4° Le traitement des lésions de voisinage comprend les moyens ordinaires, drainage, injections, lavages, etc., emploi du chlorate de potasse au point de vue des accidents de stomatite, obturation, en cas de carie dentaire, etc.

5° La guérison a pour résultat la conservation de l'organe dentaire affecté et le rétablissement complet de ses usages.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 janvier 1876. — Présidence de M. Paris.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce informe l'Académie qu'il met à sa disposition une subvention nouvelle, pour les continuations des recherches entreprises pour combattre le phylloxera.

M. le président du conseil d'administration des chemins de fer du Midi, informe l'Académie que la compagnie met à sa disposition une allocation nouvelle pour le même objet.

COMMUNICATIONS

Formation de la matière sucrée dans les animaux. — M. CLAUDE BERNARD lit sur ce sujet un travail que nous publierons prochainement.

Thermochimie. — M. BERTHELOT communique : 1° ses recherches sur la mesure de la chaleur dégagée par la transformation de l'aldéhyde en acide acétique; — 2° une note sur l'union des carbures d'hydrogène avec les hydracides et les corps halogènes.

Chimie analytique. — M. AD. CHATIN lit un travail sur « les causes d'insuccès dans la recherche de minimes quantités d'iode ».

RAPPORT

Météorologie. — M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE, lit un rapport favorable sur le projet d'un observatoire physique au sommet du Pic du Midi soumis à l'Académie, par M. le général Ch. de Nansouty, au nom de la Société Ramond.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATIONS

Ozone. — M. DE CARVALHO présente un modèle d'appareil ozonogène, qu'il destine à l'assainissement des appartements, dans les pays chauds et malsains.

C'est une espèce de condensateur à effluve électrique, qu'il adapte à une rainure pratiquée, soit horizontalement, soit verticalement, dans l'une des cloisons de ces appartements. Ce condensateur peut être simple ou multiple, suivant la quantité d'ozone nécessaire pour assainir l'air de l'appartement; son aspirateur, constitué par une sorte d'entonnoir allongé, dont la partie étroite enveloppe la rainure, permet d'activer le courant d'air passant à travers l'effluve électrique; une machine de Ruhmkorff et une pile produisent des décharges électriques.

M. de Carvalho croit que l'action électrique, agissant à l'état dynamique sur l'air atmosphérique, lui donne des propriétés sanitaires particulières, et il est d'autant plus porté à le croire que, d'après les expériences ozonométriques faites jusqu'ici, les maladies épidémiques paraissent se rencontrer rarement dans les lieux où l'air est riche en ozone.

M. P. THENARD. Je crois qu'il serait grandement temps de mettre le public et même les savants en garde contre les légendes répandues sur l'ozone.

Loin d'être bénin, l'ozone est, au contraire, un des plus énergiques poisons dont soient dotés nos laboratoires; les très-graves accidents qu'il a produits dans le mien ne laissent nul doute à cet égard.

Je ne m'étendrai pas sur son mode d'action physiologique, M. Arnould Thenard devant publier bientôt un travail sur ce sujet; je dirai seulement que, sous l'influence de l'ozone, et à des titres extrêmement faibles, il a reconnu que les globules de sang se contractent rapidement et même changent de forme, et que le pouls se ralentit au point que celui d'un cochon d'Inde, battant normalement 148 pulsations, tombe à une trentaine au bout d'un séjour d'un quart d'heure, répété une fois par heure pendant cinq heures consécutives.

Aujourd'hui que la médecine tire de si sérieuses indications du changement de température chez les malades, elle trouvera, j'ai lieu de l'espérer, dans l'application de l'ozone un moyen d'en combattre les excès; mais de cette espérance à jeter à tort et à travers de l'ozone dans les lieux habités, sous prétexte d'en combattre les miasmes, il y a bien des dangers à éviter; car, si nos plus grands poisons sont nos meilleurs remèdes, il faut apprendre à s'en servir et ne pas se tromper de moment, de dose ou de flacon.

Je viens de dire flacon ! Est-on, en effet, bien assuré que l'ozone existe dans l'atmosphère ?

C'est à l'aide d'un papier coloré, dont la teinte se modifie plus ou moins profondément au contact de l'air, que l'on prétend le démontrer et qu'on arrive, dit-on, à le doser. Ce papier, j'en conviens, sauf l'ozone, échappe à l'action des réactifs vulgaires qu'on peut suspecter dans l'air, ou plutôt il ne donne pas avec eux les mêmes modifications; mais qui dit que dans l'air, il n'existe ou ne se forme pas un agent autre que l'ozone, qui altère de la même façon le papier et ne soit pas cependant l'ozone ?

M. Wittmann, en projetant de l'air, à travers une flamme de lampe d'émailleur, obtient un air qui agit sur le papier ozonométrique comme l'ozone lui-même; or, tandis que cet air désinfecte, sans les acidifier sensiblement, les flegmes de mauvais goût, l'ozone ne les désinfecte pas et les acidifie; de plus, tandis que l'ozone ne résiste pas à une température de 200 degrés, l'air modifié de M. Wittmann s'engendre dans un milieu qui ramollirait le verre.

Il y a donc encore dans cette question bien des *desiderata*, et autant je croirais imprudent de nier la présence possible, la présence probable de l'ozone dans l'atmosphère, ainsi que les heureux usages que l'art de guérir peut, à l'occasion, tirer de l'ozone préparé artificiellement, autant je trouve téméraire de donner pour démontré ce qui n'est encore que vague, confus et dangereux.

M. SEDAN soumet au jugement de l'Académie, par l'entremise de M. Larrey, un mémoire portant pour titre : « Étude expérimentale sur l'antagonisme des sulfates de quinine et de strychnine. » (Renvoi au concours de physiologie expérimentale.)

M. DESPRES adresse une note relative à un « traitement du choléra asiatique. » (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

M. CORENVINDER adresse une note sur « la décroissance du sucre dans les betteraves pendant la seconde période de leur végétation ».

M. ALLUARD présente une note « sur l'installation de l'observatoire météorologique du Puy-de-Dôme, où les observations sont fai-

tes régulièrement de trois en trois heures, depuis le 20 décembre dernier. »

M. J. CHATIN présente une note sur les mouvements périodiques des feuilles dans l'Abies Nordmanniana.

A cinq heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée à six heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1876. — Présidence de M. CHATIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Rectification. — L'auteur du mémoire « sur les troubles visuels dans l'épilepsie » présenté dans la dernière séance par M. le baron Larrey est de M. le docteur Passot et non Parrot, comme on l'a imprimé par erreur.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet l'état des épidémies observées dans le département du Vaucluse pendant l'année 1874 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Deux lettres de MM. les docteurs Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Langlebert. (Accepté.)

3° Un mémoire intitulé : *Épidémie d'acrodynie observée au Mexique du 21 mars au 25 avril* 1866, par M. Bresson, médecin-major.

4° Un mémoire intitulé : *Bourbonne-les-Bains; résultats immédiats de la thérapeutique thermo-minérale*, par M. Bailly, médecin major.

LECTURE

M. le docteur Worstrüm lit un mémoire sur le *Traitement des maladies des femmes au moyen de la méthode du massage.*

Discussion sur la leucocytose dans la morve.

M. BOUILLAUD ne veut qu'éveiller l'attention sur cette question, soulevée par M. Colin. Il serait très-intéressant de savoir à quel point la morve peut provoquer une leucocytose. Mais il ne faudrait pas s'exagérer la valeur de ce signe. On soupçonne à peine, depuis les travaux de Chauveau (de Lyon), où il faut chercher le *contagium* de la morve. On ne sait pas du tout ce qui en est le germe en réalité. Est-ce un virus? Est-ce un ferment? On l'ignore.

M. BOULEY. La communication de M. Colin est, en effet, des plus intéressantes; elle permet d'espérer que l'on pourra porter le diagnostic *morve* dans des cas où l'on manquait de signes suffisants jusqu'ici. Or, ce qui fait la garantie exceptionnelle de la morve, c'est sa contagion. Reconnaître la maladie dès le début, ce serait être à même de prévenir cette contagion. La morve se distingue surtout par trois symptômes cardinaux : 1° chancre, 2° jetage, 3° glandage. Tant que ces trois signes ne se présentent pas réunis, l'animal est suspect; mais on n'ose pas encore le déclarer morveux. On croyait bien à la contagion, jusqu'à la fin du siècle dernier, tous les vétérinaires étaient bien convaincus de cette vérité, mais on ne prenait pas de précautions suffisantes contre les animaux simplement *suspects.* Aussi la morve continuait-elle ses ravages malgré la notion très-exacte de sa contagiosité. Ce fut bien pis au commencement de ce siècle; on ne croyait plus à la contagion; on ne prenait plus de précautions. Aussi les ravages de la morve devinrent-ils tels, que Rayer pût facilement y trouver l'occasion de faire une des œuvres les plus considérables de sa vie. Il ralluma le flambeau éteint; il mit hors de doute la contagiosité absolue de la morve, tout en reconnaissant une spontanéité possible, ou du moins la possibilité d'une production accidentelle en dehors de toute transmission.

Voilà où en est la question. Peut-être peut-on espérer que la numération des globules du sang, comme la pratique M. Malassez, ou l'évaluation proportionnelle de ces globules, suivant la méthode de M. Colin, permettra de faire un pas de plus. Ce qui importerait surtout, ce serait de pouvoir porter un diagnostic très-exact dans des circonstances qui se rencontrent assez fréquemment. Dans les régiments, par exemple, il n'est pas rare qu'un cheval, atteint d'une glande morveuse et ne présentant pas d'autre signe apparent de maladie, soit soumis à l'action de résolutifs, qui ont pour résultat de faire fondre la glande, et soit alors réintroduit dans les rangs. Il porte en lui la morve, alors même qu'il paraît guéri : il la communique et la propage. Si l'examen du sang pouvait alors permettre d'affirmer sans hésitation l'existence de la morve, ce serait un grand avantage. M. Bouley a fait faire dans ce sens à M. Malassez, avec son appareil, un certain nombre d'expériences qui, jusqu'ici, confirment pleinement celles de M. Colin.

M. GOSSELIN demande à M. Bouley si les expériences de M. Malassez ont porté sur des animaux antérieurement reconnus morveux.

M. BOULEY. Ces expériences sont encore en petit nombre. Mais les animaux leucocythémiques étaient morveux, tandis que le cheval sain, servant de terme de comparaison, n'avait qu'un très-petit nombre de globules dans le sang.

M. GUBLER n'entend pas discuter le mémoire de M. Colin, qu'il n'a pas entendu; mais il craint qu'on ne s'exagère l'importance d'un phénomène très-fréquent. La leucocytose se présente dans un grand nombre de maladies chroniques. On pourrait dire que c'est un phénomène banal. Il est normal de la rencontrer dans toutes les maladies à suppurations multiples, à foyers disséminés. Dans les cachexies qui doivent se terminer par la mort, souvent alors on voit survenir tout-à-coup une augmentation très-notable de la proportion des globules blancs dans le sang, coïncidant avec l'aggravation rapide des autres symptômes. En un mot, la leucocytose est un phénomène trop habituel, trop général, pour devenir un élément de diagnostic.

M. BOULEY. Il est certain que la leucocytose n'est pas un signe univoque. Aussi sa valeur, comme élément de diagnostic, tient-elle chez le cheval morveux à la présence d'un autre signe, qui pourrait suffire à lui seul pour un praticien ayant le toucher assez exercé. La glande morveuse est tout à fait caractéristique. Quand elle a existé, le cheval est morveux, alors même qu'elle a disparu; mais il pourrait être important de démontrer alors la présence de la morve par quelque chose de subsistant : et c'est à cela que pourrait servir la leucocytose.

M. CHAUFFARD vient appuyer les observations de M. Gubler. La leucocytose se présente dans toutes les suppurations. M. Brouardel a montré qu'à la suite de la variole, elle faisait prévoir la production de ces abcès multiples, presque sans réaction inflammatoire, qui se montrent souvent dans la convalescence de cette maladie. Il en doit être ainsi dans tous les cas de ce qu'on nomme *fièvre purulente* ou *résorption purulente*; du reste, il est normal qu'après tout traumatisme la proportion des globules blancs s'accroisse. Elle s'accroît sans doute dans ces blennorrhagies, ces uréthrites spécifiques, qui s'accompagnent d'une pâleur, d'un affaissement sans proportion avec l'étendue de la surface enflammée. De même dans la scarlatine, dans la rougeole, dans l'état puerpéral : c'est la leucocytose qui donne, en pareil cas, l'aspect chlorotique, anémique.

M. BLOT voudrait adresser une question à M. Bouley. Est-il bien certain qu'il suffise d'une seule glande morveuse pour caractériser pleinement la maladie? En médecine humaine, la tuméfaction glanduleuse est un phénomène banal, non moins que la leucocytose, et ne suffit pas pour éclairer un diagnostic.

M. VERNEUIL prend surtout la parole à propos des propositions émises par M. Chauffard. La leucocytose a été étudiée, dans ces derniers temps, par un chirurgien anglais et par un chirurgien allemand. Ils l'ont rencontrée, en effet, dans un certain nombre de cas, presque dans toutes les circonstances dont a parlé M. Chauffard, et

dans quelques autres. Mais elle n'a rien de constant. Ainsi, chez les blessés, chez ceux qui portent les brûlures les plus étendues, les suppurations les plus abondantes, de quelque nature qu'elles soient, la leucocytose peut manquer.

M. CHAUFFARD. Toute suppuration est une leucocytose, puisque les globules blancs se forment d'abord dans le sang.

M. VERNEUIL. Il est essentiel de définir les termes qu'on emploie. Par le mot de leucocytose, tout le monde entend la surabondance des globules blancs dans le sang qui circule. Or il n'est pas du tout démontré que le pus provienne du sang. Virchow l'avait cru, ayant établi l'identité des globules du sang avec ceux du pus. Il supposait que ces globules étaient d'abord formés dans les vaisseaux. Il y aurait donc eu leucocytose avant toute suppuration. Mais la clinique ne confirme pas cette hypothèse. En règle générale, il n'y a pas de leucocytose chez les blessés, pas plus que chez les anémiques, que chez les chlorotiques, que chez les scrofuleux, qu'en cas d'hypertrophie de la rate et des ganglions. Dans toutes ces catégories de faits, on en rencontre, mais exceptionnellement. Non-seulement il n'y en a pas le plus souvent, mais il est jusqu'ici impossible de dire, d'après les symptômes si l'on doit, ou non, en rencontrer chez tel ou tel malade. La médecine vétérinaire est-elle plus avancée? M. Bouley pourra le dire.

M. RAYNAL. Dans les expériences de M. Colin, on regrette de voir négliger un point très-important de la question. On n'y trouve pas indiquée comment les animaux étaient alimentés. Or, les animaux mal nourris ont beaucoup plus de globules blancs dans le sang.

M. BOULEY répond à M. Verneuil que la question est encore à l'étude en médecine vétérinaire. C'est une voie où il faut entrer. Mais les expériences sont encore très-peu nombreuses, M. Bouley, pour sa part, n'en a fait que trois, avec le concours de M. Malassez.

Il répond à M. Blot, que la *glande de morve* est tout à fait caractéristique, pour quiconque sait la reconnaître, ayant une habitude suffisante du toucher. En effet, il y a glande et glande, comme il y a fagot et fagot ; il ne suffit pas que les ganglions se développent dans la région sous-glossienne pour que l'animal soit morveux ; la glande de morve donne au toucher un contact spécial. Elle forme une tumeur allongée, aplatie, dure, comme cartilagineuse, très-adhérente à l'os adjacent. Quand on l'a une fois sentie, on ne doit plus conserver de doutes. Aussi, un jour, comme juges d'un concours pour une place de professeur de clinique vétérinaire, MM. Bouley et Reynal ont-ils pu, en se guidant d'après ce signe, contrairement à l'opinion des concurrents, déclarer l'animal morveux et le faire abattre comme tel. L'autopsie leur a donné pleinement raison.

M. BLOT doute encore, car on peut se tromper sur un signe aussi délicat. N'est-il pas arrivé à M. Bouley de se tromper quand il a cru produire le cowpox en inoculant de la salive.

M. RICORD. Le toucher est souvent un moyen très-sûr de diagnostic, il permet à merveille de reconnaître la nature syphilitique d'un chancre ou d'un engorgement ganglionnaire.

M. BOULEY répond à M. Blot que, s'il s'est trompé sur la question de la production du cowpox, M. Blot lui-même et M. Depaul se sont trompés bien plus grossièrement sur la même question en croyant le cowpox produit par l'inoculation des *eaux aux jambes du cheval*.

Une discussion incidente s'engage sur ce sujet.

MM. BLOT et DEPAUL soutiennent que l'erreur en question doit être reportée à Jenner; qui attribuait l'origine du cowpox à l'inoculation du *grease*. Du temps de Jenner on confondait en Angleterre sous le nom de *grease* tout ce qu'on a confondu en France sous le nom d'*eaux aux jambes* : et cette confusion s'est perpétuée chez les vétérinaires jusqu'au jour ou une épidémie de véritable horse-pox survenue à Alfort dans le service de M. Bouley a permis aux médecins, comme aux vétérinaires, de voir clair dans cette question.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 15 janvier 1876, les chaires : 1° d'histoire de la médecine et de la chirurgie, 2° de pathologie médicale; sont déclarées vacantes près la faculté de médecine de Paris.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par décret en date du 11 janvier 1876, ont été nommés médecins aides-majors de première classe :

MM. Poulet, Chevassu, Schrapf, Chavasse, Antony, Leprieur, Cadot, Billot, Landriau, Demandre, Testevin, Baudot, Dubujadoux, Jeannel, Morer, Bachoz, Davezac, Capdevielle, Vautrin, Petit-Bregnat.

Marechal, Voizard, Boutié, Bruant, Villiès, Thiébault, Lauza, Farssac, Carivenc, Augey, Granier, Fourcade, Warion, Vauthier, de Jeauffrau-Blazac, Miffre, Michel, Buisson, Grandgury, Robert.

Choné, Amiard-Fortinière, Pein, Vercoutre, Collin, Franchet, Ador, Favier, Nolle, Radouan, Cicile, Huguenard, Villemessens, Testeau, Renaut, Maljean, Vernial, Potheau, Folie-Desjardins.

Demeuninck, Bayard, Philippi, Tardif, de Parades, Gross, Festy, Viguier, Bouillon, Charpentier, Sacreste, Durand, Gasmann, Renauld, Lobit, Aron, Descargues, de Villario et Bréau.

— MM. Jules Roux, inspecteur général du service de santé de la marine; Orabona, médecin-principal; Jacolot, médecin de 1re classe, et Chadefaux, médecin de 2e classe de la marine, viennent de prendre leur retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Jules Mazade (d'Auduze) qui vient de s'éteindre à l'age de soixante-dix-huit ans, après une vie de labeur et de dévouement. Notre regretté confrère a eu le bonheur de voir sa longue vie de praticien continuée avec honneur par son fils le docteur Henri Mazade.

— M. le docteur Landolt commencera son cours *d'ophthalmoscopie et des maladies du fond de l'œil* le samedi 22 janvier à une heure, 5, rue du Pont-de-Lodi, et le continuera les mercredis et samedis suivants.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 9. — SAMEDI 22 JANVIER 1876. | 49e ANNÉE. SAMEDI 22 JANVIER 1876. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

—

De l'hémianesthésie hystérique et de l'hémianesthésie cérébrale.

Il a déjà été question plusieurs fois, dans les colonnes de ce journal, soit à l'occasion même des travaux de M. Charcot, soit à l'occasion des travaux de ses élèves, de ce phénomène extrêmement intéressant par lui-même de l'hémianesthésie des hystériques, dont l'intérêt s'accroît par son rapprochement avec le même phénomène observé dans un certain nombre de cas d'apoplexie cérébrale. La discussion actuellement pendante devant la Société de biologie sur les localisations cérébrales ajoute encore à cet intérêt celui de l'actualité. Aussi M. Charcot, dans l'une de ses dernières conférences cliniques de la Salpêtrière a-t-il appelé de nouveau l'attention de ses auditeurs sur ce sujet. En faisant passer sous les yeux des assistants, des malades présentant toutes ce phénomène commun de l'hémianesthésie, mais avec cette différence capitale que chez les unes elle n'est qu'un symptôme hystérique, tandis que chez les autres elle est la conséquence d'une lésion cérébrale en foyer (hémorrhagie ou ramollissement), M. Charcot s'est proposé de démontrer que cette altération si remarquable de la sensibilité, bien que procédant de causes différentes est exactement la même dans les deux cas, comme on va le voir bientôt, et que de cette identité dans l'expression, on peut déduire l'identité de la localisation ou du siége où se produit le phénomène : ici simple trouble fonctionnel, là lésion matérielle plus ou moins persistante.

Nous n'avons pas à entrer pour le moment dans la démonstration des faits sur lesquels repose cette détermination anatomo-pathologique, qui fait le sujet de la discussion actuelle. Nous ne voulons que présenter seulement une esquisse rapide des faits dont M. Charcot nous a rendu témoin dans cette séance.

La première malade est une jeune fille de vingt et un à vingt-deux ans, entrée à la Salpêtrière au mois d'août 1872, en proie à des attaques d'hystérie depuis deux ans. Chez elle l'*aura* hystérique est dans l'ovaire gauche. Quand on lui dit d'indiquer d'une manière précise le point habituellement douloureux et d'où semblent partir tous les phénomènes prodromiques de l'accès, elle porte immédiatement le bout de son doigt sur la région ovarienne gauche. Depuis le début de son affection, elle est complétement hémianesthésique du côté gauche. Le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue de ce côté sont également affaiblis.

La deuxième malade présente exactement les mêmes phénomènes, mais avec cette différence que c'est l'ovaire droit qui est le point de départ de tous les symptômes de l'accès hystérique et que l'hémianesthésie est de ce même côté.

La troisième, depuis douze ans à la Salpêtrière, a également son *aura* hystérique dans l'ovaire droit ; mais chez elle il y a aussi, en même temps que l'hémianesthésie droite, un peu d'anesthésie à gauche, mais à un degré beaucoup moins prononcé; la sensibilité y est affaiblie, mais elle n'est pas abolie comme à droite. On remarque, en outre, chez cette malade, cette particularité, que lors des accès, les phénomènes suivant toujours la même ligne ascendante de l'ovaire vers la tête, semblent présenter comme des points de renforcement ou des nœuds dans ce trajet. Ainsi elle éprouve d'abord comme une sensation de bêtes qui s'agiteraient dans son ovaire, puis c'est au milieu du ventre que cette même sensation se produit et semble s'arrêter un moment, puis la sensation reprend sa marche ascendante pour s'arrêter au cœur, de là au cou et enfin elle a sa quatrième station à la tête.

La quatrième malade, âgée de quinze ans, présente un type très-remarquable d'hémianesthésie. Il n'y a qu'un an seulement qu'elle est malade. Elle a le point douloureux ovarien à droite. Les phénomènes hémiplégiques ont lieu du côté droit ; ils sont complets et exactement limités à la ligne médiane. Tout le côté gauche présente sa sensibilité parfaitement normale.

Voilà quelques spécimens qui montrent avec quelle régularité et quelle constance s'exprime le rapport de l'anesthésie unilatérale avec l'hyperesthésie ovarienne du même côté.

Il était curieux de rapprocher de ces faits, qui appartiennent à une maladie sans matière, et dans lesquels la durée des troubles fonctionnels ne dépassera pas celle de la maladie elle-même, qui s'éteindra à un moment donné, les phénomènes semblables qui se produisent dans certaines maladies cérébrales en foyer.

C'est ce qu'a fait M. Charcot.

Après avoir fait passer sous les yeux de l'assistance la série de malades dont nous venons d'exposer très-sommairement l'histoire, il a montré une autre série de femmes, toutes anciennes apoplectiques, et qui présentent, comme les premières,

ce même phénomène de l'hémianesthésie avec l'obnubilation plus ou moins complète des sens.

La première des malades de cette deuxième série est une femme de cinquante-deux à cinquante-trois ans, qui, il y a dix ans, est tombée subitement, avec perte de connaissance, et ne s'est relevée qu'avec une paralysie de tout le côté droit du corps et aphasie. L'aphasie a disparu la première, au bout de quelque temps ; la paralysie elle-même a cessé au bout de neuf mois. Il ne reste plus aujourd'hui qu'une hémianesthésie qui date très-probablement de la même époque, bien qu'on ne l'ait pas constatée alors. Chez cette femme, il y a anesthésie complète du côté droit de la face, de la tête et du cou, du membre supérieur et du membre inférieur droits, et obnubilation des sens de l'ouïe, de l'odorat et du goût du même côté.

Depuis quelque temps, à cette hémianesthésie il s'est joint du tremblement ou de l'hémichorée dans les extrémités du côté anesthésié.

Enfin la vision est à peu près abolie dans l'œil droit, et l'ophthalmoscope a fait découvrir un commencement d'atrophie des nerfs optiques des deux côtés, mais plus prononcée à droite qu'à gauche.

La deuxième malade de cette catégorie a eu, comme la précédente, une hémiplégie droite avec aphasie. L'hémiplégie et l'aphasie se sont amendées, mais il reste de l'hémianesthésie avec un certain degré de contracture des muscles. Ici il n'y a point de chorée, comme chez la précédente malade, mais cette sorte de trémulation qui a été constatée chez les malades affectées de sclérose des faisceaux latéraux de la moelle, ce qui porte à penser qu'il y a, chez elle, en même temps qu'une lésion de la portion postérieure de la capsule interne, une sclérose descendante des faisceaux latéraux.

Une troisième malade est atteinte à la fois d'hémichorée et d'hémianesthésie du côté gauche avec des caractères semblables à ceux que présente la première malade. Chez celle-ci la maladie remonte à une origine très-éloignée, elle est la suite d'une paralysie infantile survenue à l'âge de cinq ans.

Arthrite blennorrhagique.

Un malade du service de la clinique à l'hôpital de la Pitié, atteint d'arthrite blennorrhagique, a fourni à M. le professeur Lasègue l'occasion de faire ressortir quelques-uns des caractères principaux qui, indépendamment des conditions dans lesquelles elle se manifeste d'habitude, distinguent ce genre d'arthrite de l'arthrite commune et obligent à en faire une espèce à part.

L'un de ces caractères est la localisation principale et presque exclusive de la maladie dans les synoviales des tendons.

Le malade dont il s'agit a offert, en effet, ce caractère d'une manière très-nette. A la suite d'une blennorrhagie de forme indolente, il éprouva d'abord dans un des orteils une douleur d'une médiocre intensité, qui se dissipa au bout de vingt-quatre heures. Quarante-huit heures après, le surlendemain, ce fut le genou gauche qui fut pris; cette fois, la douleur fut beaucoup plus vive et persistante. Mais ce n'était pas l'articulation proprement dite qui était malade. En imprimant des mouvements à la jointure, on ne déterminait que peu ou point de douleur. La pression en masse de l'articulation était douloureuse, mais si, au lieu d'exercer une pression générale on promenait successivement le doigt sur les divers points de sa circonférence, on reconnaissait bien vite que ce n'était pas dans toute la périphérie que résidait la douleur, mais dans quelques points, et ces points étaient sur le trajet des gaînes tendineuses, qui s'accusaient en même temps à l'œil comme étant plus spécialement aussi le siége de la tuméfaction. Un examen attentif montrait, en un mot, que l'on avait affaire à une véritable synovite tendineuse, à laquelle les circonstances de son développement devaient faire donner ici le qualificatif de blennorrhagique parfaitement justifié dans l'espèce. Mais en est-il toujours ainsi, et bien que, dans un grand nombre de cas, la blennorrhagie soit bien en réalité l'une des conditions principales de la manifestation de ce genre d'arthrite, est-il juste de lui maintenir d'une manière générale cette dénomination qualificative, alors qu'assez souvent la blennorrhagie n'y est absolument pour rien? Ce serait, à n'envisager que ce point de vue seul, l'objet d'une longue étude. Mais avant même de l'aborder, nous aurions à exposer les notions cliniques le plus récemment acquises sur la synovite tendineuse blennorrhagique. C'est ce que nous ferons dans la prochaine Revue.

Rupture du tendon d'Achille en un point insolite.

Le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, présente en ce moment plusieurs cas intéressants ou insolites, entre autres, un cas de rupture du tendon d'Achille dans des conditions et dans un point où il n'est pas commun de la voir se produire, c'est-à-dire à 2 ou 3 pouces au-dessus du point où elles ont lieu ordinairement, tout près de la partie charnue des muscles jumeaux et soléaire. Il s'agit d'un homme assez robuste d'ailleurs, ancien militaire, qui a déjà éprouvé plusieurs accidents dans ce même membre, notamment une luxation de l'articulation coxo-fémorale, pendant la campagne d'Italie. Voici comment a eu lieu le dernier accident. Il y avait environ une huitaine de jours, à l'époque où le malade est entré à l'Hôtel-Dieu, qu'en faisant un effort brusque pour se détourner d'une voiture qui se dirigeait rapidement vers lui, il sentit une douleur vive dans la jambe, telle qu'eut pu la produire un violent coup de canne. Il se retourna aussitôt pour voir d'où venait cette apparence d'aggression, mais il ne vit personne derrière lui. Il entra alors dans une maison pour se rendre compte de l'état de sa jambe ; il ne vit rien d'apparent à l'extérieur, mais il éprouva à dater de ce moment une certaine difficulté, pas une impossibilité toutefois, de marcher. Il alla chez un médecin qui, ayant reconnu une lésion traumatique, l'adressa à M. Richet.

Voici ce que ce chirurgien reconnut et ce que nous avons constaté depuis nous-même. Un peu au-dessous de la partie moyenne de la jambe, presque immédiatement au-dessous de la saillie du mollet, on voit un bourrelet transversal assez considérable faisant une saillie d'au moins un bon centimètre. A un bon travers de doigt au dessous, on aperçoit une deuxième saillie beaucoup moins sensible à la vue, mais appréciable au toucher. Entre ces deux saillies est une large dépression dans laquelle on fait presque pénétrer le doigt en travers. Ces deux rebords saillants sont manifestement constitués par les deux bords écartés du tendon divisé, et qui sont devenus, depuis l'accident, le siége d'un épanchement de substance plastique, en partie déjà solidifiée, et formant une sorte de magma sur les deux surfaces de section.

Toutefois, malgré l'écartement assez considérable des deux segments, il est aisé de s'assurer que la rupture n'est pas tout à fait complète. En effet, si pendant qu'on tient entre ses mains la jambe du malade, on lui dit de faire effort pour élever son talon, on sent non-seulement les muscles se contracter, mais on voit aussi les deux rebords saillants des segments se rapprocher sensiblement l'un de l'autre. Il y a donc quelques fibres musculaires et tendineuses conservées intactes et qui

permettent aux deux bouts de se rapprocher. C'est ce qui explique comment le blessé a pu marcher encore un peut depuis son accident.

Laisser continuer la marche dans ces conditions eût été une imprudence manifeste, d'autant que la marche devenait de plus en plus douloureuse. Le moindre inconvénient qui en serait résulté, s'il n'était survenu ultérieurement un travail inflammatoire, suppuratif plus ou moins grave, eût été l'absence de réunion et la cicatrisation isolée des deux bouts tendineux. M. Richet a fait appliquer un appareil inamovible stuqué en maintenant le pied dans la plus grande extension possible. Nous rendrons compte plus tard du résultat de ce traitement.

Paralysie sensitive et motrice du nerf cubital par compression temporaire. — Électrisation par les courants induits. — Guérison.

M. le docteur Manouvriez fils (de Valenciennes), nous transmet la relation du fait suivant, dont il a fait le sujet d'une communication à la Société de médecine du Nord, et qui nous a paru intéressant comme exemple de paralysie par compression temporaire du nerf cubital.

Un homme de vingt-sept ans va le consulter pour une paralysie de la main droite. Un jour à son réveil, en s'étirant, il éprouva de la raideur dans la main et dans l'avant-bras, qui restèrent pendant plus d'une heure tout à fait engourdis et insensibles. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras et de la main sur l'avant-bras étaient difficiles, ceux des doigts absolument impossibles. A cet état succédèrent des fourmillements, qui persistèrent presque toute la journée. Le mouvement et la sensibilité avaient reparu en partie à l'avant-bras et à la moitié externe de la main.

Lorsque M. Manouvriez vit pour la première fois cet homme, les doigts de la main droite ne pouvaient plus se fléchir ni s'étendre qu'incomplétement. Dans la flexion, le pouce et l'index n'arrivaient qu'avec peine à toucher la paume de la main; le médius n'y arrivait point. L'annulaire et le petit doigt restaient très-distants. Dans l'extension, le redressement des deux dernières phalanges s'effectuait incomplétement.

L'éminence hypothénar était déformée, aplatie.

Il y avait diminution de la sensibilité tactile, marquée surtout à la moitié interne de la face dorsale de la main et au tiers interne de la face palmaire. Diminution de la sensibilité à la piqûre. Affaiblissement de la sensibilité à la température et perte de la sensibilité au chatouillement.

M. Manouvriez a eu l'occasion de faire, dans cette circonstance, l'application de l'aesthésiomètre à pointes isolantes de son invention, qui a été présenté l'année dernière par M. Gosselin à l'Académie de médecine. Il a pu, à l'aide de cet instrument explorateur, déterminer d'une manière précise le degré et l'étendue de l'insensibilité dans les diverses régions de la main et des doigts.

En interrogeant le malade sur les circonstances qui avaient pu produire cette paralysie, on n'a pu avoir d'autre renseignement que celui-ci : le malade était resté une partie de la nuit couché sur le dos, le bras droit relevé sous la tête, la main soutenant l'occiput.

M. Manouvriez prescrivit à ce malade des frictions avec le liniment ammoniacal camphré, les mouvements forcés et le massage.

Le lendemain, il y avait une légère amélioration. Électrisation par des courants induits. La sensibilité électrique était moindre à l'avant-bras droit qu'au gauche. A la main droite, elle était faible dans la moitié externe du dos et dans les deux tiers externes de la paume, beaucoup plus faible encore à la moitié interne du dos et complétement perdue au bord interne de la main et à l'auriculaire. La contractilité électrique était conservée aux muscles de l'avant-bras et de l'éminence thénar, mais abolie à l'éminence hypothénar.

Le troisième jour, la flexion s'effectuait mieux; la sensibilité et la contractilité électriques avaient un peu reparu à l'éminence hypothénar.

Le quatrième jour, bains sulfureux. Amélioration sensible. Contractions énergiques sous l'influence de l'électricité.

Le sixième jour, les mouvements s'exécutent à peu près normalement. A dater de ce jour, le malade pouvait être considéré comme guéri. Vingt et quelques jours après, il avait repris son ouvrage.

Dr Brochin.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA FORMATION DE LA MATIÈRE SUCRÉE DANS LES ANIMAUX

par M. Claude Bernard (de l'Institut.)

Après avoir insisté, dans mes précédentes communications, sur l'importance de certains préceptes de la méthode expérimentale, j'ai appelé l'attention de l'Académie sur l'utilité et même sur la nécessité d'introduire en physiologie une critique scientifique rigoureuse. Je me propose aujourd'hui de commencer l'examen critique expérimental que j'ai annoncé dans ma note du 20 décembre dernier, relativement à la formation de la matière sucrée dans les animaux et les végétaux.

La nutrition des êtres vivants est si complexe et encore si peu connue qu'il n'est pas étonnant qu'autour de ces phénomènes se soient accumulées des notions fausses, des expériences imparfaites ou incomplètes avec des apparences contradictoires, qui jettent dans le plus grand embarras ceux qui veulent en tirer une conclusion précise. Ces obscurités et ces incertitudes ne pourront être dissipées que par une critique méthodique, qui ramènera chaque résultat à sa valeur réelle et chaque expérience à son déterminisme vrai. Nous ne chercherons pas ici, comme le font parfois certains auteurs, à concilier dans une opinion mixte toutes les idées et tous les faits successifs; nous essayerons, au contraire, de les réduire de façon à faire disparaître les résultats partiels dans des résultats de plus en plus généraux. Telle est, selon moi, l'œuvre de la critique, qui seule pourra désormais permettre à la science physiologique de se simplifier en s'étendant.

J'examinerai, en premier lieu, les expériences relatives à la production de la nature sucrée chez les animaux. Cette question m'a dès longtemps préoccupé, et elle a éveillé, de tous côtés, les investigations des physiologistes depuis plus d'un quart de siècle. Toutefois le sujet est loin d'être épuisé; son étude se poursuit toujours et se montre inépuisable comme toutes les études de la nature vivante. Mais, il faut bien le dire, les expériences incomplètes et dépourvues de critique sont venues souvent, par leur multiplicité même, entraver le champ de l'expérimentation au lieu de l'aplanir. On voit à tout instant surgir des objections sans fondement sur des points résolus, et quelques doutes que m'a communiqués lundi dernier, dans la conversation, notre illustre et aimé confrère, E. Boussingault, m'ont démontré que les faits fondamentaux sur lesquels repose la démonstration de la glycogénèse animale sont loin d'être suffi mment connus. C'est pourquoi il m'a semblé utile, dans cette état de choses, de reprendre la portion de la glycogénèse animale à son origine même, de retracer en quelques mots son développement, de préciser et d'affermir par la critique les connaissances déjà acquises, afin que, en servant de base première à une théorie générale de la formation de la nature sucrée dans les deux règnes, elles puissent éclairer et diriger plus sûrement les recherches nouve

C'est donc dans le but de mieux définir les points sur lesquels devra porter ultérieurement notre critique expérimentale, que je demande à l'Académie la permission de lui présenter d'abord un rapide aperçu du sujet considéré dans son ensemble, en rappelant ceux de nos travaux qui s'y rattachent et en signalant successivement les diverses questions à traiter, d'après l'ordre suivant lequel elles ont fait leur apparition dans le domaine de la science.

I

Le sang de l'homme et des animaux est invariablement sucré. J'ai montré que cette glycémie constante dépend d'une fonction normale du foie. En effet, le tissu du foie est toujours imprégné de matière sucrée, quelle que soit la nature de l'alimentation. Ce fait est facile à constater; cependant il est resté longtemps inconnu. Il y a vingt-sept ans que l'exploration vint me le révéler, et les premiers résultats de cette découverte furent annoncés dans mes cours de l'année 1848 (1). Je répétai alors mes expériences devant des physiologistes et avec des chimistes (2), et bientôt après je fis connaître successivement, soit à l'Académie, soit dans divers recueils ou publications (3), l'ensemble de mes recherches, tendant à prouver que, chez les animaux, quelle que soit la classe à laquelle ils appartiennent, le foie est un organe fondateur de la matière sucrée qu'on avait cru jusqu'alors être l'apanage exclusif du règne végétal.

Mes expériences et mes idées trouvèrent des partisans, mais aussi des oppositions de la part des théories reçues. La plupart de ces travaux contradictoires ayant été apportés à cette académie, ils furent examinés par une commission qui reconnut, par l'organe de son rapporteur M. Dumas (4), l'exactitude de ce fait, que, chez un chien nourri de la viande et sacrifié en état de digestion, on trouve le sang des intestins, qui entre dans le foie par la veine porte, à peu près dépourvu de matière sucrée, tandis que le sang qui reflue de l'organe ou qui s'échappe par les veines sus-hépatiques en est toujours fortement chargé.

Il était évident, par cette expérience, que du sucre prenait naissance dans le foie, et que sa formation y était indépendante des aliments sucrés ou féculents; car, chez des chiens nourris pendant des semaines, des mois, et même une année exclusivement avec de la viande, on trouvait toujours les mêmes résultats.

Vers la même époque je montrai, par d'autres expériences, que cette production physiologique du sucre dans le foie est soumise à l'influence du système nerveux, et qu'en blessant un point particulier du quatrième ventricule, non loin de l'origine des nerfs vagues, la matière sucrée se déverse surabondamment dans le sang au point de rendre l'animal rapidement diabétique (5). C'est l'ensemble de ces faits qui me porta à admettre dans l'organe hépatique une nouvelle fonction restée jusqu'alors ignorée, et à laquelle je donnai le nom de « fonction glycogénique » ou glycogénésique du foie. »

Mes observations m'avaient appris que cette fonction ne se développe qu'à un certain moment de la vie intra-utérine; mais j'avais fait remarquer qu'alors la matière sucrée ne fait pas pour cela défaut dans l'organisme en voie d'évolution. Je constatai du sucre dans les liquides allantoïdiens, amniotiques, et dans l'urine, montrant que le diabète est, en quelque sorte, l'état normal chez le fœtus (6). Je signalai, en outre, particulièrement dans les muscles et dans les poumons, une substance pouvant donner naissance au sucre par une sorte de fermentation spéciale. J'ajoutai enfin quelques expériences relatives à l'influence de la matière sucrée sur le développement des cellules organiques. La glycogénèse me parut être dès lors, chez les animaux comme chez les végétaux, un phénomène physiologique général, accompagnant partout les manifestations de la vie (1).

Tels sont les résultats principaux que je fis connaître à cette époque, et qui constituent ce que j'appellerai la première période de la glycogénie animale, s'étendant de 1848 à 1855. Les physiologistes de tous les pays répétèrent mes expériences. L'Académie de Suède, en 1857, mit au concours la question de la glycogénie. M. Schiff, alors à Berne, et aujourd'hui professeur à Florence, répondit à cet appel par un volume, publié en 1859, sous ce titre : « Recherches sur la formation du sucre dans le foie, et sur l'influence du système nerveux sur la production du diabète » (2). (*A suivre.*)

(1) Dans un pli cacheté déposé à l'Académie dans la séance du 28 août 1848, je consignai a... s la plupart des faits que j'ai publiés plus tard.

(2) Voir ma communication avec M. Barreswille. (C. R., t. XXVII, p. 514.)

(3) *Arch. gén. de méd.*, oct. 1848. — *Mém. de la Soc. de biologie*, 1849. — *Nouvelle fonction du foie considéré comme organe producteur de la matière sucrée*, 1853. — *Leçons de physiologie appliquée à la médecine*, 1855. (C. R., t. XXXIV, p. 416, etc.)

(4) Voir C. R., t. XL, p. 1281.

(5) C. R., t. XXXVIII, p. 393.

(6) C. R., t. XXXI, p. 657.

(1) Voir *Leçons de physiologie appliquée à la médecine*, 1855.

(2) Untersuchung über die Zuckerbildung in der Leber und den Einflus der Nervensystems auf Erzeugung der Diabetes, von J.-M. Schiff, Wurtburg, 1859.

REVUE DE LA PRESSE

Abcès périnéal et fistule à l'anus occasionnés par une fistule biliaire. (M. Lichtenstein). — F..., employé, s'était fait il y a dix ans, une petite plaie sur le périnée (dans une chute), et depuis lors, il n'éprouva aucune douleur dans le rectum ou l'urèthre. Il n'a jamais eu de coliques jusqu'au mois de mars dernier. A cette époque, il consulta l'auteur pour une grande difficulté d'aller à la garde-robe et des douleurs dans le périnée.

On constate à trois quarts de pouce environ de l'anus, à droite du raphé, une tumeur de la grosseur d'une châtaigne, développée dans l'un des angles de la cicatrice laissée là par la plaie. Après l'ouverture, la sonde cannelée rencontre, à une profondeur d'un demi-pouce, un corps dur et résistant, sur la nature duquel on ne pouvait rien dire, si ce n'est que ce n'était ni une aponévrose ni une expansion du tissu cicatriciel.

Une seconde exploration fit découvrir une certaine quantité de pus brunâtre, qui n'avait ni l'aspect ni l'odeur fécaloïdes. On ne pouvait douter qu'il n'y eut au fond de l'abcès un corps étranger. L'auteur débrida, sur une sonde cannelée, la paroi de l'abcès, et amena le corps au dehors. C'était un calcul de la grosseur d'une fève, lisse et d'un brun sombre. On en retira ensuite d'autres de la même manière. L'un d'eux avait la forme d'un delta (Δ). Le malade croyait que c'était des graviers, qui avaient été pris là avec la charpie qui avait servi à panser la plaie antérieure. Mais l'auteur en ayant coupé un longitudinalement, trouva un noyau d'un blanc brillant et formé de cholestérine; c'étaient donc des calculs biliaires. Par une exploration attentive, on trouva que le foyer de l'abcès s'ouvrait dans le rectum au-dessus du bord du sphincter externe. La fistule se ferma sans difficulté. — (*Wiener medizinisch Presse*, nov. 1875, nº 45.)

Un cas de simulation, reconnue, de paralysie de l'extrémité inférieure droite. (M. Chvostek.) — E. L..., du 5e bataillon de chasseurs (armée autrichienne), avait dû garder plusieurs mois le repos l'année précédente pour une plaie de la jambe droite.

Depuis lors, il avait retrouvé l'usage de ce membre. Au mois d'avril dernier, en pivotant sur le pied de ce côté, il se serait lésé quelque chose, et depuis lors, le membre aurait été paralysé et inutile. Il fut alors envoyé de l'hôpital militaire de Brünn aux Bains, puis à l'hôpital de la garnison de Vienne, et il entra dans le service de l'auteur au mois d'octobre dernier. Il assure que les mouvements spontanés de l'extrémité inférieure droite sont impossibles, mais en revanche, il supporte sans trop de peine les mouvements provoqués.

La sensibilité paraît amoindrie. Un chatouillement, un fort pincement, et même la piqûre avec la pointe d'une aiguille, ne sont pas accusés jusqu'à deux pouces au-dessous de l'arcade crurale. La contractilité électrique est intacte. Cette dernière circonstance, ainsi que l'absence de troubles dans la nutrition et la calorification du membre, donnèrent des soupçons à l'auteur. En outre, le patient, qui dit ne pouvoir ni fléchir ni étendre cette jambe, marche avec sans trop de peine.

De plus, il peut se tenir sur les pieds, même les yeux fermés, et pourtant, avec une anesthésie et une analgésie aussi complètes, il devrait tomber, parce qu'il aurait perdu la notion de la place qu'il occupe.

Dans la marche, l'extrémité soi-disant malade est mise en mouvement tout d'une pièce; mais le pied ne pend pas et ne décrit pas de courbe, comme cela arrive dans les membres paralysés. D'ailleurs, la limite supérieure de l'analgésie qu'il accuse n'est pas toujours nettement perçue. Ainsi, quand il a ses yeux fermés, il sent parfois le chatouillement un peu au-dessous du point qu'il a fixé.

De tous ces faits, on pouvait conclure à la simulation. Une autre méthode de recherches est basée sur ce fait bien connu, que l'action est plus prompte que la réflexion et que, si, quand une personne a eu longtemps les yeux fermés et qu'on lui dit de lever alternativement la main droite ou la main gauche, et que les commandements se succèdent rapidement, de manière qu'elle n'ait pas le temps de réfléchir, elle lève souvent l'une pour l'autre. On eut pu, dans ces cas, mettre la simulation en évidence de cette manière.

Cas de thrombose et d'embolie de l'aorte abdominale. (Chvostek.) — J. T..., du 41e régiment d'infanterie de ligne, entré à l'hôpital le 6 août. Après avoir fait son service toute la journée, il a été saisi, à dix heures du soir, d'une vive douleur dans le membre inférieur droit, et une heure plus tard, dans le membre inférieur gauche et l'abdomen (fomentation froide sur les points douloureux). Les douleurs abdominales disparurent bientôt, mais celles des extrémités persistèrent et s'accompagnèrent de diminution de la motilité, et de refroidissement, d'œdème des pieds et de la jambe.

7 août. — A l'entrée du malade, on ne peut rien apercevoir d'anormal du côté du cerveau, des poumons, du cœur et des organes abdominaux. Les deux jambes sont œdématiées, leur température est élevée; il est vrai qu'on a fait des fomentations avec des spiritueux. Large ecchymose de toute l'extrémité inférieure de la jambe droite; au niveau de l'articulation, plusieurs vésicules remplies d'une sérosité un peu sombre. Mouvements actifs des articulations du tarse et des orteils très-peu étendus; pouls plus petit que d'habitude dans les fémorales, souffle systolique appréciable. A l'endroit correspondant aux vésicules, gangrène superficielle avec détachement des eschares.

Le malade maigrit, s'affaiblit et le ventre s'affaisse. On peut reconnaître par la palpation que, depuis l'épigastre jusqu'à l'ombilic, la paroi abdominale est dilatée. Au-dessous, ces battements sont plus faibles que dans les fémorales elles-mêmes.

Une nouvelle recherche est faite le 7 octobre au voisinage de la colonne vertébrale, et montre que les deuxième et troisième vertèbres lombaires sont fortement saillantes en arrière, que leur apophyse épineuse est très-proéminente, sans douleur à la pression. Les apophyses transverses sont repoussées, de telle sorte que la dernière vertèbre présente cinq pouces de largeur, et forme en cette région une tumeur dure, arrondie latéralement, qui ne paraît point tenir au canal vertébral; les autres vertèbres lombaires ont subi un moindre déplacement. La peau qui se trouve au-dessus est fendillée; le malade peut supporter toutes les positions et même élever la jambe dans le décubitus dorsal sans douleurs lombaires. Les extrémités inférieures sont faibles, amaigries, et le malade ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles. Les pulsations artérielles présentent les mêmes caractères qu'au mois d'août.

L'arrivée rapide et la marche de cette affection permettaient de croire à une altération de l'aorte abdominale. Il n'y avait pas à penser à une obturation complète, puisque deux mois et demi après le début de la maladie, on n'avait pas vu s'établir une circulation collatérale, et même lorsque, au commencement, le pouls était presque insensible dans les crurales, on n'avait eu qu'une gangrène superficielle et très-limitée. On ne peut donc admettre qu'une oblitération partielle d'une partie de la lumière du vaisseau. Il est probable, d'après la marche des symptômes, qu'il s'agissait d'un embolus resté fixé en un point des parois de l'aorte. Si, en effet, il eut été dans les deux artères iliaques, l'oblitération eut été complète et la gangrène eut suivi. L'origine de cet embolus trouve son explication dans l'affection de la colonne vertébrale.

Il y a eu altération des parois et thrombose consécutive d'un segment de l'aorte abdominale. Plus tard, une partie du thrombus se sera détachée et aura produit les symptômes d'une embolie.

De l'affection vertébrale, l'auteur ne dit rien si ce n'est qu'elle avait toute l'apparence d'un néoplasme développé aux dépens d'une apophyse transverse, et que l'absence de compression du côté des nerfs lombaires et de fièvre ne permettaient pas de croire à une maladie inflammatoire. — (*Vissenchaft. ver der militäräzt der Vien. Garn.*, 23 oct. 1875; *Albg. militärazt. Zeitung*, 7 nov.)

Extraction d'un corps étranger de la trachée par en haut. (Moritz Schmidt.) — Un homme de vingt-sept ans aurait avalé, dix-neuf mois auparavant, un fragment d'os, et était sur le point d'être suffoqué; depuis lors, la respiration fut limitée sans qu'il y eut pourtant de douleur ni de toux. Il se présenta à l'auteur, parce qu'elle devenait de plus en plus difficile. L'inspiration était stertoreuse.

A l'examen laryngoscopique, on aperçut un corps brunâtre implanté à la manière d'une flèche sur la limite de la trachée. Tout autour, la muqueuse était soulevée et granuleuse. On ne pouvait rien sentir au dehors. Dans deux tentatives, l'auteur saisit le corps avec une pince, mais ne put réussir à l'extraire.

A la suite d'une nouvelle tentative, le corps fut divisé en deux fragments, qui furent expulsés à la suite d'un effort de toux.

Il y eut peu d'hémorragie et la respiration redevint normale.

L'auteur rapporte un second cas, dans lequel il agit de la même façon. Il s'agissait d'un fragment de baleine pour nettoyer une canule à trachéotomie; ce fragment s'échappa et tomba dans la trachée. Il fut extirpé de la même manière. — (*Langenbeck's Arch. für Klin. Chir* 1875, XVIII, Bd. I. Hft.)

Usage inconsidéré des narcotiques. — Le *Philadelphia medical reporter* mentionne que quatre cas de mort sont arrivés à l'asile d'aliénés de Saint-Louis par suite des narcotiques. La potion qui l'a produite était ainsi composée :

Extrait liquide de ciguë	15 onces.
Eau	4 —
Bromure de potassium	4 —
Morphine	24 grains.
Atropine	1/8 de grain.

Les 4 onces de bromure de potassium, ajoutés à 2 onces de la mixture faisaient en réalité 23 onces.

En admettant qu'on en eut donné une cuillerée à bouche (1 drachme), et l'on en donne beaucoup plus, on aurait donné en réalité 43 minimes de ciguë, pour ne rien dire des autres éléments.

L'expérience, si chèrement acquise dans cette maison, nous montre donc que la dose de 43 minimes d'extrait liquide de ciguë de Squilb est toxique, sauf aux malades accoutumés à son usage. — (*British medical journal*, 30 oct. 1875.)

Sarcome congénital du rein contenant des fibres musculaires striées (Cohnheim). — Chez une petite fille d'un an on vit apparaître une tumeur occupant la région lombaire gauche, elle refoulait le diaphragme en haut, les intestins à droite, comprimait la vessie, et produisit la mort au bout de trois mois. L'autopsie montra qu'elle s'y était développée d'arrière en avant aux dépens du parenchyme rénal. Un petit revêtement formé par cette substance restait à la surface de la tumeur. Le rein droit plus gros qu'à l'état normal était le siége d'une petite tumeur. A la coupe, ces productions avaient un aspect qui rappelait en même temps le sarcome myéloïde des os et le fibro-myôme utérin. L'examen microscopique montra qu'elles étaient en grandes parties formées de fibres musculaires à stries transversales. On trouvait dans certains points les cellules rondes typiques du sarcome, dans d'autres, un mélange des deux éléments. L'intérêt de ce cas consiste en ce que l'on a trouvé une grosse tumeur à fibres musculaires striées. La présence d'un néoplasme dans les deux reins fait croire à un vice de formation congénital. — (Virchow, *Archiv.* Bd. LXV. p. 64.)

Ulcère rongeant de la paupière inférieure. Extirpation de l'œil. Guérison. — John B., trente-huit ans, entré le 1er septembre 1874, à l'hôpital des marins de Greenwich, dans le service de M. Johmson Smith. Ce malade n'a pas d'antécédents cancéreux héréditaires; il n'a jamais eu la syphilis, habitudes alcooliques. Sa santé a toujours été bonne et même, depuis deux ans, son embonpoint a augmenté. Au mois d'août 1872, il s'aperçut qu'il avait près de l'angle interne de l'œil et sur la paupière inférieure, une petite excroissance charnue rouge qui s'étendit, s'ulcéra et se recouvrit d'une croûte. Au bout de quatorze mois l'ulcération avait gagné toute la paupière et la partie supérieure de la face. Cautérisation au nitrate d'argent faite par un médecin de Liverpool. L'ulcération fut arrêtée pendant quelques temps sous l'influence de ce traitement, mais recommença bientôt à progresser.

A son entrée la moitié externe de la paupière inférieure était entièrement détruite. Écoulement peu considérable à la surface. Conjonctive oculaire rouge et congestionnée. Rien dans les ganglions. Pendant trois semaines on se contente de faire des lotions astringentes à la surface et de donner à l'intérieur une mixture composée d'iodure de potassium et d'arsenic.

Ce traitement n'ayant rien produit on enlève les tissus ulcérés et le globe de l'œil; l'hémorrhagie fut insignifiante; on l'arrêta avec des irrigations d'eau chaude. Au bout de quinze jours la cicatrisation est presque complète, mais on voit apparaître vers l'angle interne de l'œil des granulations suspectes. Cautérisation au chlorure de zinc. En janvier 1875, le malade quitte l'hôpital. Au mois de juin, récidive sur la joue et le plancher de l'orbite. Rien dans les ganglions. Guérison par la cautérisation avec la pâte au chlorure de zinc. — (*Med. Times and Gaz.*, 25 octobre 1875.)

Des injections sous-cutanées de chloroforme dans la névralgie faciale. — Le docteur G. Wood, dit avoir guéri par ce moyen des névralgies faciales rebelles à tous les autres traitements. Il en rapporte une observation dans laquelle le malade souffrait depuis 1854; en 1872 on avait trépané le maxillaire supérieur et fait la section du nerf sous-orbitaire. La névralgie reparut au bout de quelques mois. En 1874, le docteur G. Wood injecta sous la muqueuse gingivale plusieurs minimes de chloroforme. Soulagement complet pendant une heure et paralysie faciale partielle. Traitement répété pendant tout le mois de septembre avec élixir de guarana à l'intérieur. La névralgie reparut à plusieurs reprises, mais le même traitement fut mis en usage à chaque fois et la guérison finit par devenir complète. L'auteur mentionne un autre cas de succès dû au docteur Rose. — (*Canada medical and surgical journal*, juillet 1875.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 19 janvier 1866. — Présidence de M. Le Fort.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE FORT, *président sortant*, rend compte des résultats du nouveau mode de publication des *Bulletins* et *Mémoires* de la Société. Il serait à désirer, suivant lui, que les bienfaiteurs futurs de la Société laissassent à celle-ci la liberté d'user de leur largesse dans l'intérêt de besoins dont elle est le meilleur juge.

M. le président rend hommage à la mémoire de Demarquay et rappelle qu'il a légué 10,000 francs à la Société, pour la fondation d'un prix. Tout récemment encore, la mort de Giraldès est venue la priver d'un de ses membres les plus laborieux. M. le président termine en remerciant ses collègues du concours bienveillant qu'ils lui ont prêté pendant le cours de sa présidence.

RAPPORT

M. M. SÉE, secrétaire annuel, présente le résumé des travaux de la Société pendant l'année 1875.

ÉLOGE.

M. GUYON, *secrétaire général*, prononce l'éloge de Nélaton.

PRIX

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL proclame les noms des lauréats pour l'année 1875.

Prix Duval. — M. ED. MARTIN, ancien interne des hôpitaux, pour sa thèse inaugurale intitulée : *Étude clinique sur quelques points des rétrécissements de l'urèthre.*

Prix Laborie. — M. Martinet, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur la question proposée par la Société : *Établir à l'aide d'observations la valeur thérapeutique de l'uréthrotomie interne.*

Prix Gerdy. — La commission n'a pu encore se prononcer sur le mérite relatif des mémoires envoyés au concours. Ce prix ne sera décerné que dans une des prochaines séances.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

VI

De vastes salles de dissection plus grandes que celles de notre École pratique sont réservées aux dissections et aux travaux pratiques des étudiants sous la surveillance immédiate du professeur et des assistants : les assistants, à cause de l'organisation spéciale de l'enseignement, n'ont point d'élèves particuliers comme en France, auxquels ils donnent leur temps et leurs conseils, et la surveillance se trouve ainsi effective et fructueuse. D'autres salles avec doubles rangées de tables, placées devant les fenêtres, et munies de vastes tiroirs sont disposées de façon à ce que les démonstrations d'histologie normale, leurs préparations, puissent se faire avec tout le confort désirable.

Les caves contiennent plusieurs vastes salles convenablement aménagées qui sont destinées à la conservation des pièces d'histologie en bocaux, à la conservation des pièces anatomiques (anatomie normale et des régions), qui doivent servir aux démonstrations des cours : enfin M. le professeur Jössel n'a point oublié d'attirer notre attention sur une vaste salle, dite salle de glace, où les cadavres seront déposés pendant le printemps et l'été, afin qu'ils puissent se conserver durant la saison chaude et que les dissections continuent toute l'année.

Le musée qui complète l'enseignement et l'amphithéâtre où cet enseignement se donne oralement, sont placés entre les laboratoires et les cabinets des professeurs et les salles de dissections des élèves.

Les pavillons destinés à l'enseignement de M. de Recklinghausen présentent à peu près la même disposition : même profusion de cabinets, de laboratoires pour les maîtres, les assistants, les élèves, les docteurs étrangers; même luxe de matériel pour la conservation, la préparation des pièces : le tout inondé d'eau et de soleil. De petits appartements sont ménagés dans les combles pour les garçons attachés au service de chacune des chaires, et il n'est point jusqu'aux animaux destinés aux expériences qui ne jouissent, en attendant une fin d'ailleurs aussi malheureuse qu'utile, d'une habitation tout à fait hygiénique.

Ce splendide monument, véritable palais élevé à la science et aux hommes qui la cultivent est libre de tout voisinage gênant et bruyant; sa situation près des fortifications fait qu'il n'incommode lui-même nulle habitation particulière et que l'air s'y peut renouveler très-facilement.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 janvier.

Mais ce n'est là que la première partie du plan que le gouvernement prussien s'est proposé en ce qui concerne l'organisation matérielle de sa nouvelle université.

Il a placé ses chaires de chimie, de pharmacologie et de physique dans le bâtiment terminé en 1866 et qui se trouve d'ailleurs tout près des laboratoires en construction de MM. Valdeyer et de Recklinghausen : mais pour donner aux travaux pratiques de ces trois chaires des locaux plus spacieux, il a joint la bibliothèque de l'École, dans les grandes salles du château, aux autres bibliothèques des Facultés de droit, de philosophie, etc., et à la bibliothèque de la ville que l'on a essayé de reconstituer par des dons nombreux. De nouveaux cabinets et laboratoires sont donc installés à la place de l'ancienne bibliothèque.

Quant à la vieille Faculté, où l'on enseigne encore l'anatomie et la physiologie, mauvaise construction datant de 1718, humide, obscure, malsaine, sentant à plein nez une odeur de cimetière, de tombes entr'ouvertes, elle ne sera plus longtemps encore destinée à l'enseignement. Installée lors de sa création dans ces locaux, dépendance de l'hôpital civil, la Faculté (du moins les autres chaires non encore pourvues de locaux dignes d'elles), les quittera pour aller habiter une autre construction, bâtie avec le même luxe et sur le même modèle, dans un vaste terrain proche de ceux-ci, et l'hôpital rentrera dans ses dépendances, assainies, restaurées, reconstruites peut-être. Je n'ai pu voir les plans de cette troisième construction, qui d'ailleurs ne sera commencée que dans quelques années. Un si long laps de temps ne sera du reste point attendu pour restaurer l'hôpital civil lui-même qui en a grand besoin, et suffira très-bien, en rentrant dans ses anciennes possessions, à l'enseignement clinique.

Si cet immense et magnifique outillage, si ces ressources énormes ne font pas naître le génie, avouons du moins, monsieur, qu'ils pourront faire naître de bons et solides travaux, et attirer en tout cas une jeunesse nombreuse. Disons, du reste, qu'il n'y a actuellement à l'université germanique de Strasbourg, que 650 élèves inscrits dont 180 étudiants en médecine : sur ces 650 étudiants de toutes facultés, il n'y a que 160 alsaciens. Mais les Prussiens ont foi dans l'avenir, et pour eux dans un avenir non éloigné, le chiffre des indigènes devra s'élever et s'élèvera effectivement au chiffre de 5 à 600, sans compter naturellement les étudiants badois, wurtembergeois, prussiens, etc., c'est du moins l'avis de M. le président supérieur de la délégation provinciale d'Alsace-Lorraine (1).

Tout ceci ne fait pas moins naître de graves pensées, et si nous disons que l'enseignement primaire et secondaire n'attire pas moins l'attention du gouvernement impérial, il faut reconnaître que nous avons sous les yeux un spectacle dont nul détail ne doit être négligé. L'Allemagne, nous le savons fort bien, n'a pas été simplement mue dans ces grands travaux par une pensée purement humanitaire, par l'unique amour de la science, nous ne fermerons pas volontairement les yeux à la vérité, et nous dirons que les écoles agrandies et multipliées, que cette université importante fondée en Alsace, doivent surtout servir à germaniser la conquête. Mais l'on n'en doit pas moins rappeler, sans faire taire en soi les sentiments trop naturels de regrets, que l'Allemagne est la seule puissance de l'Europe qui, avec la République Suisse, ait franchement suivi l'exemple de la République des États-Unis. C'est en Allemagne que les Écoles primaires sont les plus nombreuses ; c'est en Allemagne que les instituteurs sont le mieux payés; c'est en Allemagne que l'enseignement supérieur, représenté par les universités, est le mieux organisé, le plus riche de moyens; c'est en Allemagne que les professeurs des universités sont sinon le plus considérés, mais du moins le plus noblement rétribués : autrefois ils avaient tous rang de chevaliers, aujourd'hui on les ennoblit encore, et l'État sait justement leur faire des traitements dignes de leur mérite et de leur rang. Chacun sait que l'Allemagne tient à honneur de consacrer une partie considérable de ses budget à l'éducation et à l'instruction sous toute ses formes, populaire ou supérieure. Il est tel État allemand comme la Saxe et le Wurtemberg qui peuvent soutenir la comparaison avec la République des États-Unis, et bien qu'en Prusse (chose singulière), on signale encore plus d'une ombre dans le tableau de l'éducation populaire, il n'est pas étonnant qu'en prenant possession de l'Alsace-Lorraine, le gouvernement de l'Empire se soit de suite préoccupé de ce qui touche le haut et bas enseignement.

(*A suivre.*)

(1) Landesausschuss von Elsass-Lothringen. Dreizehnte Plenarsissung, am 15 juli.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 janvier 1876, le préciput des doyens des facultés de médecine, des sciences, et des directeurs des écoles supérieures de pharmacie instituées dans les départements est fixé à 1,000 francs, à partir du 1er janvier 1876.

Dans les facultés où le secrétaire agent-comptable recevait un traitement fixe et un traitement éventuel, ces deux émoluments sont confondus et réunis en un traitement unique, déterminé comme il suit, à dater du 1er janvier 1876 :

Paris. — Facultés de médecine et des sciences, 8,000 francs. — École supérieure de pharmacie, 6,000 francs.

— Par suite de la nomination de M. Rochard au grade d'inspecteur général du service de santé de la marine :

M. Jossic, directeur du service à Rochefort, passe en la même qualité au port de Brest, en remplacement de M. Rochard;

M. Barallier, nouvellement promu au grade de directeur du service de santé, passe en cette qualité au port de Rochefort, en remplacement de M. Jossic.

— M. Lucas est nommé médecin principal de la division navale de Chine et du Japon.

— Un concours pour les emplois de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le 7 février prochain à Brest et à Toulon.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Jaborandi du Dr Coutinho.

« 1° L'emploi du jaborandi est formellement indiqué dans le traitement des *bronchites aiguës* et *chroniques*, de la *bronchorrée*, de l'*emphysème* avec *bronchite, des accès d'asthme et de grippe*.

« 2° Il pourra servir à calmer les accès de suffocation et la dyspnée dans l'asthme et l'emphysème; à enrayer la grippe et les accès d'asthme à leur début.

« 3° Dans le cas de bronchorrée, il servira à tarir momentanément le flux muqueux et à faciliter l'expulsion des mucosités. Antagoniste de l'atropine, il remplira pourtant ici les mêmes effets que celle-ci.

« 4° Par analogie, les laryngites réclameront aussi l'emploi de la sudation : dans un cas d'enrouement subit, au début d'une laryngite observée, nous avons vu la voix revenir peu à peu pendant que s'accomplissaient les effets diaphorétiques du pilocarpus.

« C'est, en un mot, dans les *affections catarrhales aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire* que le jaborandi produit les meilleurs résultats. »

(Extrait de l'ouvrage couronné par l'Institut : *Le Jaborandi*, par M. Robin.)

Le jaborandi du Dr Coutinho se prescrit sous forme d'élixir et de sirop à la dose d'une cuillerée à bouche délayée dans un peu d'eau; chaque cuillerée représente 4 grammes de feuilles de jaborandi.

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée, et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Alimentation du premier âge.

la **Conserve DUTAUT**, breveté s. g. d. g. compte vingt années de succès.

Expérimentée en 1860, à l'hospice des Enfants de Bordeaux, et en 1874 dans les crèches de Paris et de Lyon, elle a constamment donné les résultats les plus satisfaisants. — C'est le meilleur auxiliaire de l'allaitement MATERNEL insuffisant. Son usage est précieux à l'époque du sevrage.

Bordeaux, pharmacie DUTAUT, rue Esprit-des-Lois, 18, et dans les principales pharmacies. Ne pas confondre avec les nombreuses imitations.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL, rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

Viande crue et alcool.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies *consomptives, phthisie, diabète, cachexie palustre.*

Par la réunion de *l'alcool et de la viande* crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans *les convalescences, l'anémie, l'épuisement*. Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices. — 3 fr. 50, à la pharm., 82, rue Rambuteau. — Gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Bagnols Saint-Émilien

Vin tannique des hôpitaux de Paris.

(1er choix) conservé par le procédé Pasteur.

La Blle, grand format (80 à 90 centilitres), 3 fr. — 6 Blles, id. 17 fr. — 12 Blles, 32 fr. — 25 litres en bonbonne d'origine, 50 fr. — Envoi *franco* de tous droits, dernière gare française. —

Kina Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Supérieur au Kina au Bordeaux, Malaga, etc. — La Blle, 3 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 17 fr.

Coca Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Tonique le plus agréable et le plus efficace. — La Blle, 4 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 22 fr. BOSREDON, ph., r. des Francs-Bourgeois, 41, Paris.

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin et sirop ferrugineux Aroud

au quina et à tous les principes nutritifs solubles de la Viande.

VIANDE, FER et QUINA, telle est la remarquable composition de ces ferrugineux qui méritent à tous égards la préférence des médecins. Ils opposent, en effet, à *l'appauvrissement du sang*, à *l'anémie*, à *la chlorose*, sous une forme attrayante à la vue et au palais, du fer assimilable uni à tous les éléments du globule du sang et à tous les principes constitutifs des os et des muscles : il peut donc les former et les régénérer, et cela sans causer ni nausées, ni constipation, ni trouble des fonctions digestives.

Ils corrigent, ils tempèrent les effets du Quina à l'usage prolongé par tous les bienfaits d'une alimentation généreuse. — Ils justifient ce qu'Hippocrate a proclamé il y a plus de deux mille ans et ce que la clinique a confirmé « que les principes nutritifs solubles de la viande sont l'aliment par excellence des malades et des convalescents. »

Ce sont donc des spécifiques précieux de toutes les maladies causées par l'appauvrissement ou l'altération du sang, parce que, par la VIANDE, le FER et le QUINA tout à la fois, ils nourrissent tonifient, régénèrent, reconstituent, coordonnent et régularisent tous les systèmes de l'économie. — Prix : CINQ francs.

Pharmacie AROUD, rue Lanterne, 4, LYON. — Envoi *franco* par 5 bouteilles (en France).

Dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris

Bains d'Eaux mères de

SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. — Un litre pour un bain. — Flacon, 1 fr. 50. — *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

DÉPÔTS : A Paris, Pharm. centrale de France, 7, rue de Jouy. — Province, les princip. pharmacies — A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

Huile de Foie de morue

de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière, son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Maladies de la peau.

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

La commune d'Allemand-du-Drot

(canton de Lauzun) demande un docteur en médecine. Riche et nombreuse clientèle assurée. — S'adresser à M. L. Causserouge, à Bordeaux.

Goudron Freyssinge.

Liqueur normale concentrée obtenue par la concentration seule de l'EAU DE GOUDRON.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'EAU DE GOUDRON VÉRITABLE, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complètement le produit.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Aménorrhée et dysménorrhée

L'**Apiol** des Drs **Joret** et **Homolle** est depuis longtemps reconnu comme le plus puissant te le plus sûr des emménagogues.

Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs de reins, sans qu'on ait à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse commençante. Le succès est surtout assuré quand l'aménorrée ou la dysménorrhée se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires.

Dose : une capsule matin et soir pendant six jours, au moment qui correspond à la tenue présumée des règles ou la précède immédiatement.

Dépôt général : ph. BRIANT, 150, r. de Rivoli, Paris

N° 10. — MARDI 25 JANVIER 1876 49e ANNÉE. MARDI 25 JANVIER 1876. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Pleurésie aiguë guérie par l'émétique. — Angine couenneuse guérie par les douches de coaltar. — Stomatite ulcéro-membraneuse. — Principe de sa contagion. — Moyens de traitement.

Il vient de sortir de la salle Sainte-Catherine une fille de treize ans, couchée au n° 6, et qui avait une pleurésie. Sa guérison a été rapide, grâce au traitement que j'ai employé et dont je dois vous dire quelques mots.

Entrée au huitième jour de la maladie, avec un peu de fièvre, une légère douleur de côté, de la toux sans expectoration et pas de gêne respiratoire, cette enfant nous offrit dès lors les signes physiques de la pleurésie. Elle avait en arrière de la poitrine, au-dessus du diaphragme, une matité qui s'élevait jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate et au sommet, la résonnance était bonne. En avant, sous la clavicule, son légèrement tympanique.

Par l'auscultation, il était facile de s'assurer que, là où il y avait de la matité, existait une disparition du bruit vésiculaire, un peu au-dessus de la respiration rude, bronchique, puis du souffle avec égophonie; enfin à l'angle inférieur de l'omoplate, un peu de faiblesse du murmure respiratoire. Partout ailleurs la respiration était normale, et il n'y avait aucune complication dans les autres viscères.

Je prescrivis 5 centigrammes d'émétique en une fois comme vomitif, et le même jour, l'émétique à la même dose fractionnée.

La médication fut continuée trois jours de suite, et au quatrième, l'auscultation permettait de constater un bruit respiratoire plus fort, la disparition du souffle et de l'égophonie, qui indiquaient le commencement d'une résorption de l'épanchement. A partir de ce moment, le liquide a continué de se résorber, et il a tout à fait disparu; pendant quelques jours il y a eu du frottement pleurétique, et aujourd'hui, la respiration se fait entendre avec ses caractères naturels. L'enfant est sortie avant-hier.

Il est sorti également une fille que vous avez vue au n° 3, et qui avait une angine couenneuse grave.

Chez elle, le fond du gosier était très-malade. Sur les amygdales existaient des fausses membranes blanches, épaisses, résistantes, ayant l'aspect d'une pellicule de parchemin blanc mouillé. Les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés, douloureux, mais il n'y avait pas de dysphagie. C'est, comme vous le savez, un phénomène assez habituel chez les enfants. Il n'y avait pas d'albuminurie.

La maladie avait cette forme locale dont je vous ai montré tant d'exemples. Elle ne s'est pas généralisée et n'a produit aucun phénomène d'infection générale ou d'empoisonnement. Les topiques et l'alimentation ont suffi pour la guérir. J'ai prescrit, toutes les heures, les douches pharyngiennes de coaltar saponiné de Lebeuf au 40e, des œufs crus, de la purée de viande et du vin. Ces moyens ont parfaitement réussi.

Il me reste à vous parler de deux cas de stomatite ulcéro-membraneuse entrés hier. Les deux enfants sont sœurs, et le mal a passé de l'une à l'autre. Elles sont malades : l'une depuis trois semaines et l'autre depuis quinze jours.

Chez la première, la stomatite semble être un accident de dentition et résulter, comme cela se voit souvent, de dents cariées et d'accumulation de tartre qui ont enflammé les gencives.

Chez la seconde, au contraire, il n'y a aucune dent de malade, et la stomatite me paraît résulter de la contagion, fait dont je reparlerai dans un instant.

Quoiqu'il en soit, la stomatite occupe le côté droit de la bouche chez l'une, et le côté gauche chez l'autre. Elle a pour siége les gencives inférieures, le bord de la langue et la face interne de la joue.

Le bord des gencives est gonflé, rouge, à peine ulcéré, un peu sanguinolent, baigné par une salive fétide. La langue est gonflée, douloureuse, offre latéralement sur son bord l'empreinte des dents, et est blanchâtre d'exsudation épithéliale. A la face interne de la joue, se voit un gonflement plus marqué chez l'une des malades que chez l'autre. Il offre l'empreinte des dents, et au centre est le siége d'une ulcération fongueuse, grisâtre, saignante et douloureuse. A ce gonflement, correspond une légère tuméfaction de la joue, visible à l'extérieur. Nulle part, il n'y a de noyau de gangrène ou de dents ébranlées, ni de dénudation osseuse maxillaire amenant la nécrose ou la formation de séquestres semblables à ceux que je vais vous montrer.

Avec ces lésions, la fièvre est à peu près nulle; les digestions sont bonnes, et pourvu que les aliments soient demi-liquides, les deux enfants peuvent les prendre.

Ces deux cas de stomatite ulcéro-membraneuse n'ont rien de grave. Ils guériront bien et ne m'inspirent pas les craintes qu'on avait jadis en présence des faits de ce genre.

Il y a trente ans, l'école de Bretonneau avait, je ne sais pourquoi, classé la stomatite ulcéro-membraneuse dans la diphthérite. C'est une erreur. Jamais ces stomatites ne sont suivies d'empoisonnement diphthéritique, ni de croup, et depuis qu'on a trouvé le spécifique qui les fait disparaître en quelques jours, on ne voit même plus se produire les gangrènes de la bouche et les nécroses maxillaires que l'on redoutait tant autrefois.

Le seul danger de la stomatite ulcéro-membraneuse négligée ou mal traitée, c'est la chute des dents, la gangrène de la bouche et de la face, enfin la nécrose de quelques fragments d'os maxillaire.

Voici des pièces relatives à cette nécrose. En voilà douze exemples. Dans quelques cas, avec le morceau d'os, il y a deux, trois ou quatre dents. Dans ce cas, vous verrez toute la branche horizontale du maxillaire inférieur, et dans cet autre, c'est le maxillaire supérieur presque entier. Lorsque la stomatite produit cet effet, l'os dénudé et nécrosé devient peu à peu mobile, et au bout d'un temps variable, il se détache avec facilité.

Toutes les complications de la stomatite, jadis si fréquentes, sont très-rares aujourd'hui, parce que nous sommes en possession d'un traitement très-efficace que nous n'avions pas autrefois.

Ce qu'il y a surtout de curieux et d'intéressant dans ces deux faits, sous le rapport de l'étiologie et de la pathologie générale, c'est la *contagion*.

Il est évident que l'une de ces enfants a contracté la maladie de sa sœur. C'est un fait rare d'ailleurs, bien connu des médecins de l'enfance. Il a été signalé par Taupin, et j'en ai cité plusieurs cas dans mon *Traité des maladies des enfants*, à l'article *Stomatite*.

Mais, une fois le fait admis, si l'on veut réfléchir un peu pour se rendre compte de sa production, on se trouve en présence d'une inconnue qu'il est difficile de dégager. En général, on n'admet de maladies franchement contagieuses que les maladies virulentes, parasitaires, miasmatiques, zymotiques et purulentes. Quant aux maladies inflammatoires, la chose est plus douteuse. Dans bien des cas cependant, elle est très-réelle, et la stomatite ulcéro-membraneuse rentre dans cette catégorie. Sous ce rapport, elle est l'analogue des angines folliculeuses simples et diphthéritiques, du coryza, des oreillons, de la grippe, de l'ophthalmie purulente, etc.

Comment est-elle contagieuse? Cela est difficile à dire, mais l'explication n'est pas impossible. Est-ce par contact ou à distance? Est-ce par un miasme et quelle est la nature de ce miasme? Voilà bien des questions indiscrètes, sans doute, mais ce sont des questions intéressantes et que je ne crains pas d'aborder.

La stomatite ulcéro-membraneuse est à la fois contagieuse à distance par le transport des germes invisibles disséminés dans l'atmosphère, et par le contact d'objets contaminés par la présence de ces germes. En effet, chez les enfants qui boivent et mangent à l'aide des mêmes instruments, le verre, la cuiller, qui ont servi à un enfant malade et qui n'ont pas été nettoyés, peuvent servir au transport de la maladie. J'en ai vu des exemples. Ailleurs, ce mode de communication n'est pas admissible. Chez l'adulte, on a cité des cas d'épidémie de stomatite ulcéreuse où, sans ustensiles de table communs, la maladie semble s'être propagée par l'atmosphère, comme il arrive dans la propagation de l'ophthalmie purulente ou du coryza et des angines ou de la grippe. Par conséquent, vous pouvez admettre que la stomatite ulcéreuse se propage par voie de contact et par la voie atmosphérique.

Mais si la maladie est contagieuse, quel est son germe? Ce peut-être un virus, un parasite ou un ferment réduits à un état de division infini, disséminés dans l'atmosphère ou fixés sur un ustensile de table. Rien ici ne ressemble à un virus infectant l'économie, car la maladie est locale, ni à un parasite qu'on n'a pas encore découvert. C'est donc un ferment. Mais quel est-il? Ici l'analogie peut aider à en révéler la nature. C'est le pus. Chaque muqueuse a un pus spécial, doué d'une action morbide spécifique. Bien que formé de leucocytes de même forme, dont la provenance est impossible à distinguer, il n'agit que sur les muqueuses où il a pris naissance. Le pus de l'ophthalmie purulente reproduit l'ophthalmie, celui du coryza engendre le coryza, celui des angines folliculeuses l'angine folliculeuse, celui de la grippe propage la grippe, celui des oreillons les oreillons, etc.

Il n'est donc pas déraisonnable d'admettre que le pus et les éléments de la muqueuse buccale ulcérés par la stomatite puissent reproduire la stomatite et devenir les agents de la contagion.

Dans mon *Traité de pathologie générale*, j'ai consacré un chapitre entier à la contagion purulente, où ces faits sont exposés en détail et où l'on trouve aussi l'explication du développement de la blennorrhagie, de l'ophthalmie, de la grippe et des autres maladies dites catarrhales.

Le mot contagion ne signifie donc pas toujours maladie générale et infection de l'organisme. Il s'applique également aux maladies locales. Le groupe des maladies parasitaires reconstitué par l'illustre Bazin en est la preuve, et il faut y joindre le groupe des maladies parasitaires.

A cet égard, la stomatite ulcéro-membraneuse se rapproche des maladies contagieuses, purulentes, et c'est par le pus volatilisé, réduit en poussière ou transporté sur un objet quelconque, qui est son agent de contagion.

Maintenant que vous connaissez les symptômes de la maladie, ses causes probables, voyons quel est son traitement. Ici plus d'embarras, la chose est très-simple. Il n'en était pas de même autrefois.

Ainsi, jadis, on cautérisait les gencives avec le nitrate d'argent ou avec l'acide chlorhydrique. C'était un traitement très-douloureux, qu'on ne pouvait employer que difficilement par la force en luttant contre les petits malades. Il faisait au moins autant de mal que de bien.

Puis, d'après l'avis de Bonneau, on employa les applications de chlorure de chaux. C'était meilleur. Mais le moyen était encore difficile et douloureux à mettre en pratique. Il fut abandonné pour le chlorate de potasse.

Ce sel, dont l'emploi fut conseillé par Herpin, est le spécifique de la stomatite ulcéro-membraneuse et mercurielle. Il n'est bon qu'à cela. Tout ce que l'on a dit sur ses effets dans le croup est sans valeur. Dans la stomatite ulcéro-membraneuse, au contraire, le chlorate de potasse à l'intérieur à 3 ou 4 grammes et en applications de poudre fine sur les parties excoriées, réussit à merveille. En six ou huit jours, les enfants sont guéris et l'on évite ainsi les accidents de gangrène buccale et de nécrose maxillaire. Ces complications ne s'observeront plus désormais que chez des enfants dont le début du mal a été négligé ou mal soigné.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA FORMATION DE LA MATIÈRE SUCRÉE DANS LES ANIMAUX (1)

par M. Claude BERNARD (de l'Institut.)

II

Mais il ne suffisait pas d'avoir constaté la formation du sucre dans le foie, il fallait pénétrer plus avant dans le phénomène et chercher à saisir son mécanisme : c'est là ce que j'appelle la seconde période de la question. Elle sera marquée par l'expérience du « foie lavé » et par la découverte de la matière glycogène », découverte qui vint, en quelque sorte, changer la face du problème, en le rattachant à une des questions les plus ardues de la physiologie générale, celle de la nutrition intime des tissus.

Les théories de la nutrition ont toujours fait jouer au sang le rôle principal dans les mutations chimiques qui s'opèrent au sein de l'organisme vivant. Lehmann, Frerichs et Schmidt étaient certainement sous l'influence de ces idées quand, voulant expliquer la formation du sucre dans le foie, ils cherchèrent cette explication dans la modification directe des matériaux du sang qui traverse cet organe. Lehmann (2) admit que le foie accomplissait sa fonction glycogénique en dédoublant les matières albuminoïdes du sang (fibrine) en sucre et en d'autres substances azotées, qui, peut-être, entraient dans la constitution des principes azotés de la bile. Frerichs (3) pensa également que le sucre se formait dans le foie, parce que les matières azotées du sang s'y dédoublaient en donnant naissance à de l'urée et à du sucre. Enfin Schmidt (4), dont le travail est antérieur à ceux de Lehmann et de Frerichs, supposa que la production du sucre dans les animaux dépendait d'une oxydation des matières grasses dans le sang. Ce sont là, on le voit, autant d'hypothèses, dont les auteurs ont pu, il est vrai, donner les formules cliniques rationnelles, mais qu'ils n'ont pas soumises à la sanction de l'expérience.

De mon côté, j'avais aussi été amené à rechercher expérimentalement le mode de formation du sucre dans le foie, mais j'arrivai à comprendre tout autrement son mécanisme ; j'ai montré en effet que, au lieu de chercher immédiatement « dans le sang » la substance qui précède le sucre et qui lui donne naissance ; il fallait, au contraire, la placer dans le « tissu hépatique » lui-même. Il ne sera pas sans intérêt, je crois, de rappeler brièvement comment j'ai été conduit à cette découverte : cela prouvera une fois de plus que, dans les phénomènes complexes de la physiologie, le plus petit fai en apparence peut devenir l'origine de résultats féconds et imprévus quand l'esprit s'en empare et s'attache à sa poursuite. Voici dans quelles circonstances mon attention fut éveillée : je faisais des analyses du tissu du foie chez des chiens et des lapins pour connaître sa richesse en sucre dans diverses conditions d'alimentation déterminées. Je pratiquais ces analyses suivant un procédé que j'ai indiqué dans mes leçons (5), et, à l'aide de la méthode des liqueurs cuivriques titrées, je répétais ordinairement deux ou trois fois l'analyse du même tissu hépatique, afin d'écarter autant que possible les causes d'erreurs imprévues et accidentelles. Or, je fus frappé des discordances fréquentes et parfois considérables que je rencontrais dans les analyses du tissu du même foie. Je crus d'abord à une richesse sucrée différente dans les diverses parties de l'organe hépatique ; je vis bientôt qu'il n'en était rien. Dans cet état de choses, que me restait-il à faire? Fallait-il prendre la moyenne des analyses divergentes et la donner comme l'expression de la vérité? Évidemment non. Des écarts qui se montraient avec tant de persistance devaient avoir une raison; je résolus de la chercher, et je multipliai mes analyses dans les conditions les plus différentes possibles. Je vis alors que ces variations avaient un sens, et que généralement les analyses que je faisais les dernières étaient plus riches que les premières. Je précisai encore davantage les conditions et je répétai mes expériences non-seulement avec les liquides cuivriques, dont la réaction sucrée est empirique, mais avec la fermentation alcoolique, qui constitue une méthode plus sûre. Je finis enfin par me convaincre que le foie, après qu'il a été extrait du corps de l'animal, continue sa fonction glycogénique et s'enrichit bien réellement et très-rapidement en matière sucrée, pendant un certain temps, après lequel la quantité reste à peu près fixe.

Ce fut là un fait bien imprévu et bien instructif; il nous montre dans toute son évidence la mobilité des propriétés vitales, en même temps qu'il nous fait sentir la délicatesse et toutes les difficultés des analyses chimiques appliquées aux liquides et aux tissus de l'organisme. Un même tissu organique, analysé exactement de la même façon, mais à un quart d'heure, que dis-je? à cinq, à deux minutes de distance, n'est plus le même tissu et ne donne pas des analyses comparables. Et ce que je dis ici ne s'applique pas seulement à un cas particulier, au tissu du foie, c'est un fait général : tous les tissus, tous les liquides des animaux, au dedans comme au dehors de l'organisme, nous présentent une mutation chimique rapide et incessante. Bientôt je demanderai à l'Académie la permission de revenir sur ce sujet et d'y insister, afin de montrer que cette partie de la science qu'on désigne aujourd'hui sont le nom de « chimie biologique » ne pourra réellement atteindre son but qu'autant qu'elle reposera sur une base physiologique solide.

Ce n'est qu'après tous ces essais et toutes ces études préliminaires que je conçus l'idée de faire l'*expérience du foie lavé*. Puisque le foie continuait à former du sucre, après son extraction du corps et après la cessation de toute circulation sanguine, il paraissait évident que la substance qui donnait naissance à la matière sucrée ne se trouvait pas dans le sang, mais bien dans le tissu hépatique lui-même. Toutefois, comme il reste toujours dans le tissu du foie, qui est très-vasculaire, une certaine quantité de sang, il fallait s'en débarrasser complétement par le lavage. Je séparai donc du corps le foie d'un chien bien nourri et sacrifié en pleine digestion; j'introduisis un tube dans le tronc de la veine-porte, au moment où elle pénètre dans le sillon hépatique, et j'y adaptai le robinet de la fontaine de mon laboratoire. Sous l'influence de ce vigoureux courant d'eau, le tissu du foie fut bientôt lavé. L'eau qui sortait par les ouvertures béantes des veines sus-hépatiques était d'abord rougeâtre, mêlée de sang, contenant du sucre et de l'albumine; mais bientôt le tissu hépatique devint décoloré, l'eau était claire, limpide, et ne contenait plus ni sucre ni albumine. Au bout de dix à quinze minutes, je cessai le lavage, et en examinant aussitôt un fragment du foie lavé, je constatai que son tissu infiltré d'eau ne renfermait pas trace de sucre ; le liquide qui résultait de sa décoction ne donnait aucune réduction avec les sels de cuivre dissous dans la potasse, et ne fermentait pas avec la levûre de bière. J'abandonnai ensuite à lui-même le reste du foie à la température ambiante du laboratoire par un jour d'été. Après un quart d'heure, le tissu hépatique contenait déjà très-manifestement de la matière sucrée; mais, après trois quarts d'heure, il en renfermait une telle proportion, que le liquide exprimé du tissu hépatique, soumis à la coction, donna de 2 à 3 pour 100 de sucre à l'analyse. Par plusieurs injections d'eau successives, j'enlevai le sucre formé, et ce n'est qu'après le troisième lavage que la propriété saccharifiante du tissu hépatique disparut complétement.

Telle est, dans toute sa simplicité, l'*expérience du foie lavé*, que je fis connaître à l'Académie dans sa séance du 24 septembre 1855 (1). J'ai dit que cette expérience a commencé une nouvelle phase dans la question de la glycogénie animale; en effet, je la considère comme la plus importante au point de vue de la théorie glycogénésique. Cette expérience nous prouve trois choses : 1° que le sucre se forme dans le foie sans l'intervention directe du sang; 2° qu'il dérive d'une matière fixée dans le tissu hépatique ; 3° que cette production sucrée s'opère dans le foie, séparé du corps par une véritable fermentation, car le froid la ralentit ou l'arrête; une douce chaleur l'accélère, l'ébullition l'éteint et la détruit définitivement.

C'était donc sur cette matière fixée dans le foie, donnant naissance

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 janvier.
(2) C. R., t. XL, p. 587.
(3) *Handworterbuch der physiologie*, Wagner, t. III, 1re partie, article *Digestion*.
(4) *Carakteristik der epidemischen cholera, etc.*, p. 164.
(5) *Leçons de physiologie appliquée à la médecine*, p. 58; 1855.

(1) *Comptes rendus*, t. XLI, p. 461.

à la fermentation sucrée, qu'il fallait maintenant concentrer toutes les recherches. Je fus d'abord entraîné, je dois le dire, en vertu des idées régnantes, à rechercher dans le tissu hépatique, une substance glycoside pouvant, par son dédoublement, donner naissance à du sucre. Ce n'est qu'ensuite que j'ai séparé la matière que j'ai appelé *glycogène*, véritable amidon animal, que M. E. Pelouze transforma en xyloïdine sous l'influence de l'acide azotique fumant, et à laquelle il assigna la formule $C^{12} H^{12} O^{12}$ (1).

J'ai fait connaître les propriétés et les caractères de cette matière glycogène dans une seconde communication sur le mécanisme de la formation du sucre dans le foie, faite à l'Académie dans sa séance du 23 mars 1857 (2).

Tous les résultats nouveaux que je viens de signaler relativement à l'expérience du foie lavé et à l'isolement de la matière glycogène (3) infirmaient non-seulement les hypothèses de Lehmann, Frerichs et Schmidt, mais ils venaient, en outre, modifier profondément et corriger les interprétations des faits antérieurement observés. On savait maintenant que, pour doser exactement la quantité de sucre renfermée dans le foie d'un animal vivant, il fallait en quelque sorte saisir l'organe à sa sortie du corps sans attendre qu'il y ait eu accumulation du sucre dans son tissu. Or comme j'avais fait des dosages de sucre dans le sang et dans le foie avant de connaître la glycogénèse *post mortem*, que j'ai découverte plus tard, il est clair, dis-je, que ces premiers dosages devaient donner des chiffres trop forts. C'est pourquoi j'ai eu bien soin de dire en terminant mon premier mémoire sur le foie lavé : « Tous les dosages que l'on a faits du sucre dans le foie doivent être revérifiés d'après la connaissance de ces nouveaux faits (4). »

La question glycogénique avait donc changé de face ; son vrai mécanisme était connu ; ce mécanisme était semblable chez les animaux et chez les végétaux. Dans les deux cas, la glycose provenait d'une matière amylacée qui la précédait ; et, de même que le sucre peut se former dans un fruit ou dans un tubercule séparé de la plante, de même le sucre se formait dans le foie des animaux, après avoir été séparé du corps. (*A suivre.*)

NÉVROLOGIE

Trajet des cordons nerveux qui relient le cerveau à la moelle épinière

par MM C. Sappey et M. Duval.

Trois cordons forment la substance blanche de la moelle épinière. Les observateurs, jusqu'à présent, n'avaient pas réussi à les suivre à travers le bulbe rachidien et la protubérance annulaire. Nos études nous ont permis de combler cette lacune.

Des trois cordons qui forment la substance blanche, l'un est *antéro-interne* ; il a pour limite, en dedans, le sillon médian antérieur de la moelle, et en dehors la corne antérieure. Le second, beaucoup plus volumineux, répond à la partie antérieure de cette corne et remplit en outre tout l'espace qui la sépare de la corne postérieure : c'est le cordon *antéro-latéral*. Le troisième, ou *cordon postérieur*, s'étend dans le sens transversal de la corne précédente au sillon médian postérieur.

Le cordon antéro-interne s'entre-croise avec celui du côté opposé sur toute la longueur de la moelle ; il prend ainsi une part fort importante à la formation de la commissure antérieure. Dans le bulbe rachidien et la protubérance, les deux cordons antéro-internes deviennent indépendants et se déplacent, de telle sorte que, antérieurs sur la moelle, ils occupent dans le bulbe sa partie centrale, puis répondent bientôt à sa face postérieure. Devenus postéro-supérieurs, ils poursuivent leur trajet ascendant, traversent la protubérance, puis les pédoncules cérébraux, et se jettent dans les couches optiques.

Les cordons antéro-latéraux s'entre-croisent au niveau du collet du bulbe. L'entre-croisement, bien connu, qu'on observe sur ce point est exclusivement formé par des cordons. Il se produit de la manière suivante : les deux cordons antéro-latéraux s'inclinent l'un vers l'autre, pour se porter en dedans, en avant et en haut ; mais leur entre-croisement ne s'opère pas en masse : il s'effectue par couches successives et alternatives qui s'étagent de bas en haut. Les couches les plus internes se rapprochent du canal central, puis échancrent les cornes antérieures au niveau de leur continuité avec la commissure grise. D'autres couches s'ajoutent aux précédentes, se rapprochent plus encore du plan médian et agrandissent l'échancrure ; les plus élevées l'achèvent, et bientôt les deux cornes se trouvent complétement décapitées. Après leur entre-croisement, les deux cordons montent parallèlement sur ces côtés du sillon médian antérieur, celui de droite occupant le côté gauche du sillon, et réciproquement, au premier aspect, on pourrait croire qu'ils constituent la totalité des pyramides antérieures ; mais un examen plus attentif démontre bien clairement qu'ils en forment seulement la partie superficielle : cette partie superficielle, nous l'appellerons *portion motrice* des pyramides.

En s'entre-croisant et se prolongeant pour constituer la portion motrice des pyramides, les deux cordons antéro-latéraux écartent les cordons antéro-internes, les rejettent d'abord à droite et à gauche, puis bientôt les recouvrent entièrement. Ces derniers, qui à la partie inférieure du bulbe s'avançaient jusqu'à la périphérie, se trouvent donc situés plus haut, immédiatement en arrière des pyramides antérieures.

La portion motrice des pyramides est remarquable par l'aspect fasciculé qu'elle présente. Du bulbe elle pénètre dans la protubérance, la parcourt dans toute sa longueur, s'étale ensuite largement sur la face inférieure des pédoncules cérébraux, et se porte vers les corps striés, dans l'épaisseur desquels elle pénètre.

Les deux cordons postérieurs de la moelle, parvenus au dessus de de l'entre-croisement des cordons antéro-latéraux, se comportent comme ceux-ci ; mais ils ne commencent à s'entre-croiser que lorsque l'entre-croisement des précédents est tout à fait terminé. On les voit alors s'infléchir en avant et se décomposer en douze ou quinze faisceaux qui décapitent la corne postérieure en traversant son extrémité profonde, et qui contournent ensuite la substance grise située au-devant du canal central du bulbe, pour se porter, ceux de droite vers le côté gauche, et ceux de gauche vers le côté droit. Ainsi entre-croisés les deux cordons postérieurs forment d'ailleurs un large raphé triangulaire, à base postérieure ; mais bientôt le raphé s'allonge d'arrière en avant, en passant entre les cordons antéro-internes qu'il sépare, et revêt alors la figure d'un rectangle dont l'extrémité antérieure, sur les coupes horizontales, s'applique à la portion motrice des pyramides. Dès que le raphé revêt cette figure, son extrémité extérieure se divise, et les deux branches résultant de sa division s'adossent aux pyramides. A mesure que l'entre-croisement se complète, la partie antérieure du raphé prend plus d'importance ; elle s'élargit et s'épaissit, et, lorsque cet entre-croisement est terminé les deux cordons postérieurs se trouvent appliqués à la portion motrice des pyramides, dont ils forment alors la couche profonde : cette couche profonde, d'un aspect très-différent de celui que nous offre la couche superficielle constitue leur *portion sensitive*.

Les cordons postérieurs conservent par conséquent dans le bulbe la situation qu'ils occupaient sur la moelle à l'égard des cordons

---

(1) C. R. t. XLIV, p. 1321, séance du 29 juin 1857.

(2) Dans beaucoup d'ouvrages de physiologie et de chimie physiologique, on attribue à Hensen en même temps qu'à moi la découverte de la matière glycogène. Voici ce qui a pu donner lieu à cette confusion : après la publication de mon expérience sur le foie lavé, un grand nombre de physiologistes la répétèrent. Hensen, aujourd'hui professeur à Kiel, était alors étudiant à Wurzbourg ; à la sollicitation du professeur Scherer, il répéta mon expérience et en confirma tous les résultats. Il vit, en outre, qu'en ajoutant de la salive et de l'infusion pancréatique au foie lavé bouilli, on y faisait apparaître le sucre (Weber die Zückerbildung der Leber ; in Wurzb, Verhandl, Bd. VII, s., 219. — Virchow's Archiv, elfter Band.), mais il n'a jamais isolé ni montré la matière glycogène. Dans la note insérée dans les *Archives de Virchow*, Hensen ne réclame pas la découverte ; il dit qu'il était sur la voie et qu'il y serait arrivé si je n'y étais parvenu moi-même. D'ailleurs, en supposant même que Hensen eût découvert et isolé, de son côté, la matière glycogène, il est très-clair que la découverte était déjà contenue implicitement dans l'expérience du foie lavé.

(3) C. R., t. XLIV, p. 578.

(4) C. R. t. XLI, p. 469.

latéraux. Ils sont d'abord immédiatement appliqués à ceux-ci; mais, au niveau de la base du bulbe, ils tendent à en devenir indépendants, et, en parcourant la protubérance et les pédoncules cérébraux, ils s'en écartent de plus en plus, et en même temps ils se modifient si notablement dans leurs formes qu'ils deviendraient bientôt méconnaissables si on ne les suivait pas à pas dans toute l'étendue de leur trajet.

Au niveau de la base du bulbe, la portion motrice des pyramides est déjà entourée de noyaux aplatis, de substance grise. L'un de ces noyaux répond à la partie profonde du sillon antérieur du bulbe; il revêt la figure d'un triangle dont le sommet s'enfonce à la manière d'un coin entre la portion motrice et la portion sensitive des pyramides. A mesure que ces deux portions s'avancent dans la protubérance, le cône qui tend à les séparer s'avance aussi de plus en plus entre l'une et l'autre; vers le tiers inférieur de la protubérance, il les sépare complétement; entre les deux portions primitivement contiguës, il existe alors une couche de substance grise, et, celle-ci s'épaississant de plus en plus, ces deux portions s'éloignent et changent d'aspect; la portion sensitive surtout se modifie considérablement : elle s'aplatit et s'allonge dans le sens transversal; puis s'amoindrit, s'épaissit en dehors et devient de plus en plus externe. Sur les pédoncules cérébraux, elle répond à la partie externe de ceux-ci; on peut la suivre jusqu'aux couches optiques dans lesquelles elle pénètre avec les cordons antéro-internes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 janvier 1876. — Présidence de M. Paris.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de Belgique en France transmet à l'Académie une reproduction de la sphère terrestre et de la sphère céleste de Mercator, éditées en 1541 et 1551 à Louvain, et récemment découvertes à Gand. Cette reproduction a été exécutée, sur l'initiative de M. le ministre des finances de Belgique, par les officiers du dépôt de la guerre.

M. le secrétaire général signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance :

1° Un ouvrage publié à Bâle, en langue allemande, par M. G. Simmen, et portant pour titre : « Recherches sur la constitution des éléments chimiques; — 2° une brochure de M. H. Cernuschi intitulée : « La monnaie bimétallique. »

COMMUNICATIONS

Physiologie. — M. Claude Bernard continue la lecture de son travail sur la formation de la matière sucrée.

Météorologie.— M. Faye lit une note sur la trombe de Hallsberg, et résume les conclusions éparses dans des mémoires détachés.

M. Ch. Sainte-Claire Deville présente l'historique des essais de création d'un observatoire au sommet du pic du midi de Bigorre.

Thermo-chimie. — M. Berthelot communique ses recherches sur « l'action de l'acide sulfurique fumant sur les carbures d'hydrogène. »

Géologie. — M. H. Filhol lit un mémoire sur la constitution géologique de l'île Campbell.

Physique du globe. — M. G. Planté adresse une note sur les trombes. De cette nouvelle étude expérimentale, l'auteur conclut que les trombes sont de puissants effets électrodynamiques produits par les forces combinées de l'électricité atmosphérique et du magnétisme terrestre.

Chimie physique. — M. Salet communique une note sur le spectre de l'azote et sur celui des métaux alcalins dans les tubes de Geissler.

Chimie organique. — M. Landolph adresse une note sur « des dérivés nouveaux de l'anéthol. »

Névrologie. — MM. Sappey et M. Duval présentent une note sur le trajet des cordons nerveux qui relient le cerveau à la moelle épinière. (Voir plus haut.)

Embryologie. — M. A. Giard adresse une note sur l'embryogénie de la « Salmacina Dysteri, Huxley »

Géologie.— M. Hébert communique une note sur la disposition générale des plis de la craie dans le nord de la France, et sur l'origine de ces accidents.

PRÉSENTATION

M. Larrey présente à l'Académie, de la part de M. le docteur de Chaumont, chirurgien-major de l'armée anglaise, un ouvrage intitulé : « Lectures on state Medicine, etc. »

Ce livre accompagné de divers tableaux graphiques, est la publication des leçons faites par l'auteur sur la médecine d'État, c'est-à-dire sur l'hygiène appliquée à la santé publique sous l'autorité de l'État.

M. de Chaumont trace d'abord l'histoire de la santé publique en Angleterre, depuis le commencement du XIX° siècle jusqu'à ce jour, en comparant le passé au présent et les difficultés des progrès accomplis. Il expose ensuite les principes de la ventilation, déjà développés par lui dans d'autres écrits, notamment dans un livre présenté par M. le général Morin à l'Académie.

La question des eaux potables, aux points de vue de l'analyse, du transport et de la répartition; l'influence du sol sur la santé, ainsi que les moyens d'assainissement contre les émanations putrides; les effets du travail et ceux de l'alimentation comparés; les devoirs de l'État pour préserver les femmes et les enfants d'un travail disproportionné à leurs forces et à leur nourriture, ainsi que la surveillance rigoureuse des falsifications alimentaires, l'étude de la contagion, de la propagation des maladies et des épidémies; la réfutation des théories émises sur l'origine spontanée des poisons morbifiques et l'examen des diverses causes morbides, suivant les influences diverses auxquelles l'auteur assigne des caractères distinctifs; les recherches relatives à la statistique et les moyens d'en éviter les erreurs, tel est en aperçu, l'ensemble des questions traitées par M. de Chaumont dans cet intéressant ouvrage.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 janvier 1876.—Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

M. Brown-Sequard rappelle que M. Vulpian a donné des paralysies directes une explication rationnelle et peut être vraie pour quelques cas. M. Vulpian a constaté, dans plusieurs cas de paralysie directe, l'existence d'une hydropisie ventriculaire du côté opposé à celui de la lésion et fait ainsi rentrer ces faits dans les cas ordinaires de paralysie croisée.

Mais il y a un très-grand nombre d'observations dans lesquelles on a parfaitement constaté l'absence d'eau dans les ventricules; il en est d'autres où la présence de cette eau a été observée dans les deux ventricules, mais en bien plus grande quantité dans le ventricule même où siégeait la lésion. L'explication donnée par M. Vulpian est donc exacte pour quelques cas, mais elle est inapplicable à beaucoup d'autres.

Il a été donné de la paralysie directe une autre explication qui, *a priori*, paraît avoir beaucoup plus de valeur; c'est l'absence de l'entre-croisement des pyramides. Mais il faudrait savoir tout d'abord si cet entre-croisement des pyramides a autant d'importance qu'on lui accorde. M. Brown-Sequard a cherché lui-même à démontrer, et il y a déjà longtemps, qu'elles contenaient des fibres servant à la transmission de la volonté aux muscles.

Mais il a reconnu depuis, que ces fibres se trouvaient seulement en très-petit nombre, au niveau de l'entre-croisement des pyramides. Il existe d'ailleurs un grand nombre de faits expérimentaux et de faits cliniques, qui prouvent que les pyramides n'ont pas une si grande influence sur les mouvements volontaires : Magendie a démontré que la section d'une seule pyramide est sans effet sur ces mouvements. La section des deux pyramides détermine seulement une certaine gêne dans la locomotion en avant.

Schiff est arrivé à faire une section absolument complète des deux pyramides, et a pu constater que les mouvements volontaires n'étaient pas perdus ni même diminués. Vulpian fait une section longitudinale des bulbes rachidiens, et constate que le mouvement est seulement un peu diminué, mais non complétement perdu, ce qui devrait se produire si les pyramides avaient été surtout formées par des fibres motrices. M. Brown-Sequard a pratiqué lui-même de nombreuses expériences, et a pu se rendre compte que la section d'une seule pyramide déterminait à peine quelques phénomènes de paralysie, et que celle des deux pyramides n'était pas davantage suivie d'une paralysie bien marquée. Il en conclut que les pyramides servent très-peu au mouvement volontaire, si toutefois elles lui servent.

Quant aux faits cliniques qui peuvent être invoqués à l'appui de cette manière de voir, M. Brown-Sequard cite plusieurs cas dans lesquels la lésion des pyramides n'a aucunement entraîné la cessation du mouvement volontaire.

Il cite un cas de M. Vulpian, dans lequel ont été constatés une lésion du pédoncule cérébral gauche et une atrophie notable de la pyramide antérieure du même côté, sans perte de mouvement volontaire; un autre cas, dans lequel toutes les fibres d'une pyramide avaient été détruites sans qu'il y ait eu de paralysie des membres supérieurs (les membres inférieurs étaient paralysés par suite d'une myélite qui existait concurremment avec les altérations cérébrales); deux autres faits, empruntés l'un à Cruveilhier, l'autre à M. Bouchard. Il résulte de tous ces faits que les pyramides, si elles servent à la transmission de la volonté aux muscles, n'en sont évidemment pas la seule voie de transmission. L'absence de leur entre-croisement ne saurait donc servir à expliquer l'existence de la paralysie directe. M. Brown-Sequard émet ici quelques considérations nouvelles sur l'origine de ces paralysies directes.

Il appelle ensuite l'attention de la Société sur la relation qui existe entre les convulsions et les paralysies. Suivant lui, la production d'une convulsion et la production d'une paralysie sont deux faits du même ordre, dépendant de la même cause.

Il se propose de démontrer, dans des communications ultérieures, qu'il n'existe pas une seule partie de l'encéphale dont l'absence ou la destruction soit incompatible avec la persistance de toutes les fonctions dépendant du cerveau. La moitié de l'encéphale peut seule suffire à toutes ces fonctions ; en d'autres termes, chacune de ces moitiés constitue un tout qui jouit à lui seul de toutes les propriétés des deux moitiés réunies ou d'un encéphale entier.

M. CHARCOT partage l'opinion de M. Brown-Sequard sur la relation qui existe entre la contracture, la convulsion et la paralysie. Ce sont là, en quelque sorte, des phénomènes complémentaires l'un de l'autre. C'est surtout dans la méningite cérébro-spinale commune que peut être constatée la relation de ces phénomènes entre eux. Mais M. Charcot n'est plus d'accord avec M. Brown-Sequard sur l'interprétation de ces phénomènes au point de vue des lésions qui les produisent.

Étant donnée, par exemple, une hémorrhagie, lorsqu'elle se fait dans la profondeur des masses centrales (corps opto-striés, couches optiques, capsules internes, sans toucher l'épendyme, il n'y a jamais de contracture, mais si elle effleure seulement l'écorce cérébrale, alors les premiers phénomènes observés sont des contractures, des convulsions, puis, consécutivement, la paralysie avec résolution. Ce sont là des règles fondées, non pas sur des observations anomales, mais sur les faits communs, habituels, et qu'on observe chaque jour.

M. LABORDE présente deux chiens chez lesquels il a déterminé des hémorrhagies cérébrales dans des conditions se rapprochant autant que possible de celles dans lesquelles ces affections s'observent chez l'homme.

Le premier chien a été soumis à l'expérience depuis plus d'un mois : il a présenté et présente encore une hémiplégie faciale du côté opposé à la lésion (hémorrhagie vers le corps opto-strié du côté gauche), une paralysie motrice du corps également du côté opposé, et une hémianesthésie très-nette du côté correspondant. Ce chien a présenté, en outre, presque aussitôt après la production de la lésion, une sorte d'hémichorée très-accentuée dans l'oreille du côté opposé.

Aujourd'hui ces phénomènes, encore très-nets, se trouvent compliqués de contracture des deux membres antérieurs, surtout marquée dans le membre antérieur du côté correspondant à la lésion, et de symptômes ataxiques assez prononcés dans les membres postérieurs.

Le second chien soumis la veille seulement à la même expérience présente, comme seuls phénomènes, une hémiplégie faciale parfaitement caractérisée du côté opposé à la lésion et une hémianesthésie du corps du côté correspondant.

M. Laborde se borne à énoncer ces faits sans chercher à les expliquer. Voici quel est le procédé auquel il a eu recours; il fait à la peau une très-petite incision et au crâne, à l'aide d'une sorte de trépan spécial, une très-petite ouverture à travers laquelle il introduit une petite canule mousse jusqu'à l'endroit où il suppose que se trouve le centre qu'il veut léser; ceci fait, il met cette canule en communication avec une artère ou une veine du même chien ou d'un autre chien préalablement ouverte.

Il fera connaître ultérieurement les résultats de l'autopsie de ces animaux.

M. RÉMOND dit avoir également produit des hémorrhagies cérébrales chez le chien, mais par un autre procédé que celui de M. Laborde. Ces faits d'ailleurs font l'objet d'un mémoire qui paraîtra prochainement.

M. CHARCOT fait observer que lorsqu'on parle de paralysie, il faut s'entendre et savoir distinguer les paralysies transitoires des paralysies permanentes. Lorsqu'une hémiplégie, par exemple, est permanente, c'est-à-dire qu'elle dure deux mois au moins, et qu'après ce laps de temps, le retour du mouvement commence à paraître, on peut voir alors survenir des mouvements choréiformes dans les membres supérieurs et inférieurs, exceptionnellement dans la face: ces mouvements s'accompagnent presque toujours d'une hémianesthésie, qui est une reproduction exacte de l'hémianesthésie hystérique (voyez *Gazette des Hôpitaux*, premier Paris du numéro 9, 22 janvier 1876). Or cette hémichorée que M. Charcot appelle *post-hémiplégique* répond à une localisation dont le siége occupe le tiers ou le quart postérieur de la capsule interne, alors que la lésion qui avait produit l'hémiplégie occupe, elle, les deux tiers ou les trois quarts antérieurs de la capsule.

M. Veyssière, un élève de M. Charcot, en lésant directement, chez le chien, cette partie même du cerveau, est arrivé à produire non-seulement l'hémianesthésie, mais aussi cette hémichorée. Ce n'est donc pas là un phénomène banal sans importance. En étudiant d'ailleurs la chorée vulgaire, M. Charcot a constaté, dans la chorée hémilatérale, l'existence fréquente d'une hémianesthésie absolument comparable à celle des hystériques. Il existe donc une relation évidente entre ces deux phénomènes, hémichorée et hémianesthésie.

M. BROWN-SEQUARD fait remarquer, dans les faits intéressants communiqués par M. Laborde, l'existence de l'hémianesthésie du côté correspondant à la lésion. Dans les cas de brûlure superficielle du cerveau que M. Brown-Sequard a fait connaître à la Société, il avait obtenu une diminution du sens musculaire dans le côté correspondant à la lésion, mais jamais il n'avait obtenu une disparition complète de la sensibilité.

COMMUNICATIONS

De l'entrée de l'air dans les veines. — M. COUTY a fait dans le laboratoire de M. Vulpian, avec l'aide et les conseils de MM. Bochefontaine et Carville, une série d'expériences sur l'entrée de l'air dans les veines. Il résulte de ces expériences que tous les accidents consécutifs, à l'entrée de l'air dans les veines, sont dus à une cause unique, un arrêt dans la circulation résultant d'une asystolie due à une distension exagérée des cavités droites du cœur.

État des nerfs sensitifs dans l'hémianesthésie. — M. RICHET fils a entrepris dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, une série d'expériences sur ce sujet.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences propose, pour le grand prix des sciences physiques de l'année 1876 (concours prorogé), la question suivante : « Étude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France. »

Dans cette étude, il faudra tenir compte des profondeurs, de la nature des fonds, de la direction des courants et des autres circonstances qui paraissent devoir influer sur le mode de répartition des espèces marines. Il serait intéressant de comparer, sous ce rapport, la faune des côtes de la Manche, de l'Océan et de la Méditerranée, en avançant le plus vite possible en pleine mer ; mais l'Académie n'exclurait pas du concours un travail approfondi qui n'aurait pour objet que l'une de ces trois régions.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois mille francs.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1876.

— L'Académie des sciences propose, pour le grand prix des sciences physiques de l'année 1877, la question suivante : « Étude comparative de l'organisation intérieure des divers crustacés édriophthalmes qui habitent les mers d'Europe. »

L'anatomie des crustacés podophthalmaires a été l'objet de recherches nombreuses ; mais on ne connaît que très-incomplétement la structure intérieure des édriophthalmes. L'Académie demande une étude approfondie des principaux appareils physiologiques dans les divers genres d'amphipodes, de lamodipodes et d'isopodes qui habitent les mers d'Europe. Les concurrents devront porter principalement leur attention sur le système nerveux, le système circulatoire, l'appareil digestif et les organes de la génération. Les descriptions devront être accompagnées de figures.

Les ouvrages présentés au concours pourront être manuscrits ou imprimés.

Le terme fixé pour le dépôt des pièces est le 1er juin 1877.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de « trois mille francs. »

— Par décret en date du 22 décembre 1875, ont été nommés médecins aides-majors de deuxième classe :

MM. Bories, Pugibet, Poché, Cauchy, Alleau, Leroy, Louis, André, Ménard, Richard, Poignard, Sommeillier, Wagnier, Hiard, Veillon, Bassompierre, Chenaud, Dorange, Hocquard, Belhomme.

Cazes, Vuillemin, Blanchet, Devin, Géraud, Rumen, Gaucher, Sudour, Sales, Godard, Linarès, Gourgeaud, Wirolle, de Valicourt, Grodvolle, Courtet, Reynaud, Deschamps, Troché, Didier.

Steibel, Martin, Lebesgue, Rousset, Dubrulle, Surugues, Monart, Guillaume, Troy, Brindel, Carrière, Nicolau-Barraqué, Legrain, Rhein, Richardin et Dedôme.

— Par décret en date du 11 janvier 1876, ont été nommés pharmaciens aides-majors de 1re classe :

MM. Peltier, Speiser, Périer, Choisel, Simair, Goutte, Bocquet, Tillion, Quiquet, Fischer, Maljean, Périnet et Zinnoz.

— Par décret en date du 22 décembre 1875 ont été nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe : MM. Gessard, Simon, Weill, Rousselet, Seize, Cambriels, et Puig.

— *École de médecine de Marseille.* — La distribution des prix de l'année scolaire 1874-75 a donné les résultats suivants.

Elèves en médecine. — 1re *année* : Premier prix : M. Delarebardière. — Second prix : M. Mistral. — Mention honorable : M. Arnaud. — 2e *année* : Premier prix : M. Gras, — Second prix *ex æquo* MM. D'Astros et Perrin. — Mention honorable : M. Lignon. — 3e *année.* — Prix unique : M. Esmieu. — Mention honorable M. Louis Arnaud.

Élèves en pharmacie. — 1er prix, M. Manuel. — 2e prix, M. Ripert. — Mentions honorables : MM. Levie et Serrus.

— Mme la baronne de Rothschild vient de se charger des frais de construction d'un asile d'incurables et de convalescents de cinquante lits, qui sera élevé sur le domaine des vieillards, au Petit-Saconnex.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Creissel et Jourdan, médecins aides-major de 1re classe; Trudeau, médecin aide-major de 2e classe ; Gay et Charpiot, médecins-élèves ; de M. de Guillin, médecin-major de 1re classe en non-activité ; de M. Guyot, médecin de 2e classe de la marine, et de M. Amouroux, aide-pharmacien de la marine.

— M. de Montèze, pharmacien-major de 1re classe, vient de faire valoir ses droits à la retraite.

— MM. Delétang et Villémus, aides-médecins de la marine, viennent de faire agréer leurs démissions.

— M. le docteur Onimus commencera un cours public sur les applications de l'électricité à la médecine, le vendredi 28 janvier, à cinq heures, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Joffroy commencera un cours de pathologie interne à l'École pratique (amphithéâtre n° 1) le lundi 31 janvier, à quatre heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— *M. D..., chez M. le docteur V..., à Montpellier.* — Le prix du numéro de la *Gazette des Hôpitaux* est de 25 centimes. Toute demande de numéros non accompagnée de sa valeur en timbres-poste est considérée comme non avenue. Veuillez donc m'adresser trois timbres-poste de 25 centimes pour les nos 73, 75 et 76, que vous demandez.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.240
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.909	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0 010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........		
Chlorure de sodium........		
Matières organiques........		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Liqueur de Carrié au tartrate

ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hemoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie DUPUY, montagne de la Cour.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul expérimenté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Huile de foie de morue

pancréatique de DEFRESNE

M. Cl. Bernard a démontré que le *suc pancréatique* avait pour mission de digérer les corps gras; s'emparant de ce fait physiologique, M. Defresne a eu l'idée d'employer le suc pancréatique à l'émulsion de l'huile de foie de morue, de manière à la rendre assimilable.

L'huile qu'il traite par la pancréatine, perd sa forme liquide et prend celle d'une crème blanche, dans laquelle la saveur particulière de l'huile de foie de morue est entièrement dissimulée et rendue même agréable par l'intervention du laurier-cerise.

Dans ces conditions, elle se délaye dans l'eau, le lait, le chocolat, le café, le bouillon, suivant le goût du malade.

Elle ne cause jamais ni renvois, ni diarrhée, et ne donne lieu à des selles graisseuses comme cela a lieu avec l'huile de foie de morue ordinaire; elle est au contraire absorbée, sans aucun travail, par l'estomac le plus délicat; c'est le problème longtemps cherché, et enfin résolu, de faire prendre ce médicament sans répugnance.

De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux ont confirmé tous les faits avancés.

DOSE : 4 à 8 cuillerées à café par jour, avant les repas.

Dépôt à la PHARMACIE DEFRESNE, 2 et 4, rue des Lombards, et dans les principales pharmacies.

Élixir et Vin de Coca,

de Joseph BAIN, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant. — **Pastilles digestives de coca.** — E. FOURNIER ET Cie, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication*.

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement l'un par l'autre.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot. *J. Laroche*

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, n° 20.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pilules Duroy **à l'extrait de sang,**

— ou Hématiques — RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme*. Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, PHARMACIEN LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, RUE DU FAUB.-MONTMARTRE, A PARIS, et toutes les pharm.

Vin ferrugineux à la rhubarbe

de AD. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Toutes les préparations ferrugineuses amènent plus ou moins de la constipation, et c'est pourquoi on ne peut en continuer longtemps l'usage. Le VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE DE CHINE ne présente pas et ne peut présenter ces inconvénients. Il est agréable au goût, et convient dans tous les cas où le fer est indiqué. — 61, boulevard Malesherbes, Paris, et dans toutes les pharmacies.

Sirop de digitale de Labélonye

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Pilules de Blancard, **approuvées**

par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Blancard* *Pharmacien, r. Bonaparte, 40. Paris.*

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Embaumements du dr Sucquet

Seule méthode approuvée par l'Académie de médecine de Paris dans les concours des embaumements. — 142, rue de Rivoli.

N° 11. — SAMEDI 27 JANVIER 1877. 50e ANNÉE. SAMEDI 27 JANVIER 1877. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La méthode réfrigérante dans la fièvre typhoïde.

Pendant que la question des bains froids, dans la fièvre typhoïde, continue à s'instruire et à se débattre à la Société médicale des hôpitaux, sur les faits recueillis dans les cliniques et les services hospitaliers de Paris et de Lyon, il nous arrive des échos de ce qui se fait aussi à cet égard sur d'autres points. Voici une thèse soutenue à Montpellier par M. Ulysse Galtier, sur des faits recueillis à l'hôpital de Nîmes, dans le service de M. Carcassonne. La manière très-scrupuleuse dont ces faits ont été étudiés et les conséquences très-réservées que l'observateur en a déduites nous ont paru de nature à inspirer une entière confiance et un réel intérêt.

M. U. Galtier a pu réunir vingt-quatre observations de fièvre typhoïde, traitées par la méthode réfrigérante, employée avec rigueur, sous toutes ses formes, bains, irrigations, lotions et lavements froids, à l'occasion, et en suivant strictement les règles établies. Il a constaté des succès et des insuccès et tout en admirant plus d'une fois la puissance du moyen, il n'en dissimule pas les dangers et les imperfections, et il a essayé, dans cette étude de déterminer les circonstances qui ne lui paraissent pas favorables à son emploi.

Dans ces vingt-quatre cas, sauf deux où l'application n'a pas été tout à fait rigoureuse, la méthode de Brand a été employée avec une scrupuleuse exactitude. Le résultat net a été celui-ci : sept décès sur vingt-quatre malades. Dans le plus grand nombre des cas, les bains froids ont remarquablement agi. Dans les formes d'intensité moyenne, l'amélioration a été immédiate et la guérison rapide ; dans les cas graves et très-graves, la méthode, dit M. Galtier, a révélé une puissance thérapeutique tout à fait incomparable. Sur les sept cas de décès, il y en a trois qui, dans son opinion, ne paraissent pas infirmer la formule de Brand. Mais pour quatre d'entre eux, non-seulement les bains froids n'ont pu efficacement combattre la maladie, mais les symptômes se sont aggravés (chez trois du moins) au moment de l'intervention hydrothérapique, et, dans ces cas, elle a été nuisible. D'où la nécessité à ses yeux, tout en conservant ce puissant moyen de guérison pour la plupart des cas graves, de chercher à se rendre compte des conditions qui en ont rendu l'application plus nuisible qu'utile dans certains cas, en un mot d'en étudier les contre-indications.

C'est de cette partie de la thèse de M. Galtier surtout, et des enseignements utiles qu'elles nous a paru contenir, que nous désirons entretenir un instant nos lecteurs. Un mot d'abord sur les circonstances auxquelles il a cru devoir attribuer l'issue malheureuse dans sept cas sur vingt-quatre.

D'abord de la lecture même des observations, il résulte cette première impression, que chez presque tous ces malades, dès le premier septénaire, l'appareil symptomatique se présentait avec un ensemble grave.

Une deuxième cause qui a contribué à élever le chiffre des décès a été un excès de régime, ce qui s'est produit notamment d'une manière très-évidente dans un cas.

Enfin une troisième cause que M. Galtier n'hésite pas à accuser d'avoir concouru à cette mortalité, c'est l'application trop rigoureuse de la méthode dans quelques cas de cette série. Quels sont ces cas, et qu'en doit-on induire pour l'avenir au point de vue des contre-indications? Voici, en résumé, quelles sont les contre-indications formulées par M. Galtier.

La première contre-indication se déduit du fait même du peu d'intensité de la maladie, se traduisant par une température peu élevée. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point.

Une deuxième contre-indication est dans les complications thoraciques. Mais à quel genre et à quel degré de ces complications commencera la contre-indication? Ici il y a à considérer, en effet, des cas très-différents.

En présence des râles bronchiques, on aura recours à l'eau froide, et même si ces râles sont nombreux, on ne devra pas se priver de compresses d'eau froide sur la poitrine, dans le cas où l'effet stimulant du bain ne suffirait pas à l'expulsion des mucosités bronchiques.

Si l'on a affaire à de l'engouement pulmonaire avec submatité, spécialement à la base, avec des râles sous-crépitants ou de gros râles crépitants, sans souffle, sans expectoration caractéristique, on emploiera encore des bains, si l'état du sujet l'exige d'ailleurs. Il n'y aura généralement pas là une contre-indication; mais, si la lésion pulmonaire paraissait changer de nature, si à un état passif succédait une pneumonie plus franchement inflammatoire, et que cette pneumonie parût s'aggraver au lieu de s'amender sous l'influence des bains froids, il faudrait suspendre la méthode, au moins dans ce qu'elle a de plus violent, le bain.

Cependant, si après cette suspension, la température continuait à rester très-élevée, l'état pulmonaire demeurant stationnaire, M. Galtier pense que, dans ce cas, on devrait réfrigérer par des bains à 25, 28, 30 degrés, mais alors plus prolongés.

Enfin si, cas beaucoup plus rare, il survient une complication de pneumonie franchement inflammatoire, de pneumonie fibrineuse, avec matité plus accusée que dans le cas précédent, avec de véritables râles crépitants fins, du souffle tubaire et une expectoration souillée ou sanguinolente, il faut s'abstenir des bains froids. Dans ce cas, si l'indication d'abaisser la température subsiste, on devra avoir recours aux bains tièdes, et aux toniques. — Cependant dans le seul fait de ce genre, qui s'est présenté à l'observation de l'auteur, le traitement par les bains a duré encore huit jours sans que l'état pulmonaire se soit aggravé, et le malade a guéri.

La même contre-indication a lieu chez les sujets faibles, à antécédents hémoptysiques, ce sera encore le cas de recourir aux bains tièdes, qu'on fera durer plus longtemps, si la chaleur résiste et que l'on secondera par une médication tonique active.

Les affections organiques du cœur sont une contre-indication formelle.

Les hémorrhagies intestinales sont-elles une contre-indication? Les observations faites par M. Galtier le portent à penser que le bain froid favorise les hémorrhagies internes. Elles ont été observées trois fois dans les vingt-quatre cas de la série, et chez l'un de ces malades les hémorrhagies ont recommencé à la reprise du bain. Il faudrait, dans les cas de ce genre, s'abstenir ou modifier la méthode.

A l'égard des complications cérébro-spinales, M. Galtier fait une distinction. Lorsque l'état cérébral se manifeste par du délire, sans qu'il y ait lieu de croire à un épanchement dans les ventricules ou à la base du cerveau, dans le début par exemple, non-seulement l'eau froide n'est pas contre-indiquée, mais elle est le plus sûr, le plus puissant sédatif. Deux observations en particulier en donnent la démonstration.

Mais lorsqu'il y a lieu de soupçonner un épanchement de l'encéphale, l'application de l'eau froide ne pourrait qu'augmenter l'hyperémie et, par suite, l'exhalation qui se fait dans le crâne. Dans les observations, il y a deux cas suivis d'autopsie, qui se sont comportés tous deux d'une manière différente, bien que l'issue ait été la même. Chez l'un de ces malades, les troubles nerveux s'amendaient pendant le bain et immédiatement après, pour recommencer ensuite; chez l'autre, les symptômes encéphaliques, toujours graves, augmentaient manifestement à chaque bain.

Il en est de même des symptômes dus aux complications spinales. Là encore, dans les cas de congestion vive et d'exhalation séreuse, les bains augmentent les symptômes. L'un des malades de la série a été dans ce cas.

Le collapsus est aussi, aux yeux de M. Galtier, un cas d'abstention.

Indépendamment des dangers qui commandent l'abstention, il y a aussi dans l'usage de la méthode réfrigérante un certain nombre d'inconvénients, qui ont été signalés.

En résumé, des faits observés et rapportés dans cette thèse par M. Galtier, il ressortirait les conclusions suivantes : que, pour les cas graves, aucune méthode n'égale en puissance la méthode réfrigérante; que, dans une foule de cas, il y a lieu de ne pas s'en tenir à ce seul ordre de moyens, qu'il est utile d'y joindre les toniques; enfin que cette méthode n'est pas utile dans tous les cas, et qu'il en est même dans lesquels elle peut être nuisible.

Prostatite phlegmoneuse. — Impossibilité du cathétérisme. Ponction hypogastrique. — Guérison.

M. le docteur Hobon (d'Alençon) nous transmet la relation suivante d'un cas, que nous croyons rare, d'une prostatite phlegmoneuse ayant donné lieu à une oblitération complète du canal de l'urèthre, au point de rendre le cathétérisme impossible et de nécessiter la ponction hypogastrique.

Voici le fait :

M. G... (d'Hauterives), ancien tailleur, âgé de soixante et onze ans, grand, maigre, névropathique, d'une vie exempte d'excès, est atteint de dysurie légère depuis trois ou quatre ans. Il ne se préoccupait pas trop de son état, quand, vers la fin d'octobre 1876, souffrant davantage, il alla consulter M. Hobon. Il lui apprit qu'il avait de fréquents et impérieux besoins d'uriner; que la miction était devenue très-douloureuse; qu'il urinait très-peu à la fois et éprouvait une pesanteur au périnée. Notre confrère ayant diagnostiqué une prostatite aiguë, prescrivit des boissons adoucissantes, du goudron, des bains de siége et l'application de quelques sangsues au périnée.

Le 1er novembre, le malade alla de nouveau voir M. Hobon, et, pour cela, il fit dix kilomètres à pied, la station assise étant douloureuse et provoquant les besoins d'uriner. Les symptômes étaient toujours les mêmes, seulement plus accentués. Dans le trajet, il fut obligé de s'arrêter très-fréquemment pour émettre quelques gouttes d'une urine claire, mais brûlante. La grosseur du jet avait sensiblement diminué de volume.

Le lendemain 2 novembre. M. Hobon fut appelé et constata une rétention d'urine. — Le malade n'avait pas uriné depuis la veille. — Il tenta de passer une sonde de moyen calibre, mais sans résultat. Il prescrivit des bains de siége, des cataplasmes sur le bas-ventre et une nouvelle application de sangsues au siége.

Le 3, la rétention d'urine continuait; la vessie remontait jusqu'à l'ombilic; le malade commençait à souffrir cruellement. Nouvelle tentative prolongée de cathétérisme avec une sonde plus grosse; même résultat (même prescription).

Le 4, la vessie, un peu déviée à gauche, atteignait les fausses côtes; son globe se dessinait parfaitement sous les doigts chez cet homme maigre et de frêle musculature. État d'agitation extrême; souffrances atroces; facies exprimant la frayeur. Les tentatives de cathétérisme furent recommencées avec le plus de soin possible et avec des sondes de toutes les grosseurs. Mais, malgré tous les efforts, il ne fut pas possible d'y arriver. Le cas était pressant; le malade se désespérait et souffrait atrocement de la distension exagérée de la vessie; une rupture prochaine était à craindre. Il fallait prendre une détermination. M. Hobon enfonça à 3 centimètres au-dessus du pubis un trocart de moyen calibre, trocart à hydrocèle qu'il avait sous la main. La vessie fut vidée et, comme ce n'était là qu'un moyen palliatif, il retira la canule, ferma la plaie avec un morceau de sparadrap, et reprit, mais toujours en vain, ses tentatives : le canal restait imperméable.

Le 5, la vessie avait repris son volume de la veille; même impossibilité de passer un cathéter : la piqûre de la veille était cicatrisée. Il fallut en faire une nouvelle à peu près au même niveau, mais en laissant cette fois la canule à demeure, l'assujettissant avec quelques bandes de sparadrap, et en recommandant au malade de vider fréquemment la vessie.

Le 6, le malade avait un aspect souriant, qui contrastait avec la physionomie de la veille. Le moral était remonté. Pas de fièvre; pas de douleur à l'hypogastre. Les urines étaient légèrement sanguinolentes. Catéthérisme encore impossible. (Cataplasme laudanisé ; extrait de belladone.)

Les 7, 8 et 9 novembre, l'aspect sanguinolent de l'urine diminue de jour en jour; la fin de l'émission entraîne un peu de pus par la canule. L'état général est satisfaisant : l'appétit et la gaieté renaissent. Le soir, quelques légers frissons, qui disparaissent facilement sous l'influence de quelques doses de sulfate de quinine. Les jours suivants, le mieux général s'accentue. Le malade se lève quelques heures. Pendant tout ce temps, le cathétérisme est fait, prolongé et avec le plus de soin possible; la sonde arrivée à la profondeur de $0^{m}15$ à $0^{m}16$ s'arrête contre un obstacle infranchissable. Par le rectum, on sent une tumeur au niveau de la prostate. Ces tentatives de cathétérisme furent continuées tous les jours jusque dans les derniers jours de novembre, sans plus de résultat. A ce moment, ils furent cessés complétement, sur les instances même du malade qui s'accoutumait à sa canule.

Du reste, l'état général était excellent : pas de fièvre, pas de douleur dans le bas-ventre.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au 25 décembre, jour où M. Hobon proposa d'essayer de nouveau le catéthérisme et introduisit sans trop grande difficulté une sonde n° 30, à bout olivaire. Arrivé à la portion membraneuse de la prostate, il éprouva une sensation de résistance, cette fois facilement vaincue. Il retira par la sonde une grande quantité de pus. La sonde fut laissée à demeure.

Le lendemain, 26 décembre, la canule fut enlevée, et la fistule hypogastrique fermée au moyen d'un carré de sparadrap. Une sonde n° 5 fut laissée deux jours à demeure. Pendant ce temps, les urines laissaient déposer une assez grande quantité de pus, et il s'en écoulait également entre les parois de la sonde et du canal, pour venir sourdre au méat : les parois de la sonde en étaient enduits.

Le 28, une sonde n° 7 passa sans grande difficulté et fut laissée, mais en prescrivant au malade de l'ôter quelques heures dans la journée. La fistule était complétement guérie.

A partir des premiers jours de janvier, le malade s'est sondé lui-même trois à quatre fois par jour.

Le 15 janvier, M. Hobon passe la sonde n° 7 sans aucune difficulté. L'urine ne dépose plus; l'écoulement purulent n'a plus lieu; le malade a repris son genre de vie habituel.

Ce fait est intéressant à un double point de vue; comme exemple d'engorgement inflammatoire de la prostate oblitérant d'une manière complète le canal, au point de produire une rétention d'urine absolue et de rendre tout catéthérisme impossible; et aussi commme exemple de l'innocuité de la ponction hypogastrique de la vessie, qui a permis d'arriver à la fin de la période inflammatoire, d'obvier à l'oblitération du canal et d'attendre la sortie du pus qui s'est faite par la vessie et par l'urèthre.

Quelques cas d'anévrysmes internes méconnus pendant la vie.

Voici quelques faits que nous relevons dans les derniers comptes rendus de la Société anatomique, et qui sont bien faits pour dérouter le diagnostic le plus sagace et le pronostic le plus prudent; ce sont des cas d'anévrysmes profonds presque impossibles à reconnaître où à soupçonner même, pendant la vie et dont la rupture spontanée par des voies diverses entraîne ordinairement une mort subite que rien ne pouvait faire prévoir ou quelquefoi donnent lieu pendant un temps plus ou moins long à une série de phènomènes bien faits pour dérouter le clinicien le plus habile. Il est très-utile de connaître ces faits dont la possibilité doit toujours rester présente à l'esprit du médecin, et qui, dans quelques circonstances peuvent être d'une très-grande importance au point de vue médico-légal.

Un homme de trente-neuf ans, entrait en septembre dernier dans le service de M. Lépine, à l'hôpital Temporaire de la rue de Sèvres, pour une pleurésie gauche avec épanchement. Par l'exploration, on ne constate autre chose, en dehors de la pleurésie, que la difficulté très-grande que cet homme éprouve à se mettre sur son séant. Le traitement approprié à la pleurésie est institué. Le malade va un peu mieux dès le lendemain et les jours suivants, lorsque le sixième jour de son séjour à l'hôpital, après avoir éprouvé des douleurs dans le membre abdominal gauche, il se réveille brusquement dans la nuit, accusant une douleur vive dans l'abdomen; quelques instans après il était mort.

A l'autopsie, on trouve la cavité abdominale gauche remplie de caillots sanguins, la rate et le sein de ce côté entourés d'une masse de caillots noirâtres, et, en soulevant les intestins, on tombe sur une vaste tumeur anévrysmale de l'aorte abdominale, siégeant au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, et reposant sur la face antérieure et le côté gauche de la colonne vertébrale. Les corps des trois vertèbres en rapport avec l'anévrysme étaient usés; mais le canal vertébral n'était point ouvert.

— A peu près à la même époque un homme mourait, dans le service de M. Potain, à Necker, à la suite d'hémoptysies très-abondantes et répétées. Les signes physiques indiquaient plutôt un ramollissement de foyers caséeux qu'une grande excavation au sommet gauche du poumon. A l'examen cadavérique on trouva une caverne qui n'avait guère plus que la grosseur d'une noisette; mais cette caverne était en quelque sorte comme tapissée par les parois d'un anévrysme form aux dépens d'une petite branche de l'artère pulmonaire, qui s'était ouvert dans cette petite cavité.

— Mais un fait bien plus curieux encore, et qui a tenu longtemps en haleine les plus habiles cliniciens, est celui qui s'est passé, il y a déjà quelque temps, dans le service de clinique de l'hôpital de la Charité et dans lequel des hémoptysies persistantes pendant plusieurs mois, dont on cherchait vainement la cause, s'étant terminées par une hémoptysie foudroyante, on reconnut à l'autopsie l'existence d'un anévrysme de l'aorte ouvert dans les bronches. Les détails de ce fait sont trop curieux pour nous borner à ce simple énoncé, mais trop longs pour que nous puissions les exposer aujourd'hui. Ce sera pour la revue prochaine. Dr Brochin.

CARIES OSSEUSES, ABCES OSSIFLUENTS

ET FISTULES CONSÉCUTIVES CHEZ DES SCROFULEUX; GUÉRISON RAPIDE PAR LE PHOSPHATE DE CHAUX

Par le docteur D. de Riols.

Les bons effets du phosphate de chaux dans les manifestations ordinaires de la scrofule sont trop connus, pour qu'il soit nécessaire d'en parler; mais il peut être intéressant de signaler son action dans les accidents graves qui accompagnent quelquefois cette diathèse. Ici la thérapeutique est souvent impuissante en effet, et l'on doit s'estimer heureux de rencontrer un médicament doué de quelque efficacité; or, elle a été remarquable dans les deux cas que nous allons relater.

Fernand D..., âgé de dix-sept ans, a eu dans son enfance des ganglions suppurés dont il porte de nombreuses traces, et il y a quinze mois qu'il est atteint de la maladie pour laquelle il demande nos conseils.

Il a déjà fait une saison de Baréges, il a pris en quantité de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer; on

lui a fait de nombreuses injections de teinture d'iode, d'eau phéniquée et autres topiques qu'il ne peut nous indiquer, le tout sans résultats.

État actuel. — L'amaigrissement est extrême, la constitution profondément altérée. — La région tibiale gauche présente au tiers moyen un gonflement considérable; la peau, de couleur vineuse, est adhérente aux tissus sous-jacents. Une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, à bords fongueux, se montre à la partie supérieure et donne issue à une secrétion séro-purulente fétide. Un stylet pénètre facilement à trois centimètres entre le tissu cellulaire et la substance osseuse, et on entend une crépitation caractéristique.

Comme traitement général, je prescris, à l'exclusion de tout autre médicament, quatre cuillerées par jour de solution de chlorhydro-phosphate de chaux, à prendre aux repas dans un peu de vin pur; régime aussi substantiel que possible. — Localement, je me borne à des irrigations d'eau alcoolisée et à l'application d'un gâteau de charpie imbibée d'eau chlorurée (hypochlorite de chaux).

Dès le dixième jour, l'état général s'était notablement amendé; un mois après, l'embonpoint était revenu, le gonflement avait disparu, l'ulcération s'était limitée et la secrétion purulente existait à peine. Enfin, deux mois après le début du traitement, la cicatrisation était complète, et l'état général excellent.

Le second cas ne m'appartient pas. Il m'a été communiqué par mon ami le docteur Dichary, qui a bien voulu me remettre à ce sujet une note sommaire; mais je connais la malade, je l'ai vue ces jours-ci, et depuis trois ans elle jouit d'une santé parfaite.

Mademoiselle C..., couturière, 14, rue de Lancry, est âgée de vingt ans. — Elle est anémique, délicate et présente les attributs du tempérament lymphatique.

Le 30 mai 1873, je fus appelé pour examiner son pied gauche qui depuis plusieurs jours présentait un gonflement douloureux. — Je trouvais à la face dorsale, plusieurs points fluctuants et je me bornais à prescrire des cataplasmes. — Bientôt il se fit plusieurs ouvertures spontanées qui furent suivies d'ulcérations assez étendues. Puis, à son tour, le talon devint le siége de violentes douleurs, d'abcès suivis de fistules, et on put facilement constater une carie du calcanéum.

Malgré un traitement général et local énergique, la situation resta la même jusqu'au 2 juillet. Ce jour-là, M. Demarquay appelé en consultation, engagea la malade à entrer à la maison municipale de santé. — Elle y fit un assez long séjour, mais ne voyant aucune amélioration, elle retourna chez ses parents.

Le pied était toujours très-gonflé, les fistules persistaient, et l'état général s'altérait de plus en plus, malgré un excellent régime et l'emploi des divers toniques, quinquina, fer, huile de foie de morue, etc. — C'est dans ces conditions que je lui conseillais la solution Coirre de chlorhydro-phosphate de chaux. — Une amélioration des plus sensibles eut lieu tout d'abord dans l'état général. Les joues se colorèrent, l'appétit et l'embonpoint revinrent; puis le pied diminua de volume, les fistules se tarirent, et la malade put faire facilement de longues promenades. — Après trois mois, la guérison était complète.

Quoique un peu écourtées, ces deux observations suffisent néanmoins pour montrer tout le parti que l'on peut tirer du phosphate de chaux et particulièrement du chlorhydro-phosphate de chaux dans le traitement des accidents graves de la scrofule, si longs en général à disparaître. Deux à trois mois ont, en effet, suffi pour obtenir une guérison définitive dans deux cas graves, déjà anciens, et chez lesquels toutes les ressources ordinaires avaient échoué.

Il nous semble, de plus, qu'on ne peut méconnaître l'action toute spéciale que le phosphate de chaux exerce dans ces cas, sur la réparation du tissu osseux, action dont on retrouve d'autres exemples dans le cas de fractures ou de blessures des os. — Une simple action reconstituante, comme celle qui a lieu dans l'anémie, la chlorose, la scrofule ordinaire, la phthisie, ne saurait suffire, en effet, pour expliquer des guérisons aussi rapides.

REVUE DE LA PRESSE

Valeur de l'otorrhagie dans la fracture du rocher. — On a généralement une certaine tendance à donner à l'otorrhagie une signification absolue dans le sens d'une fracture du rocher. M. le docteur Duplay a étudié, dans une leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, ce symptôme, et il a montré dans quelles circonstances on peut le rencontrer, sans cependant qu'il y ait une lésion aussi grave de la boîte osseuse. Non-seulement l'otorrhagie a lieu, dans le cas d'enfoncement de la paroi inférieure du conduit auditif externe par le condyle du maxillaire, non-seulement on l'observe dans le cas de fracture de l'apophyse mastoïde par un choc direct, mais elle peut encore reconnaître pour cause des lésions plus légères encore, telle que la simple déchirure de la membrane du tympan. Dans certains cas, le diagnostic est facile, mais il en est d'autres, surtout où l'otorrhagie s'accompagne de signes de commotion violente, de contusion, de compression du cerveau, dans lesquels on serait fortement porté à croire à une fracture du rocher. On diagnostiquera cette dernière d'abord par l'intensité de la commotion; une stupeur profonde et persistante indiquera un ébranlement considérable et pourra faire pencher vers l'idée d'une fracture. L'analyse chimique de l'écoulement séreux continuera ce diagnostic; si elle démontre qu'il est faiblement albumineux et qu'il renferme une proportion de chlorure de sodium assez notable, c'est que ce liquide n'est autre que le liquide céphalo-rachidien. De plus, l'otite séreuse ne s'établit qu'après quelques jours, tandis que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien est immédiat. De même, l'hémiplégie faciale, qui accompagne parfois la fracture du rocher, suit immédiatement le traumatisme et ne se prononce, au contraire, que tardivement dans l'otite moyenne. Enfin, la fonction auditive est complétement abolie dans le cas de fracture du rocher, tandis que la surdité relative qui suit la déchirure du tympan et l'otite moyenne n'apparaissent que tardivement. Cette déchirure de la membrane du tympan peut survenir par le refoulement brusque de la colonne d'air renfermée dans le conduit auditif, ou bien à la suite de violences traumatiques insuffisantes pour déterminer une fracture du crâne. — (*Prog. méd.*)

De la dyspepsie chez les nouveau-nés. — M. le docteur J. Simon indique, de la manière suivante, les signes de la dyspepsie chez les nouveau-nés et le moyen de la combattre.

Dès le début, l'enfant se plaint après chaque tetée, son ventre se ballonne et ses garde-robes s'altèrent. L'enfant devient grognon; il ne veut plus rester dans son berceau et souvent il est tourmenté par des hoquets. La respiration s'accélère, le sommeil fait défaut ou est troublé par la moindre cause. Parfois, des contractions passagères parcourent les muscles de la face. Le ventre est ballonné, résistant, sensible à la pression. Les garde-robes deviennent rares, fréquentes, granuleuses, composées de lait caillé blanc non digéré, de produits jaunes de la digestion, de glaires, de liquides bilieux, d'une odeur fade ou très-pénétrante. L'enfant réclame le sein à tout propos; la tetée est fréquemment interrompue par des coliques provoquées par l'ingestion du lait, sous l'influence desquelles il se tord dans les bras de sa nourrice. Le visage devient pâle, grimaçant, pendant que le pouls s'accélère et que les extrémités se refroidissent.

Ces signes, qui sont ceux du début, alors que la dyspepsie est encore limitée à l'estomac, ne sauraient être confondus avec un simple embarras gastrique. Dans cette affection, en effet, la langue est large, saburrale; le foie volumineux; les selles rares ou très-liquides, bilieuses, et l'état général présente un mouvement fébrile bien marqué. La gorge, la poitrine ou les fosses nasales présentent ordinairement une légère inflammation de la muqueuse. Enfin l'embarras gastrique, contrairement à l'état dyspeptique, se déclare rapidement et disparaît en quelques jours.

Enfin, on connaît les signes de l'entérite : coliques vives, diarrhée verdâtre, fièvre constante, altération plus profonde des traits, ventre très-tendu, chaud et très-sensible. Et à ces signes viennent se joindre des vomissements incessants de lait, de bile, de matières verdâtres, que l'on ne peut rattacher à une affection cérébrale. On a évidemment affaire à une gastro-entérite.

Mais la dyspepsie est elle intestinale, stomacale ou gastro-intestinale? Si les vomissements ou la lientérie prédominent, ils indiquent que l'affection porte ou sur l'estomac ou sur l'intestin. Si, au contraire, ces deux ordres de symptômes existent à la fois, leur association signifie l'extension de la maladie à tout le reste du tube digestif.

La cause la plus fréquente de la dyspepsie étant une alimentation vicieuse, nullement en rapport avec l'âge ou le développement de l'enfant, on s'appliquera d'abord à la faire disparaître, et pour cela, on s'assurera par des pesées de la quantité de lait puisé à chaque tetée. On examine également la qualité de cet aliment, s'il n'est pas trop riche en matières substantielles ou trop pauvres, et on y remédiera en soumettant la nourrice à une hygiène convenable. Pour faciliter la digestion, on couchera l'enfant sur le côté, particulièrement à droite; on remédiera à la constipation par des lavements et de la magnésie; on supprimera enfin les bains, qui sont une débilitation pour les petits malades.

Si la dyspepsie prend sa source dans l'état des organes abdominaux, on appliquera un bandage inguinal ou abdominal. Si, au contraire, elle est due à la lumière, aux parfums, au bruit, on calmera l'enfant avec de l'eau de fleurs d'oranger, de laurier-cerise, des bains de tilleul.

Enfin, contre la dyspepsie elle-même, on aura recours au carbonate de magnésie, à l'association du bismuth et de la magnésie calcinée, aux eaux de Vals, de Vichy, le bicarbonate de soude, l'eau de chaux, la potion de Rivière, etc. Contre la diarrhée, on se trouvera bien des lavements émollients amidonnés, cuits.

Une préparation dont M. Simon obtient, dans ces cas, d'excellents résultats, est la suivante:

Eau de gomme	100	grammes.
Bismuth	4	—
Eau de chaux	10	—
Laudanum de Sydenham	1	goutte.
Sirop	20	grammes.

Enfin, si ces moyens échouent, on pourra appliquer au creux de l'épigastre quelques petits vésicatoires volants et pratiquer journellement des fomentations chaudes d'alcool et de lavande sur les membres inférieurs. — (*Un. méd.*)

Du rôle du calomel dans le traitement de la dysenterie. — D'après M. le docteur Puglièse, de Tarare, l'agent le plus efficace, spécifique même, dans le traitement de la dysenterie, serait le calomel. C'est à ce sel de mercure que seraient dus tous les succès que l'on obtient avec ces diverses préparations préconisées par chacun de leurs auteurs, et dans la composition desquelles il entre toujours à dose plus ou moins élevée. Ceci serait si vrai, dit l'auteur, que jamais on n'aurait vanté l'emploi isolé de l'opium, du jalap, de l'ipéca, auxquels on associe le plus ordinairement le calomel et qui, loin d'ajouter à sa force, ne fait souvent qu'entraver son action. Aussi M. Puglièse emploie-t-il toujours le calomel seul, à doses divisées de 10 centigrammes par paquet, qu'il fait prendre d'heure en heure ou toutes les deux heures, suivant les cas, et cela jusqu'à 12 ou 15. Enfin, le poison dysentérique, appartenant à la classe des hyposthénisants M. Puglièse a recours en même temps aux excitants, tels que le café, les vins généreux, le quinquina, etc. — (*Lyon méd.*)

De la gravité des plaies du poumon par projectiles de guerre. — On s'accorde généralement à regarder comme mortelle toute plaie du poumon par arme à feu. Cependant de nombreux exemples, observés lors de notre dernière guerre, sembleraient témoigner qu'il n'en est pas toujours ainsi; et, récemment encore, M. le docteur Lemaistre a signalé un nouveau fait qui viendrait à l'appui de cette dernière opinion. Il est relatif à un individu, qui s'était tiré un coup de révolver dans l'abdomen, et chez lequel la balle, après avoir traversé le diaphragne, le poumon droit, la plèvre, les parois thoraciques, était allée se fixer sur le tendon huméral du grand dorsal. Chez ce malade tout s'est passé sans autre accident qu'une pleurésie, et, un mois et demi plus tard, la guérison était complète.

Cette bénignité relative, qui caractériserait actuellement les lésions du poumon par projectile de guerre, serait due, d'après M. Lemaistre, à la substitution des balles coniques aux balles rondes. Au lieu de détruire comme celle-ci, tout ce qu'elles rencontrent sur leurs passages, les premiers pénètreraient surtout en écartant, en refoulant ses parties, à la manière d'une aiguille. — (*Journ. de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne.*)

Du psoriasis de la langue. — M. le professeur Trélat a récemment appelé l'attention de ses collègues de la Société de chirurgie, sur une affection qu'il désigne sous le nom de psoriasis de la langue et qui, après avoir débuté le plus plus souvent par des taches blanches, pourrait revêtir la forme ulcéreuse et se transformer en tumeurs épithéliales et même en cancroïdes. Dans ces deux circonstances, l'ablation par l'instrument tranchant des parties malades pourrait seule amener la guérison.

M. le docteur Devergie a eu fréquemment l'occasion d'observer cette maladie, à laquelle il a donné le nom de psoriasis et qu'il regarde comme une affection bien moins grave que le prétend M. Trélat. Pour ce savant dermatologiste, elle consisterait au début dans l'existence d'une petite tache blanche opaline, siégeant dans l'épithélium de la muqueuse linguale, indolore, soit spontanément, soit au toucher, et enfin ne s'accompagnant d'aucun état inflammatoire, dans sa circonférence ni dans l'épaisseur des tissus. Cette affection, d'après E. Devergie, n'aurait donc rien de commun avec le psoriasis de la peau, maladie caractérisée par l'épaississement ou inflammation généralement chronique de la peau et par la production ou la secrétion d'un épiderme plus ou moins adhérent. En effet, non-seulement dans le soi-disant psoriasis de la langue, il ne se détacherait pas un atome d'épiderme, non-seulement on n'observerait pas cette inflammation qui accompagne toujours l'affection analogue de la peau, mais encore la première pourrait revêtir deux formes graves, qu'on ne rencontre jamais dans le psoriasis qui se développe à la surface des téguments, à savoir, la transformation de ces taches en tumeurs épithéliales et en cancroïdes.

Pour toutes ces raisons, M. Devergie préfère se borner à dire: taches blanches épithéliales de la langue.

Quant au traitement qui, d'après M. Trélat réclamerait l'intervention du bistouri, il consiste pour M. Devergie, dans la simple cautérisation des plaques laiteuses avec le caustique suivant:

Eau distillée	8	grammes.
Protonitrate de mercure cristallisé	4	»
Acide acétique	2	»

(*Un. méd.*)

Des signes de la dilation cylindrique de l'aorte thoracique ascendante. — Un des caractères de la dilatation cylindrique de l'aorte thoracique ascendante serait, pour M. le docteur Guéneau de Mussy, la perception sur le trajet de ce vaisseau d'un souffle tympanique dû à la propagation du second bruit du cœur. Son maximum d'intensité correspondrait au trajet de la portion ascendante de l'aorte, mais souvent il retentirait au loin dans toute la partie antérieure du côté droit ou derrière le sternum, quelquefois à gauche et même en arrière, près du rachis. Son intensité serait en rapport de l'étendue de la dilatation et de la rigidité des parois vasculaires. Cette modification du second bruit pourrait être le seul signe de l'artériectasie; mais, dans certains cas, il existerait en même temps, derrière le sternum et le long de cet os, une matité qui lui serait parallèle et mesurerait l'élargissement du vaisseau. D'autre part, quand l'aorte déborde le sternum et quand la dilatation aortique remonte jusqu'à la crosse, on pourrait sentir, à la naissance de celle-ci, une impulsion vague et profonde, isochrone à la systole ventriculaire. Enfin ces caractères seraient plus ou moins modifiés, quand une tumeur viendrait s'ajouter à la dilatation cylindrique. On pourrait alors, ainsi que l'a fait M. Guéneau de Mussy, diagnostiquer l'association de ces deux lésions par la réunion des signes propres à l'une et à l'autre. — (*France méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1877. — Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Houel, président sortant, invite M. Panas à prendre place au fauteuil.

M. Panas exprime à ses collègues les sentiments que lui a inspirés l'unanimité de leurs suffrages, et, sur sa proposition, des remercîments sont votés à son prédécesseur et au bureau sortant.

CORRESPONDANCE

M. Paulet, secrétaire général, dépouille la correspondance qui comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Une lettre de M. Cras (de Brest), membre correspondant, qui adresse une observation d'*anévrysme de l'artère radiale* suivie de réflexions venant à l'appui de l'observation lue par M. Cazin (de Boulogne), dans la séance du 10 janvier.

3° Une intéressante observation due à M. Kœberlé (de Strasbourg), membre correspondant, de *rétroversion irréductible de l'utérus ayant amené par la compression de l'intestin un arrêt complet des matières fécales accompagné des symptômes ordinaires de l'obstruction intestinale, guérie par la gastrotomie.* L'utérus fut redressé en passant le doigt par l'ouverture faite à la paroi abdominale, et les accidents cessèrent. Profitant de l'incision déjà faite, le chirurgien fixa un des ligaments dans la plaie, dans le but d'obtenir l'adhérence de l'utérus à la paroi, et obtint en effet la guérison complète. Il avait sacrifié un ovaire sain, mais il n'eut pas agi ainsi si l'ouverture du ventre n'avait été déjà faite pour une opération d'absolue nécessité. Il s'élèverait au contraire violemment contre une opération de ce genre faite d'emblée pour redresser un utérus infléchi.

4° Une lettre adressée par M. Péan, en réponse aux attaques dont il a été l'objet de la part de M. Kœberlé, dans une séance récente de la Société. Après quelques observations de MM. Perrin, Verneuil, Le Fort, Desprès et Guyon, une commission composée de MM. Le Fort, Perrin et Desprès, rapporteurs, est chargée de faire un rapport sur cette lettre qui soulève une question délicate de droit en même temps qu'une question importante de priorité.

PRÉSENTATIONS

M. Verneuil présente :

1° De la part de M. Reclus, aide d'anatomie, une observation d'*épithélioma terébrant du maxillaire supérieur ;*

2° Une thèse d'un de ses élèves sur le *traitement des anévrysmes de l'aorte abdominale par la compression de l'aorte avec anesthésie ;*

3° Un travail de M. Longuet, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, intitulé : *de l'Influence des maladies du foie sur la marche des lésions traumatiques ;*

4° Une lettre de M. Albert (de Vienne), membre correspondant étranger, rappelant trois observations de *kyste huileux*, dont deux ont été publiées par lui dans un manuel de chirurgie et dont la troisième est due à un chirurgien de Prague. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un kyste huileux du cou ;

5° Au nom de M. Nicaise et des autres directeurs, le premier numéro d'une *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.*

M. le Président annonce que MM. Dumesnil (de Rouen) et Gayet (de Lyon), membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATIONS

De la commotion cérébrale. — M. Dumesnil donne lecture d'un travail sur la *commotion cérébrale* qu'il considère comme entité morbide. Dans les autopsies de deux sujets emportés rapidement par la commotion cérébrale et dont l'un était un soldat qui avait sauté d'un quatrième étage lors de l'incendie du théâtre des Arts, et l'autre une petite fille de sept ans qui avait reçu sur la tête un corps lourd, M. Dumesnil ne constata aucune fracture. Les principales lésions étaient une exhalation de sang dans les mailles de la pie-mère, assez considérable pour donner à celle-ci une teinte rouge vif, l'aplatissement des circonvolutions, un piqueté de la substance cérébrale, lésions ayant amené une perturbation de l'innervation vaso-motrice et par suite une congestion pulmonaire qui semble avoir causé la mort. Le cœur était vide. L'auteur pense que, dans tous les cas de mort par commotion cérébrale, on doit retrouver ces lésions. Ceux dans lesquels on ne les trouverait pas ne doivent pas être rapportés à la commotion.

De l'emploi du cautère actuel dans le traitement des maladies de la cornée. — M. Gayet expose les résultats qu'il a obtenus de la *cautérisation ignée appliquée aux maladies de la cornée.* Des expériences faites sur des animaux avec un cautère très-fin, lui ont démontré que cette opération n'était pas suivie d'une très-grande réaction, comme on pourrait le craindre, et que la plaie produite guérissait rapidement et avec simplicité. Quoique l'auteur se propose d'étudier encore cette question, les résultats obtenus lui ont paru assez satisfaisants pour qu'il en fasse dès maintenant l'objet d'une communication. La première fois qu'il osa appliquer à l'homme ce nouveau moyen thérapeutique, il s'agissait d'un de ces ulcères atoniques profonds, en coup de burin, à fond blanc, pulpeux, qui occupait le centre de la cornée depuis cinq mois, et qui, loin de s'améliorer sous l'influence des traitements ordinaires, s'aggravait au contraire continuellement. Après une cautérisation faite avec une aiguille de Baer rougie, cet ulcère guérit en huit jours.

Dans un autre cas, un peu de même nature, mais plus grave, une kératite panneuse consécutive à l'ulcération des cartilages tarses et compliquée d'ectropion, un second succès vint encore encourager ces tentatives.

Le traitement, par cette méthode, des abcès profonds de la cornée offre de grands avantages. Les plaies se détergent beaucoup plus rapidement que par les autres traitements, mais, comme dans celui de Sœmisch, il faut quelquefois y revenir à plusieurs reprises. D'ailleurs cette cautérisation légère n'est pas douloureuse, et le malade, s'il n'est pas prévenu, ne se doute pas de ce qu'on lui fait, et M. Gayet s'est convaincu qu'elle n'est pas non plus dangereuse. Dans un cas tout récent, un fait curieux s'est produit ; il s'agissait d'un abcès occupant les deux tiers de la cornée et déjà pulpeux en un point. Ce point fut touché au fer rouge, et au même instant toute la bordure de l'abcès en rapport avec la cornée saine reprit tout à coup sa transparence sur une étendue de deux millimètres. Il a déjà été touché à plusieurs reprises et est en voie d'amélioration.

DISCUSSION

M. Perrin. Les expériences très-intéressantes de M. Gayet montrent, une fois de plus, combien il y a de ressources dans la cornée comme puissance de réparation ; mais il y aurait danger à accepter la pratique qu'il propose au détriment de celle de Sœmisch, dont les résultats sont excellents et le procédé simple. La cicatrice linéaire qui résulte de l'opération de Sœmisch nuit peu à la vision, même dans les cas d'ulcération centrale de la cornée. Elle s'animait peu à peu. M. Perrin a été tellement satisfait des résultats qu'elle donne qu'après ne l'avoir appliquée d'abord qu'aux ulcères serpigineux, il en est venu à l'employer pour tous ceux qui résistent un peu longtemps à un traitement local et général. Jamais sur environ trente cas qu'il pourrait réunir, il n'a eu à combattre de synéchie antérieure, complication qu'on reproche à l'opération de Sœmisch. Peut-être fait-il une incision moins étendue que ce dernier.

M. Giraud-Teulon s'étonne de nombre d'opérations faites par M. Perrin pour un cas aussi bizarre.

M. Perrin répond qu'il a étendu cette opération à des cas qui ne sont pas indiqués par Sœmisch, poussé par les excellents résultats qu'elle donne.

M. Terrier. M. Gayet a cité trois faits dans lesquels il s'agit d'un ulcère atonique, d'un abcès de la cornée, d'une kératite panneuse. Cette dernière maladie s'accompagne fréquemment d'un hypopion, on l'a même appelée *ulcère à hypopion.* L'incision, large, permet de réduire l'hypopion et donne d'ailleurs une cicatrice peu gênante, tandis que la cautérisation produit un leucome qui est persistant.

M. GAYET répond à M. Terrier qu'il n'en est encore qu'à la période d'expérience, et à M. Giraud-Teulon, qu'il a déjà réuni douze observations d'opérations de Sœmisch, dont dix pratiquées pour des abcès très-graves, de grande dimension, menaçants, qui ont même quelquefois résisté à ce traitement, malgré la précaution de déterger la plaie deux fois par jour, comme il l'a observé dans l'ulcère des moissonneurs, qui se termine si souvent par synéchie et leucome.

M. TRÉLAT vient d'examiner les cautères dont se sert M. Gayet, et dont quelques-uns lui paraissent très-volumineux pour certaines opérations très-délicates. Dans certains cas, comme le trichiasis rebelle, une anse très-mince de galvano-cautère, dont on peut régler la température avec le doigt, lui a été très-utile pour faire de petites cautérisations.

COMMUNICATIONS

Corps étranger de la vessie. — Hernie ombilicale étranglée. — M. NICAISE a extrait de la vessie d'un homme de soixante-dix ans une tige de blé vert qui y avait été introduite dix jours auparavant. Ce corps étranger avait déterminé du ténesme et de la cystite. L'extraction fut faite sans difficulté avec le lithotriteur à cuiller. Cette tige avait 17 centimètres de long; elle avait conservé sa consistance et sa couleur, et était déjà recouverte par places de petites incrustations phosphatiques. Le malade sortait guéri trois jours après.

La seconde communication de M. Nicaise a trait à une hernie ombilicale étranglée qu'il a eue à opérer dans les circonstances suivantes : une femme de cinquante-quatre ans, marchande des quatre saisons, obligée par sa profession de faire de violents efforts de voix, portait depuis l'âge de trente-quatre ans une hernie ombilicale qu'elle réduisait d'abord facilement. Un bandage fut appliqué, mais depuis douze ans elle ne s'en servait plus. Lorsqu'on apporta cette femme dans son service, la hernie était étranglée depuis cinquante-huit heures, aucun taxis n'avait été fait que par la malade elle-même. M. Nicaise fit une incision en T et découvrit une masse peu volumineuse, résistante, jaunâtre, vasculaire, comme graisseuse, qui était le sac. Les parois avaient 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Il n'y avait pas de péritonite herniaire ni de lésion grave de l'intestin. Après l'ouverture du sac la réduction fut facile, et la guérison fut le résultat de cette grave opération.

Cette observation est à ajouter à celles mentionnées l'année dernière par MM. Desprès, Perrin, A. Guérin, Verneuil, et répond aux objections faites contre toute intervention chirurgicale dans les cas d'hernie ombilicale étranglée, d'un certain volume.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. DE SAINT-GERMAIN présente un appareil qu'il a fait fabriquer et qu'il se propose d'appliquer aux coxalgiques de son service.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. ANGER présente un enchondrome de la glande sous-maxillaire dont il a fait l'extraction dans son service. Ces cas sont rares. L'observation qu'il résume sera la quatrième publiée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 janvier 1877, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : M. le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine à la Martinique.

Au grade de chevalier : M. Merlaux, dit Ponty, médecin de première classe de la marine.

— Dans sa séance du 23 janvier, le conseil municipal de Paris a adopté le projet d'agrandissement de l'École de médecine, dans la limite d'une dépense de 3,992,413 francs. Il a été décidé que le plan de la façade qui doit s'élever sur le boulevard Saint-Germain sera mis au concours.

— *Ophthalmoscopie médicale et cérébroscopie.* — M. Bouchut commencera le mardi 30 janvier, à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, ses leçons d'ophthalmoscopie médicale à l'aide de projections lumineuses oxhydriques.

— L'Association des médecins de la Seine tiendra son assemblée générale annuelle le dimanche 28 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Barth.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'année 1876 par le secrétaire général. — 2° Ratification des décisions adoptées par la commission générale dans sa séance du 5 mai 1876 : *a*). Désormais, en exécution de l'article 6 des statuts, les noms des membres sortants de la commission générale ne seront plus placés dans l'urne lors du tirage au sort des membres appelés à les remplacer. — *b*.) Tout membre nouvellement admis sera convoqué pendant l'année courante aux séances de la commission générale, et y assistera avec voix consultative. — 3° L'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un trésorier. Candidats proposés : président, M. Barth; vice-présidents : MM. Béclard et Noël Guéneau de Mussy; trésorier, M. Genouville. Ces propositions de la commission générale sont de simples indications. — 4° Le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19.

N° 12. — SAMEDI 29 JANVIER 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 29 JANVIER 1876. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

POLICLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE CHIRURGICALE

Le secret médical devant les tribunaux dans le cas de déclaration de naissance

par le docteur BERRUT.

La pratique de la chirurgie des femmes nous amène quelquefois à combattre des causes physiques de stérilité, et dans les cas rares où le succès du traitement donne lieu à une grossesse, il nous est difficile de ne pas accepter d'assister la femme dans son accouchement. Tel est le cas qui vient de se présenter à nous, et comme la situation de la femme était irrégulière, c'est à nous qu'a incombé la mission de faire la déclaration de naissance de l'enfant, déclaration que nous avons dû formuler avec des restrictions insolites. Des faits de ce genre ne se produisant pas dans les services publics des hôpitaux, c'est à la clinique de la ville, qui met plus exactement dans les conditions de la pratique civile, à la policlinique, qu'il appartient d'appeler votre attention sur ces difficultés de l'exercice de notre art.

A ceux d'entre vous que les éventualités de la pratique pourraient placer devant une difficulté semblable, je crois devoir faire connaître les faits en présence desquels je me suis trouvé et les motifs qui ont déterminé ma conduite.

Voici les faits :

Le 7 décembre 1875, à midi, j'ai accouché une femme d'un enfant du sexe féminin.

Le 9 décembre, en présence de MM. les docteurs Adolphe Picard et D..., j'ai présenté cette enfant au bureau de l'état civil de la mairie du 7e arrondissement de Paris, et j'ai déclaré que je lui donnais les noms de *Louise Armande;* qu'elle était née de père et mère inconnus. Ces énonciations ont été inscrites sur le registre. Puis on m'a demandé le domicile de la mère, et sur ma réponse que je ne pouvais le faire connaître, on a refusé de recevoir ma déclaration.

Apprenant que mon interlocuteur, si rigoureux défenseur de la loi, n'avait aucune qualité légale pour refuser ni recevoir ma déclaration, je demandai à voir l'officier de l'état civil lui-même, et le lendemain 10 décembre, je réitérai ma déclaration à M. Arnaud (de l'Ariége), maire du 7e arrondissement, qui, partageant l'opinion de l'employé du bureau, refusa de dresser l'acte de naissance avant d'avoir pris l'avis de M. le procureur de la République.

Le même jour, l'honorable M. Arnaud (de l'Ariége) me faisait écrire que, M. le procureur de la République ayant approuvé sa conduite, il persistait dans son refus.

Le jour suivant 11 décembre, je me rendis auprès de M. Sallantin, procureur de la République, pour lui dire que le maire du 7e arrondissement, s'appuyant sur l'autorité du parquet, refusait de recevoir une déclaration de naissance dans laquelle il m'était impossible de lui indiquer la demeure où l'accouchement avait eu lieu ; que la loi me donnait la mission de faire dresser l'état civil de l'enfant dont j'avais accouché la mère et que je venais lui demander les moyens d'accomplir les obligations que la loi m'imposait.

M. le procureur de la République me répondit que le maire du 7e arrondissement avait le droit de refuser ma déclaration puisque je ne voulais pas indiquer le domicile, et que si je persistais dans mon refus, il me poursuivrait en police correctionnelle.

Après avoir inutilement attendu pendant quatre jours les poursuites du parquet, j'ai prié M. Baudoin, avoué, de faire citer devant la première chambre du tribunal civil de la Seine M. le maire du 7e arrondissement de Paris, pour m'entendre dire aux magistrats que, malgré mes efforts et par la résistance de l'officier public, une enfant née le 7 décembre n'était point ce jour même 23 décembre, inscrite encore sur les registres de l'état civil, alors que la loi exige son inscription dans les trois jours qui suivent l'accouchement, et prier le tribunal de vouloir bien ordonner à l'officier de l'état civil de recevoir ma déclaration.

Voici les motifs qui ont déterminé ma conduite :

Les dispositions législatives relatives aux déclarations de naissance sont contenues dans les trois articles 55, 56, 57 du Code civil.

Art. 55. — « Les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours de l'accouchement à l'officier de l'état civil du lieu : l'enfant lui sera présenté. »

Art. 56. — « La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée; l'acte de naissance sera rédigé de suite en présence de deux témoins. »

Art. 57. — « L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure

et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant, et les prénoms qui lui seront donnés; les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère et ceux des témoins. »

Il est juste de reconnaître que, dans la grande majorité des cas, toutes les fois que la situation est régulière, toutes les prescriptions des articles précédents doivent être remplies et elles le sont; mais il y a des exceptions, et nous sommes en présence d'une de ces exceptions que l'officier de l'état civil ne veut pas admettre.

Dans l'opinion de l'officier de l'état civil comme dans celle que je soutiens, il y a concordance d'appréciation sur le caractère impératif, absolument obligatoire des articles 55 et 56, à savoir : que la déclaration de naissance doit être faite, à défaut du père, par le chirurgien, et dans les trois jours qui suivent l'accouchement; les prescriptions des articles 55 et 56, je les ai remplies; toute la divergence porte sur l'interprétation, la signification, la valeur de l'article 57.

Me Hubert-Valleroux, au nom de M. le maire du 7e arrondissement, et M. Laval, substitut, au nom de M. le procureur de la République, ont soutenu que les dispositions de l'article 57 devaient être, dans tous les cas, exécutées d'une manière aussi étroite que celles incluses dans les articles 55 et 56.

Pour prouver qu'on ne saurait établir une parité entre le caractère obligatoire des articles 55 et 56 et les dispositions de l'article 57, il me suffirait de citer sur ce point la conduite et les habitudes de l'officier de l'état civil. Quand, le 9 décembre, j'ai commencé ma déclaration à la mairie du 7e arrondissement, j'ai indiqué les prénoms Louise-Armande, que je donnais à l'enfant par moi présentée; l'employé les a écrits sur son registre. Il m'a demandé les noms et prénoms des père et mère; j'ai répondu de *père et mère inconnus*; il a écrit cette mention sur son registre. Il m'a alors dit de lui indiquer le domicile; j'ai répondu de *domicile inconnu;* c'est alors seulement qu'il a refusé ma déclaration, parce que je n'indiquais pas le domicile. Mais les énonciations contenues dans l'article 57 sont « mises sur la même ligne; elles ne sont pas plus étroitement obligatoires les unes que les autres, » et parmi ces énonciations, se trouvent le nom de la mère, que le bureau de l'état civil accepte de ne pas mettre, et le domicile, que le bureau de l'état civil exige sous peine de refus d'état civil. Il y a là un arbitraire qui me paraît difficile à justifier.

J'ajoute qu'en accordant de ne pas donner le nom de la mère, qu'en acceptant la mention de *mère inconnue*, l'officier de l'état civil reconnaît que les dispositions de l'article 57 ne sont pas impératives, comme celles des articles 55 et 56; mais il veut substituer une fiction à une réalité, alors que ne demandant pas le nom de la mère, il exige le domicile. Il est bien évident, en effet, qu'une femme peut difficilement dissimuler une grossesse à tous les habitants d'une maison; que l'accouchement, par des visites fréquentes et prolongées du chirurgien, ne peut passer inaperçu, et qu'exiger le domicile équivaut à avoir tous les moyens de connaître le nom de la mère.

La différence qui existe entre les articles 55 et 56 d'une part, et l'article 57 d'autre part, est accusée par la loi elle-même.

L'article 346 du Code pénal porte :

« Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil et dans les délais fixés par l'article 55 du même code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 16 francs à 300 francs. »

Cette pénalité, qui atteint la violation des articles 55 et 56, visés par l'article 346, n'est pas applicable à l'omission des dispositions de l'article 57 non visé. Il y a donc entre ce troisième article et les deux premiers, une différence accusée par la loi elle-même; et M. le procureur de la République émettait une opinion au moins contestable au moment où, parce que j'avais refusé d'indiquer le domicile, une des énonciations de l'article 57, il me menaçait de la police correctionnelle et de l'article 346 du Code pénal, qui ne vise point l'article 57 du Code civil.

Si l'opinion soutenue par M. le procureur de la République était admise comme l'expression de la loi, elle créerait au chirurgien une position difficile.

Il ne peut, en effet, prendre que deux partis : ou bien ne pas dire le domicile où a eu lieu l'accouchement, et alors, dans l'interprétation de M. le procureur de la République, il serait passible de l'amende et de la prison, en vertu de l'article 346 du Code pénal; ou bien dire le domicile dont la connaissance lui a été confiée à raison de l'exercice de sa profession et sous le sceau du secret, et alors, selon l'interprétation constante de la Cour de cassation, se voir condamner à l'amende et à la prison par l'application de l'article 378 du Code pénal qui, sous la sanction de ces peines, ordonne aux médecins et aux chirurgiens de ne pas révéler les secrets qu'on leur confie.

Il faut reconnaître que, si la loi renfermait des dispositions à ce point comminatoires, elle ne donnerait pas une haute idée de la prévoyance du législateur.

Heureusement, messieurs, telle n'est pas la loi, et pour saisir, sur l'interprétation de l'article 57, la véritable pensée du législateur, il suffit de jeter un regard sur l'évolution même de la loi.

La loi du 20 septembre 1792 portait, dans le titre des naissances :

Art. 1er. — Que les actes de naissance seraient dressés dans les vingt-quatre heures de la déclaration.

Art. 2. — Que le mari de la femme ferait la déclaration.

Art. 3. — Qu'à défaut du mari, le chirurgien ferait la déclaration.

Art. 4. — Quand l'accouchement se fera dans la maison d'autrui, la personne qui commandera dans cette maison déclarera la naissance.

Art. 5. — En cas de contravention aux précédents articles, la peine contre les personnes chargées de faire la déclaration sera de deux mois de prison : elle sera poursuivie par le procureur de la commune.

Et ensuite, l'article 7 portait :

« La déclaration contiendra le jour, l'heure et le lieu de la naissance, la désignation du sexe de l'enfant, le prénom qui lui sera donné, les prénoms et noms de ses père et mère, leur profession, leur domicile, les prénoms, noms, profession et domicile des témoins. »

La pénalité ne s'applique qu'à la violation des articles 1, 2, 3, 4, c'est-à-dire au fait de non-déclaration de naissance. Elle ne s'applique pas à l'article 7, dont l'article 57 du Code civil est la reproduction exacte. Cet article 7 se trouve à l'état de commandement sans sanction.

En 1803, lors de la promulgation du Code civil, aux articles de la loi de 1792 relatifs aux déclarations de naissance, furent substitués les articles 55, 56, 57 du Code civil, et la peine de l'emprisonnement édictée par la loi de 1792 contre ceux qui ne déclaraient pas la naissance, fut supprimée, « dans la crainte, dit Locré, d'éloigner de la mère, au moment où elle en a le

plus grand besoin, les secours de l'amitié, de l'art et de la charité. »

Ainsi, à partir de 1803 et jusqu'en 1810, les articles actuels du Code civil 55, 56, 57, se trouvaient à l'état de commandement sans sanction.

« Il en était arrivé, dit Toullier, que, faute d'une peine qui punit leur coupable négligence, quelques personnes s'étaient abstenues de déclarer la naissance de leurs enfants, dans l'espérance de les soustraire à la conscription. »

Aussi, en 1810, quand fut promulgué le Code pénal, nous voyons apparaître l'article 346, qui établit une pénalité contre la violation des articles 55 et 56 ; et à partir de ce moment, les articles 55 et 56 sont devenus, sous la sanction de la loi pénale, essentiels à la déclaration de naissance.

L'article 57 est resté à l'état de commandement sans sanction, contenant des dispositions utiles, mais non essentielles, à la constitution de l'acte de naissance.

C'est par la connaissance de ces diverses phases par lesquelles la loi a passé, que nous pouvons comprendre que ce n'est point par un oubli du législateur que l'article 57 est resté à l'état de commandement sans sanction ; que le législateur, en ne rendant obligatoire que le fait de la déclaration de naissance, a obéi à une nécessité d'ordre public. Il a voulu ne soumettre à une pénalité que le défaut de déclaration de naissance et non le défaut de toutes les énonciations complémentaires de l'article 57, afin que, dans les cas irréguliers, la crainte de voir divulguer leur secret n'amenât pas les femmes à renoncer aux secours de l'art et à rechercher les accouchements clandestins, qui mènent à la multiplication des infanticides.

Telle est la doctrine admise par Carnot qui, dans ses commentaires sur l'article 346 du Code pénal, dit :

« La simple déclaration de naissance à l'officier de l'état civil suffit pour mettre les personnes qui ont assisté à l'accouchement à l'abri des peines prononcées par l'article 346. »

Telle est aussi la doctrine adoptée dans son ouvrage sur *les crimes et délits*, par M. Faustin Hélie, qui s'exprime ainsi :

« Le délit consiste entièrement dans l'omission de la déclaration de la naissance dans les trois jours de l'accouchement. »

Est-ce à dire qu'il faut laisser à l'arbitraire du chirurgien de se conformer ou pas aux dispositions de l'article 57 du Code civil? Nous ne le croyons pas. Dans toutes les déclarations de naissance que la loi commande de faire, le chirurgien doit se conformer à l'article 57 et dire toutes les énonciations contenues dans cet article, quoiqu'il se trouve à l'état de commandement sans sanction ; il n'a le droit de les taire que dans les situations exceptionnelles, lorsque la femme lui confie ces énonciations sous le sceau du secret. Dans ces cas, le silence lui est commandé par l'article 378 du Code pénal, portant :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 francs à 500 francs. »

La conséquence pratique qui me paraît se dégager de ce texte de la loi, c'est qu'au moment où il est admis dans le secret de la famille, l'individualité du chirurgien disparaît ; il ne reste qu'un être souffrant qui, incapable de lutter lui-même contre les causes de destruction qui le menacent, se confie et se dévoile tout entier à l'homme de l'art, lui révèle ses sensations et ses sentiments les plus intimes, persuadé que, devenu un autre lui-même, une émanation de sa propre conscience, le chirurgien ne se servira de ses confidences que dans un intérêt salutaire, et qu'il n'a pas plus à redouter du chirurgien que de lui-même la révélation de ses secrets.

Dans les travaux préparatoires qui ont précédé le vote de l'article 318, correspondant à l'article 378 actuel, Faure a exprimé une opinion semblable en s'adressant au Corps législatif : « Tout dépositaire, dit-il, par état ou profession des secrets qu'on lui confie, ne peut les révéler sans encourir des peines de police correctionnelle. Ne doit-on pas, en effet, considérer comme un délit grave des révélations qui, souvent, ne tendent à rien moins qu'à compromettre la réputation de la personne dont le secret est trahi, à détruire en elle une confiance devenue plus nuisible qu'utile, à déterminer ceux qui se trouvent dans la même situation, à mieux aimer être victimes de leur silence que de l'indiscrétion d'autrui; enfin à ne montrer que des traîtres dans ceux dont l'état semble ne devoir offrir que des êtres bienfaisants et de vrais consolateurs? La nécessité de la peine en pareille matière est encore mieux sentie qu'elle ne peut être développée. »

Ainsi, dans les circonstances exceptionnelles où certaines énonciations de l'article 57 sont confiées au chirurgien sous le sceau du secret, l'article 378 du Code pénal ne lui donne pas seulement le droit, mais il lui impose le devoir de les taire.

C'est ce qui est établi de la manière la plus nette, la plus précise, la plus formelle par la jurisprudence.

Les véritables interprètes de la loi, les tribunaux, ont eu à se prononcer sur la signification de l'article 57 du Code civil à deux points de vue : au point de vue correctionnel, lorsque le ministère public poursuivait le chirurgien en police correctionnelle, demandant contre lui l'application de l'article 346 du Code pénal pour violation de l'article 57 du Code civil ; et au point de vue civil, lorsque le chirurgien poursuivait en première instance l'officier de l'état civil pour refus d'état civil, sous prétexte de violation de l'article 57, demandant à la justice de le contraindre à inscrire sur ses registres la déclaration de naissance de l'enfant présenté.

1° AU POINT DE VUE CORRECTIONNEL.

1er arrêt de la Cour de cassation du 16 *septembre* 1843.

Le docteur Mallet fait, devant l'officier de l'état civil de La Rochelle, une déclaration de naissance dans laquelle il refuse de donner le nom de la mère, une des énonciations de l'article 57.

Le ministère public le poursuit en police correctionnelle et demande contre lui l'application de l'article 346 du Code pénal.

Le docteur Mallet invoque l'article 378 du Code pénal, qui l'oblige à ne pas divulguer les secrets qu'on lui a confiés à raison de sa profession.

Un jugement du tribunal de La Rochelle l'acquitte.

Sur l'appel du ministère public, le tribunal de Saintes confirme.

Pourvoi du ministère public en cassation pour fausse application de l'article 378 du Code pénal et violation de l'article 346 du même code.

La Cour de cassation dit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 346, ni fausse application de l'article 378, et rejette le pourvoi.

2e arrêt de la Cour de cassation du 1er juin 1844.

Le docteur Romieux fait, devant l'officier de l'état civil de La Rochelle, une déclaration de naissance dans laquelle il refuse

de donner le nom de la mère, qui était venue se faire accoucher chez lui.

Pour ce refus, poursuivi en police correctionnelle par le ministère public, le docteur Romieux invoque l'article 378, et le tribunal l'acquitte comme médecin et le condamne comme maître de maison obligé à déclarer la naissance d'un enfant né à son domicile, à cinq francs d'amende et aux dépens.

Appel par le docteur Romieux et par le ministère public. Le tribunal de Saintes confirme l'acquittement du médecin et réforme la décision des premiers juges, en ce qu'elle a séparé, en la personne du sieur Romieux, la qualité de chef de maison de celle de médecin, cette dernière qualité lui imposant, d'une manière absolue, l'obligation du secret, et, en conséquence, relaxe le prévenu de la plainte sans dépens.

Pourvoi en cassation du ministère public, pour violation des articles 56 et 57 du Code civil, et pour fausse interprétation de l'article 378 du même code.

Arrêt de la Cour de cassation qui dit :

Qu'il ne résulte pas de l'article 57 que toutes les énonciations qu'il mentionne soient nécessaires pour la régularité d'un acte de naissance ;

Que du rapprochement des articles 55, 56, 57, il ne résulte pas que celui qui est tenu de déclarer le fait de la naissance soit tenu de fournir toutes les énonciations voulues par l'article 57 ;

Que l'article 346 ne peut spécialement être appliqué, en ce qui concerne le nom de la mère, au médecin, qui n'a su qu'à raison de son état, la grossesse et le nom de la mère, et à qui tout a été confié sous le sceau du secret ;

Qu'au lieu d'être puni par l'article 346, le silence sur toutes ces choses à lui confiées lui est imposé par l'article 378 du même code, qui lui défend, sous des peines sévères, de révéler de tels secrets;

Que le jugement attaqué, loin de violer les articles de loi invoqués par le demandeur, en a fait une saine interprétation ;

Par ces motifs, rejette.

3e *arrêt de la Cour de cassation, du 1er juin 1844, rendu, à la même audience que le précédent, en faveur de la femme Demasson, sage-femme.*

4e *arrêt de la Cour de cassation du 1er août 1845, rendu en faveur de la femme Prévost, sage-femme.*

Alors que, par sa jurisprudence constante, la Cour de cassation, dans quatre arrêts successifs, venait de fixer définitivement l'interprétation de l'article 57, est venu, le 18 novembre 1850, l'arrêt de la Cour d'appel d'Angers, dans l'affaire du docteur Chedanne.

Jusqu'à présent, nous avons vu l'accoucheur refuser seulement le nom de la mère. Le docteur Chedanne ne voulut indiquer ni le nom de la mère, ni la demeure, et, pour ce fait, fut condamné par le tribunal d'Angers à 100 francs d'amende.

Sur son appel, la cour d'Angers dit que la déclaration faite par Chedanne, le 4 février, de la naissance à laquelle il avait assisté le 2 comme médecin, ne peut être arguée d'infraction délictueuse à la loi; qu'il y a eu fausse application de l'article 346, infirme et décharge l'appelant des condamnations.

2° AU POINT DE VUE CIVIL.

1er *jugement du* 15 *novembre* 1854.

En 1854, le docteur Chailly présenta à la mairie du 2e arrondissement de Paris un enfant du sexe féminin, et refusa de dire le nom de la mère et de désigner la maison où l'accouchement avait eu lieu. Le maire n'ayant pas voulu inscrire l'enfant sur les registres de l'état civil, le docteur Chailly le fit citer devant la première chambre du tribunal civil de la Seine, qui déclara que la présentation de l'enfant était régulière, que le refus du maire du 2e arrondissement n'était fondé sur aucun motif légal, et ordonna qu'il serait tenu de recevoir et inscrire sur le registre des actes de naissance de la mairie, dans les vingt-quatre heures de la signification du jugement, la déclaration qui lui serait réitérée par le demandeur.

2e *jugement du* 30 *décembre* 1875, *rendu, sur ma demande, contrairement aux conclusions de M. le procureur de la République, par la première chambre du tribunal civil de la Seine, sous la présidence de M. Guyard.*

Dans ce fait, j'avais refusé d'indiquer le nom de la mère et le lieu où l'accouchement avait eu lieu. Le jugement déclare qu'on ne saurait admettre que l'officier de l'état civil ait pu, pour cette cause, refuser de recevoir la déclaration et d'assurer à l'enfant le bénéfice d'un acte de naissance ; déclare que Louise Armande, enfant du sexe féminin, est née le 7 décembre 1875, à midi, dans la circonscription du 7e arrondissement de Paris, de père et mère inconnus ;

Dit que le présent jugement tiendra lieu à la susnommée d'acte de naissance ;

Ordonne que le maire du 7e arrondissement de Paris sera tenu d'inscrire ledit jugement, dans les trois jours de sa signification, sur les registres des actes de naissance de cet arrondissement;

Sinon, et faute par lui de ce faire dans le délai ci-dessus fixé, dit qu'il sera fait droit :

Condamne le défendeur ès-qualité aux dépens.

Je désire vous avoir amené à cette conviction qu'il n'y a pas parité entre le caractère impératif des articles 55 et 56 et les dispositions de l'article 57. Cette différence nous paraît prouvée :

1° Par la conduite de l'officier de l'état civil, qui n'exige pas le nom de la mère ;

2° Par la loi elle-même qui, dans l'article 346 du Code pénal, vise les articles 55 et 56 du Code civil, et ne vise pas l'article 57 du même Code;

3° Par l'évolution de la loi qui, à diverses époques et aujourd'hui encore, inflige l'amende et la prison à la violation des articles 55 et 56, et qui, en aucun temps, n'a édicté de peine contre l'omission des dispositions actuellement contenues dans l'article 57.

4° Par la jurisprudence qui, *au correctionnel*, nous montre la Cour de cassation décidant qu'il n'y a pas lieu d'appliquer l'article 346 du Code pénal au chirurgien qui ne donne pas dans la déclaration de naissance les énonciations de l'article 57; et qui, *au civil*, nous fait voir les tribunaux ordonnant à l'officier de l'état civil de recevoir la déclaration de naissance, malgré le refus du chirurgien d'indiquer le nom et la demeure de la mère.

Des considérations et des documents qui précèdent me paraît se dégager cette formule, dont le premier terme donne satisfaction aux prescriptions de l'article 346, et le deuxième terme à celles de l'article 378 ; je la donnerai à titre de conclusion :

Tout ce qui rattache l'enfant à la société, le chirurgien doit le dire.

Tout ce qui rattache l'enfant à la mère, le chirurgien doit le taire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 janvier 1876. — Présidence de M. HOUEL.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DUPLAY n'admet pas les conclusions déduites par M. le docteur Abadie, de son observation d'atrophie des nerfs optiques consécutive à une lésion des vertèbres, observation que M. Terrier a rapportée dans la séance du 12 janvier. M. le docteur Bull a publié en Amérique un travail sur les lésions des nerfs optiques et de la pupille dans les maladies de la moelle et dans le mal de Pott, et n'a jamais observé la dégénérescence des nerfs optiques que dans la sclérose, et non dans le mal de Pott. Dans quatre des faits qu'il cite, il a observé de la névrite et de la névrorétinite, mais pas d'atrophie. Cet auteur admet aussi l'influence de la lésion médullaire sur le grand sympathique et les nerfs vaso-moteurs. M. Duplay pense que cette question n'est pas encore assez étudiée pour qu'il soit possible de poser dès maintenant comme définitif, le résultat des faits qu'on a observés.

M. HOUEL prend place au fauteuil de la présidence et, sur sa proposition, des remercîments sont votés au bureau sortant.

Le procès-verbal de l'avant-dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. RIZZOLI, membre correspondant étranger, adresse une brochure intitulée : *De l'onyxis ulcéreux et malin.*

COMMUNICATION

Plaie par arme à feu. — M. PERRIN communique, de la part de M. Marbault, ancien professeur agrégé au Val-de-Grâce, actuellement à l'hôpital de Milianah, une observation de plaie du crâne par arme à feu, ayant déterminé des troubles fonctionnels guéris par la trépanation. En voici le résumé :

Un jeune homme de dix-huit ans est frappé, le 2 juillet, dans une rixe, d'un coup de fusil dans la région mastoïdienne gauche. La balle entame profondément les chairs, dans un trajet d'avant en arrière de 8 centimètres, et emporte le lobule de l'oreille. Aucun phénomène ne se manifeste immédiatement, et le blessé peut faire à pied 2 à 3 kilomètres pour rentrer chez lui.

Dès son arrivée, il tombe sans connaissance et reste dans un coma profond jusqu'au 6. A cette date apparaissent quelques mouvements convulsifs plus apparents du côté de la main droite, qu'il cherche à porter vers la blessure, et quelques secousses convulsives plus marquées à gauche. L'ouie semble un peu revenue, et il ouvre faiblement l'œil droit lorsqu'on éveille son attention. Quelques jours après, la symptomatologie est plus nette encore ; il présente une paralysie complète du côté droit ; le bras, la jambe, la face sont inertes ; en outre, il a une paralysie du releveur supérieur de la paupière et du moteur oculaire commun. La pupille est large et immobile. L'impossibilité de la déglutition et de la projection en avant de la langue indiquent que les nerfs glosso-pharyngien et grand hypoglosse sont également paralysés. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital de Mascarah. L'auteur constate au fond de la plaie une simple félure sans enfoncement, déjà reconnue par le médecin qui avait donné les premiers soins.

Après une expectation de quelques jours, l'état cérébral s'améliorant un peu, on put constater une aphasie incomplète. Le blessé répondait à toutes les questions, qu'il semblait d'ailleurs comprendre, par quelques lambeaux de phrase, par exemple les mots : « dix-huit ans » se reproduisent à chaque interrogation, mais variant du jour au lendemain.

C'est alors que M. Marbault appliqua une première couronne de trépan, au-dessus du milieu de la félure, vers le milieu de la portion écailleuse du temporal. La dure-mère était intacte, mais cette première application de trépan n'eut pas de résultat. Une deuxième fut pratiquée le lendemain, à 1 centimètre en avant de la première et au-dessous de la félure, et l'ouverture agrandie en faisant sauter le pont osseux qui séparait les deux plaies. Par cette ouverture, de deux centimètres de large, le chirurgien put introduire le doigt entre le crâne et la dure-mère, et constater la présence de trois esquilles. Deux petites furent enlevées d'abord, puis une troisième, longue de 2 centimètres. *Instantanément* les accidents de paralysie disparurent au bras et au moteur oculaire commun. Le lendemain, le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse avaient repris leurs fonctions. Quinze jours plus tard, il ne restait plus qu'une certaine gêne des mouvements des membres inférieurs. L'aphasie elle-même s'était dissipée en quelques jours, et le malade sortit complétement guéri le 1er novembre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE regrette que les points où a été faite la trépanation et où siégeaient les esquilles ne soient pas indiqués d'une manière plus précise. Le pariétal a probablement été atteint par la couronne de trépan, car les blessures qui causent cet ordre de paralysie siégent d'ordinaire plus haut que celle qui est décrite dans cette observation. Le trépan a probablement entamé la partie supérieure de l'écaille du temporal et une partie du bord du pariétal.

RAPPORT

Méthode de Lister. — M. VERNEUIL donne lecture d'un rapport sur le résultat de treize observations d'opérations graves pratiquées par M. le professeur Saztorf, de Copenhague, et traitées par la méthode antiseptique de Lister.

Ces diverses observations comprennent quatre résections de l'épaule, quatre de la hanche, une du coude, deux du poignet, et deux du genou. Une seule a été suivie de mort (résection de la hanche). D'ailleurs d'autres opérateurs étrangers ont employé avec le plus grand succès cette méthode qui semble encore presque inconnue chez nous. Annandale à lui seul a pratiqué vingt-deux résections de la hanche sans un seul insuccès. M. le rapporteur propose d'instituer des expériences qui puissent rendre compte de la valeur exacte de la méthode, et, en cas de revers, d'en rechercher les causes. Il propose en outre de renvoyer ces observations au comité de publication, et d'inscrire M. Saztorf sur la liste des membres correspondants étrangers.

M. BOINET demande si tous ces malades ont été traités dans une salle de l'hôpital ou dans une chambre isolée, ce qui expliquerait en partie le succès. Demarquay a expérimenté la méthode de Lister à la Maison de santé et n'a pas eu à s'en louer.

M. VERNEUIL répond que tous ont été opérés à l'hôpital, dans le service de clinique chirurgicale de Copenhague.

M. DESPRÈS attribue au drainage tout le succès de la méthode.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a visité le service de M. Lister au Frederichs' hospital d'Édimbourg. Depuis que ce chirurgien emploie la méthode qui porte son nom, l'infection purulente, commune autrefois dans son service, ne s'y est montrée que dans deux cas, après des accidents de pansement. Chez M. Demarquay, on n'a jamais employé intégralement le pansement de Lister avec tous ses détails, qui lui donnent son caractère propre.

M. TILLAUX est frappé du nombre des résections pratiquées à l'étranger. Chez nous, on fait moins facilement cette opération, et seulement pour des cas réellement graves. Dans les observations que M. Verneuil a citées, il a remarqué des lésions légères, qui ne nécessitaient certainement pas la résection. Il faut tenir compte pour les résultats de la période où l'opération a été faite, au début d'une lésion osseuse ou lorsqu'elle a suppuré.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Le pansement que Lister emploie depuis 1868 a pour base l'application du drain, qu'on n'appelle à l'étranger que le *tube de Chassaignac*. Le reste de la méthode a pour but, comme le pansement ouaté, de faire vivre la plaie en dehors des miasmes qui l'entourent.

M. LE FORT. L'acide phénique employé par Lister est un irritant pour les plaies; on tend aujourd'hui, surtout à l'étranger, à lui substituer l'acide salycilique. Le traitement de Lister n'empêche pas le développement de l'érysipèle. Le principe de pansement n'est pas le même que celui du pansement ouaté. Ce dernier empêche l'introduction des miasmes, tandis que le premier les tue. Un excellent

antiseptique, que son auteur a trop compromis, est le camphre. M. Le Fort s'en sert depuis longtemps, et l'infection purulente est presque inconnue aujourd'hui dans son service.

M. VERNEUIL demande l'ajournement de la discussion jusqu'à ce que la méthode de Lister ait été sérieusement expérimentée. Tout en faisant des réserves sur les indications et les contre-indications de la résection, il n'en est pas moins vrai qu'on arrive à voir guérir par cette méthode une résection du genou à la quatrième semaine, une amputation de la jambe au huitième jour.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. TILLAUX vient d'observer le fait suivant : une femme de soixante-cinq ans présentait un ozène depuis deux ans. En explorant à cette époque les fosses nasales avec un stylet, le chirurgien avait senti, au niveau du bord postérieur du vomer, une surface dénudée qui donnait la sensation d'un os nécrosé. Par les deux narines, on arrivait facilement à cette nécrose. M. Tillaux conclut à une nécrose du bord postérieur du vomer, avec séquestre solide et adhérent. Après plusieurs mois de lavages antiseptiques, le corps étranger était toujours immobile.

Six mois après, une nouvelle exploration fut faite, et le séquestre put être ébranlé avec une sonde cannelée, et enfin extrait. C'était un petit corps noirâtre, mûriforme, ayant l'aspect du mâchefer. La section fit reconnaître un noyau de cerise encrouté d'une couche calcaire de 1 millimètre à 1 millim. 1/2 d'épaisseur. Il était placé à cheval sur la cloison et sensible à l'exploration par les deux narines. Ces cas ne sont pas rares chez les enfants, mais s'expliquent difficilement chez une grande personne qui n'en a pas eu conscience. Ils ne peuvent s'expliquer que par un accès de toux pendant la déglutition, et par ce mouvement spasmodique qu'on appelle *avaler de travers*.

M. PAULET cite un de ses amis qui ne peut manger des pois sans en moucher un, une demi-heure après.

M. T. AUGER présente une pièce anatomique relative à la paralysie du nerf circonflexe dans la luxation de l'épaule, paralysie qu'on peut diagnostiquer, avant la réduction de la luxation, à ce symptôme que la peau qui recouvre la région deltoïdienne est insensible. Le nerf circonflexe est toujours alors déchiré ou au moins contus.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Nouveaux éléments de physiologie humaine, comprenant les principes de la physiologie comparée et de la physiologie générale, par H. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy (1).

L'apparition d'un traité de physiologie est toujours un événement dans le monde médical. Chacun est attentif au développement d'une science dont les progrès et le perfectionnement se traduisent aussitôt par une meilleure appréciation des différents états morbides.

Aussi, il nous semble, que les physiologistes restent trop cantonnés dans leur spécialité et ne cherchent pas suffisamment les applications médicales qui résultent de leurs expériences ou de leurs travaux.

On objectera sans doute la division du travail, la nécessité de se spécialiser afin de mieux faire, la difficulté de l'expérimentation, le temps donné aux recherches, etc... Certainement, tout cela est très-vrai, mais n'est pas suffisant pour expliquer la direction unique donnée par les auteurs de traités de physiologie à leurs recherches ou à leurs ouvrages.

Je pense même, que cette spécialisation n'est pas exempte d'inconvénients. Il en résulte, en effet, que ces livres de physiologie s'adressent aussi bien à un public de Faculté des sciences qu'à un public de Faculté de médecine. La science est la même partout, assurément. Mais elle serait mieux appréciée des étudiants et des praticiens, si en faisant voir aux uns et aux autres les rapports réciproques de la physiologie avec la clinique ou avec l'hygiène, cette clinique de l'homme sain, comme disait Michel Lévy.

D'ailleurs, il existe des relations encore plus intimes entre ces différentes branches de l'art médical, et il ne faut pas les méconnaître ou les rejeter.

En voici une preuve : à notre époque, les vrais cliniciens ont les yeux fixés sur le système nerveux. Tout le monde comprend que c'est là la grande inconnue à dégager et que ce problème renferme la solution d'une foule de questions.

Or, nous ne croyons pas trop nous avancer, en affirmant que beaucoup de ces questions trouveront dans de sévères observations cliniques une réponse qu'elles n'obtiendront jamais de l'expérimentation. S'il est parfois utile de provoquer la nature, il ne peut être mauvais de l'écouter parler.

Peut-on, par exemple, à notre époque, faire la physiologie complète de la moelle épinière, sans tenir compte des travaux de Duchenne, de Vulpian, de Charcot ! C'est là de la vraie physiologie, de la physiologie *pratique*, surtout, et c'est elle qui intéresse le médecin. Combien de praticiens et d'étudiants liront avec plaisir et trouveront profit dans un ouvrage qui fera comprendre la chimie physiologique amenant des états tels que l'ictère, l'urémie, le diabète, qui montrera la physiologie fonctionnelle pendant le délire, les convulsions, la toux, les palpitations ou les coliques.

Mais les physiologistes ne pensent pas ainsi, et plus qu'un autre, M. Beaunis aurait le droit de nous répondre : nous vous faisons de la bonne physiologie, faites-nous de la bonne clinique.

L'ouvrage de M. Beaunis est en effet remarquable par son plan, les idées générales qui l'ont inspiré, un souffle d'indépendance scientifique, et il faut bien le dire, un puissant amour de la vérité, qui ne se dément jamais, même dans les questions les plus épineuses.

L'ouvrage est divisé en quatre parties. L'auteur a abandonné la tradition classique, pensant avec raison qu'il était puéril d'immobiliser la science dans un moule de convention, parce que ce moule a été façonné par Bichat. Depuis l'époque où le créateur de la biologie trouvait la loi fondamentale de cette science, de nouvelles lois ont été découvertes et ont amené des changements profonds dans les sciences physiques, chimiques et biologiques. C'est ainsi que le principe de la corrélation des forces et celui de l'évolution des êtres vivants sont féconds en déduction dont la physiologie doit savoir tirer parti.

L'auteur a abordé toutes ces questions avec une compétence et une autorité qu'il est rare de rencontrer chez les savants de cet ordre. Esprit orné, écrivain élégant, logicien sévère, M. Beaunis a le grand mérite d'évoluer avec aisance sur un terrain ou bien d'autres n'oseraient s'engager. Les métaphysiciens et les philosophes peuvent lire ces pages avec profit; beaucoup y trouveront le modèle de la discussion scientifique dégagée de l'ontologie ou des inutilités. Il semble que l'auteur se soit inspiré de cette phrase de Diderot : « Il n'appartient qu'à celui qui a pratiqué la médecine, d'écrire de la métaphysique. Lui seul a vu les phénomènes, la machine tranquille ou furieuse, faible ou vigoureuse; saine ou brisée; délirante ou réglée; imbécile, éclairée, stupide, bruyante, muette, léthargique; vivante ou morte. » De nos jours, la philosophie ne doit être que l'humble servante de la physiologie.

Une excellente innovation introduite dans ce livre sont deux chapitres consacrés au laboratoire. L'auteur fait connaître la disposition générale et l'installation d'un laboratoire, puis il montre comment l'étudiant peut à peu de frais, se monter un petit laboratoire de physiologie. Aussi, pour faciliter les recherches, M. Beaunis a exposé les formules, les caractères et les réactions principales de toutes les substances de l'organisme. Ce long défilé de termes cliniques devrait être suivi de l'abrégé de toxicologie physiologique que l'on trouve quelques pages plus loin et qui résume l'action des anesthésiques, du curare, et des principaux toxiques.

La troisième partie est la plus développée. Elle comprend la physiologie de l'individu. Ces deux grands chapitres de physiologie générale et spéciale renferment les matériaux ordinaires des traités de physiologie. M. Beaunis a exposé toutes les recherches modernes avec ordre et méthode, et il a montré les travaux faits en ces der-

(1) Un vol. in-8. — Paris, J. B. Baillière et fils. — Prix : 14 francs.

nières années en France et à l'étranger. Si, dans la pensée des fondateurs de la Faculté de Nancy, cette école avait pour but de signaler, comme une sentinelle avancée, — hélas ! derrière les Vosges —, le mouvement scientifique des Universités allemandes, le livre de notre savant médecin-major a répondu à cette attente et de précieuses indications bibliographiques montrent les nombreuses sources allemandes où M. Beaunis a été puiser des théories aussi germaniques que possible. Aussi, aurions-nous voulu voir dans sa physiologie cellulaire, M. Beaunis discuter les idées de M. Robin. Certainement, beaucoup d'auteurs n'admettent pas toutes les opinions de notre savant micrographe, mais encore faut-il le réfuter et montrer quelles sont ses erreurs. Ce n'est pas tenir un compte suffisant de l'œuvre de M. Robin, que de lui emprunter seulement ses figures.

En résumé cet ouvrage s'adresse à de nombreux lecteurs, — il est indispensable aux étudiants, aux naturalistes, à tous ceux qu'intéressent les études biologiques —; les praticiens y trouveront des travaux récents très-bien présentés. Tous y auront profit, et après l'avoir lu avec plaisir, le reliront et le consulteront souvent.

A. LACASSAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix Bordin. — L'Académie des sciences propose, pour l'année 1877, la question suivante :

« Étudier comparativement la structure et le développement des organes de la végétation dans les lycopodiacées. »

Les concurrents devront examiner la structure des tiges, des racines et des feuilles dans les différents genres de cette famille et dans le plus grand nombre possible d'espèces différentes.

Ils devront bien déterminer la nature et la disposition des tissus qui constituent ces organes et les changements qu'ils éprouvent depuis le bourgeon jusqu'aux tiges les plus âgées.

Les Mémoires présentés devront être accompagnés de dessins et de préparations à l'appui des faits énoncés par leurs auteurs.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de « trois mille francs. »

Les Mémoires, en français ou en latin, devront être adressés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1877.

— M. Abraham-Richard Dusgate, par testament, en date du 11 janvier 1872, a légué à l'Académie des sciences « cinq cents francs » de rentes françaises « trois pour cent » sur l'État, pour, avec les arrérages annuels, fonder un « prix quinquennal de deux mille cinq cents francs », à délivrer tous les cinq ans » à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Un décret, en date du 27 novembre 1874, a autorisé l'Académie à accepter ce legs; en conséquence elle propose de décerner le prix Dusgate, pour la première fois, dans sa séance publique de l'année 1880.

Les ouvrages ou mémoires seront reçus au secrétariat de l'Institut jusqu'au 1er juin 1880.

— Nous apprenons la perte regrettable que vient de faire la ville de Lons-le-Saulnier dans la personne de M. le docteur Passaquay, qui y exerçait la médecine avec distinction depuis quarante-trois ans. M. Passaquay était chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de cette ville et secrétaire général de la Société médicale du Jura. Il est mort à l'âge de soixante-sept ans, entouré des témoignages d'affection de tous ses confrères et des notabilités du pays.

— M. le docteur Ball, agrégé de la Faculté, commencera aujourd'hui (29 janvier) son cours sur les maladies mentales et nerveuses, à huit heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'École-de-Médecine, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

— *Hôpital des Cliniques.* — M. le professseur Broca reprendra ses leçons de cliniques le vendredi 28 janvier, et les continuera les lundis et vendredis de chaque semaine.

— *Hôpital Sainte-Eugénie.* — M. le docteur Cadet de Gassicourt commencera ses conférences cliniques sur les maladies des enfants, le jeudi 3 février, à huit heures et demie, et les continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure.

— *Hospices d'Orléans.* — Un concours pour une place d'élève interne aura lieu le mercredi 2 février 1876, à midi, en la salle des Amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu.

Tout élève qui voudra être admis à cet examen devra se faire inscrire au moins deux heures à l'avance au secrétariat des hospices, et devra justifier qu'il a fait un service dans un hôpital et que ses chefs ont été satisfaits de ses aptitudes et de sa conduite.

Les examens consistent en des épreuves orales portant sur l'anatomie et la chirurgie, et des épreuves écrites sur la physiologie et la médecine.

La durée de l'internat est de deux ans, et le traitement de 300 fr. pour la première année et 400 fr. pour la seconde, outre la nourritude, le logement, le chauffage et l'éclairage.

— *Hospices de Saint-Etienne.* — Le lundi 24 avril 1876, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de chirurgien.

Le concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

S'adresser pour les conditions du concours aux secrétariats des hospices de Lyon et de Saint-Étienne.

— M. le docteur Martin-Damourette recommencera son cours pour la préparation aux 3e et 4e examens du doctorat, le jeudi, 3 février, à une heure, place de l'École-de-Médecine, 17.

— *Cours particulier de technique microscopique.* — M. le docteur Latteux, aide de clinique chirurgicale de la faculté à l'hôpital des Cliniques, recommencera son cours le 14 février à quatre heures.

Ce cours essentiellement pratique est destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les manipulations microscopiques et d'analyser les pièces que présente journellement la pratique médicale.

Ils seront donc exercés individuellement et répèteront eux-mêmes toutes les expériences : étude des tissus normaux et des principaux tissus pathologiques, coupes, injections, montage et conservation de préparations, etc.

Ce cours aura lieu dans le laboratoire de l'hôpital des Cliniques tous les jours excepté le samedi et durera un mois. On s'inscrit chez M. le docteur Latteux, rue Jean Lantier, près le Châtelet, de midi à deux heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin à l'Institut des Sourds-Muets. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, 1875, Adrien Delahaye et Ce.

Traité élémentaire de minéralogie, par F. PISANI. — 1 vol. gr. in-12 de 408 pages avec 184 figures dans le texte. Prix : 8 fr. — Paris, 1876, G. Masson.

Leçons cliniques sur les maladies mentales professées à la Salpêtrière, par le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, avec photographies, planches, lithographies et figures intercalées dans le texte. — 1 vol. in-8° de 196 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, 1876. J. B. Baillière.

Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau. — Broch. in-8°. — 96 pages et 36 planches chromolithographiées. — Prix 4 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur DÉCLAT. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Vin toni-digestif de JULES GARNIER

au Quinquina, à la Pepsine et à la Diastase.

Préparé avec du Malaga vieux et des substances titrées, ce vin est un excellent tonique et un digestif complet du bol alimentaire.

Outre son utilité spéciale dans les cas de digestions difficiles, de dyspepsies, de gastralgies, etc., il constitue, réuni aux dragées de *Protochlorures de fer et de manganèse* de GARNIER, le meilleur traitement de la chlorose.

Vente en gros, pharmacie GARNIER, à Versailles; pharmacie ROGÉ, 9, rue Vivienne, Paris. En province et à l'étranger, dans toutes les pharmacies. — Prix de la bouteille, 4 francs.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par

J. THOMAS, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Alimentation du premier âge.

la **Conserve DUTAUT,** breveté s. g. d. g. compte vingt années de succès.

Expérimentée en 1860, à l'hospice des Enfants de Bordeaux, et en 1874 dans les crèches de Paris et de Lyon, elle a constamment donné les résultats les plus satisfaisants. — C'est le meilleur auxiliaire de l'allaitement MATERNEL insuffisant. Son usage est précieux à l'époque du sevrage.

Bordeaux, pharmacie DUTAUT, rue Esprit-des-Lois, 18, et dans les principales pharmacies. Ne pas confondre avec les nombreuses imitations.

Bagnols Saint-Émilien

Vin tannique des hôpitaux de Paris.

(1er choix) conservé par le procédé Pasteur. La Blle, grand format (80 à 90 centilitres), 3 fr. — 6 Blles, id. 17 fr. — 12 Blles, 32 fr. — 25 litres en bonbonne d'origine, 50 fr. — Envoi *franco* de tous droits, dernière gare française. —

Kina Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Supérieur au Kina au Bordeaux, Malaga, etc. — La Blle, 3 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 17 fr.

Coca Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Tonique le plus agréable et le plus efficace. — La Blle, 4 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 22 fr. BOSREDON, ph., r. des Francs-Bourgeois, 41, Paris.

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

Lait garanti pur du domaine du COUDRAY.

Livré en boîtes fermées et plombées au domaine. La boîte d'un litre environ, 60 centimes rendue à domicile. — Ecrire au domaine du COUDRAY, à Gonesse (Seine-et-Oise).

Bains d'Eaux mères de SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. — Un litre pour un bain. — Flacon, 1 fr. 50. — *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

DÉPÔTS : A Paris, Pharm. centrale de France, 7, rue de Jouy. — Province, les princip. pharmacies — A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : CLIN et Ce, 14, RUE RACINE, PARIS.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Nous recommandons à MM. les Médecins

Les Dragées et l'Elixir du Docteur Rabuteau

Lauréat de l'Institut (*Prix de Thérapeutique*)

Les expérimentations faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée avec les autres ferrugineux. Ces résultats ont été constatés au moyen du **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Détail dans toutes les Pharmacies.

Gros : chez **Clin et Ce**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Dragées au Bromure de Camphre du Dr Clin.**

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Véritable jus de bifteck

du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6.000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL, rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Alcaloïdes, poisons, tous médicaments dosés par

Garnier-Lamoureux et Cie

sous forme de GRANULES *et* DRAGÉES. — Médaille d'or, Exposition de Paris, 1875. — VIN ET SIROP IODO-PHOSPHATÉS de quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. — Phie VIÉ-GARNIER, 213, rue St-Honoré, Paris. — (Exiger le nom et l'adresse.)

Farine Morton d'avoine

D'ÉCOSSE. — Le meilleur des adjuvants du lait, lorsque celui-ci n'est plus suffisant. — Empêche la diarrhée si meurtrière chez les enfants, favorise le sevrage, et sert de transition entre le lait et la nourriture habituelle. — 1 fr. 20 la boîte.

Paris, 24, rue du Regard, et principales pharm.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Viande crue et alcool.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies *consomptives, phthisie, diabète, cachexie palustre.*

Par la réunion de *l'alcool et de la viande* crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans *les convalescences, l'anémie, l'épuisement.* Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices. — 3 fr. 50, à la pharm., 82, rue Rambuteau. — Gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT,** il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,
« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.
« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT,** 150, rue de Rivoli, Paris.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

ÉLOGE D'AUGUSTE NÉLATON

MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

prononcé par M. Guyon dans la séance solennelle de la Société de chirurgie, le 19 janvier 1876.

Messieurs,

Auguste Nélaton est né à Paris, le 17 juin 1807. Son père, Alexandre-François Nélaton, avait été soldat volontaire dans les armées de la République. A l'époque du Consulat, il rentra dans ses foyers et s'établit tapissier à Paris. Il épousa alors en secondes noces Marie-Louise Laurian, qui était parisienne et fille d'un maître cordier de la rue Saint-Denis. Auguste Nélaton fut le second enfant de ce mariage.

Cette humble origine n'était pas de nature à faire prévoir la destinée brillante de notre illustre collègue. Les exemples d'hommes que leur mérite personnel a conduit aux positions les plus élevées, ne sont pas rares parmi les nôtres; la vie de nos devanciers nous en a bien souvent fourni la preuve. Cependant, ce spectacle auquel nous habituent la plupart de ceux qui marchent à notre tête, ne perd jamais de sa grandeur. Nous y puisons toujours un sentiment puissant de force et de courage. Les évolutions laborieuses, qui progressivement transforment un nom inconnu pour en faire un nom célèbre, donnent à la fois une haute idée de la science qui permet de les accomplir, et de la Société où elles prennent librement leur entier développement.

Nous nous faisons honneur d'appartenir à une profession et à un pays, où l'avenir est aux hommes, nés sans autre patrimoine que celui que le travail tient en réserve, pour ceux qui ont l'ambition d'exceller dans leur art et de lui donner toute la perfection dont il est capable.

Cependant le père de Nélaton, préoccupé de mieux assurer l'avenir de ses enfants, avait quitté le commerce peu de temps après la naissance de son dernier fils. Il était entré dans l'administration militaire en qualité de garde magasin; il fut employé tantôt à l'intérieur, tantôt dans les armées. Il les suivit dans les grandes guerres de l'empire, y compris celle de Russie, dont il ne revint pas. En raison de ses fonctions, après la campagne d'Autriche de 1809, il avait été envoyé à la manutention de vivres de Saint-Omer. C'est de cette ville qu'il partit en 1812 pour la campagne de Russie. Il laissait à Saint-Omer sa femme et ses deux enfants alors en bas âge.

Pendant une année encore, la famille vécut des appointements envoyés par le père, qui de loin ne cessait de penser aux siens. Mais au bout de ce temps, on ne reçut ni nouvelles, ni argent. La position de madame Nélaton devint alors très-critique. Privée de ses seules ressources, en proie aux plus vives inquiétudes, ne sachant rien du sort de son mari, il fallait subvenir au besoin de ses enfants. Elle sut bientôt, grâce à son adresse et à son intelligence, peut-être aussi en sa qualité de parisienne, se créer une véritable clientèle dans la bourgeoisie de Saint-Omer, pour certains ouvrages de la toilette des dames.

Elle put ainsi faire vivre ses enfants, les élever dans la ville même où son mari les avait laissés en partant, et où elle ne voulait pas perdre l'espoir de le voir revenir. Les écoles de Saint-Omer fournirent aux deux frères les premiers éléments de leur instruction. Un concours fit obtenir à l'aîné une bourse au collége d'Amiens, où il se rendit. Mais Auguste Nélaton demeura près de sa mère et fut élevé sous ses yeux jusqu'en 1821.

A cette époque, madame Nélaton ayant perdu tout espoir de revoir son mari, dont, malgré toutes ses recherches, elle n'avait pu découvrir le sort, revint à Paris dans sa famille.

Auguste Nélaton n'avait pas encore commencé sérieusement ses études; mais ce qui devait forcément manquer à son instruction avait été du moins compensé par les soins donnés à son éducation. En grandissant auprès d'une mère intelligente et dévouée, dont le temps était partagé entre le travail qui faisait vivre ses enfants et le souvenir d'un mari dont son affection voulait faire un absent, Auguste Nélaton avait vu de bonne heure ce que peut la bonté, ce que vaut le travail, ce que donne de force l'attachement à ses affections et à ses devoirs. Ce fut sa mère qui forma ses premiers sentiments et ses premières idées.

Rien ne laisse une plus profonde et plus ineffaçable empreinte que l'éducation des premières années. L'homme le plus instruit oublie plus d'une des choses confiées à sa mémoire, il ne se sépare jamais des premières impressions jetées dans son cœur. Il tranforme sa situation, agrandit sa destinée, mais au milieu de ses travaux et alors même qu'il est le plus livré aux exigences de sa carrière, il est encore plein des sentiments nés de l'éducation. Nélaton aimait à reconnaître ce qu'il devait à l'éducation maternelle, il en donna le premier témoignage en profitant avec ardeur de l'éducation sérieuse qui désormais lui était offerte, grâce aux ressources dont put disposer sa famille maternelle.

Il entra dans une pension du passage Sandrié, qui envoyait ses élèves au collége Bourbon. Ses études furent bonnes et solides. Elles se terminaient lorsque entra dans l'Institution, en qualité de maître répétiteur, un homme qui devait avoir une grande influence sur l'avenir de Nélaton. Ce maître répétiteur était étudiant en médecine, et sa chambre se trouvait souvent garnie de pièces anatomiques soigneusement cachées aux regards des profanes. Cependant, grâce à la sympathie qui rapprocha bientôt l'élève du maître, Nélaton était de temps en temps admis à contempler la collection.

Ce maître répétiteur, ce nouvel ami était Achille-Pierre Requin, qui devait plus tard être le collègue de son élève à la Faculté de médecine. Ce fut Requin qui, par ses conversations, ses conseils et son exemple, décida Nélaton à embrasser la carrière médicale. Dès sa sortie du collége, en 1828, il se fit inscrire au nombre des étudiants en médecine de la Faculté de Paris.

L'anatomie passionna dès l'abord le jeune étudiant. L'ancien amphithéâtre de la Pitié le vit souvent prolonger seul ses dissections jus-

qu'à la nuit tombée. Ce fut là qu'il rencontra MM. Saint-Yves, Diday et Denonvilliers. Leur communauté d'études et de goût fut le principe d'une amitié qui n'a jamais cessé.

Dès l'année 1830, Auguste Nélaton était à l'Hôtel-Dieu dans le service de Dupuytren en qualité d'élève externe. Il tenta le concours de l'internat à la fin de cette année et n'obtint que le titre d'interne provisoire. Nommé interne définitif en décembre 1831, il revenait en cette qualité en 1833 à l'Hôtel-Dieu dans le service d'Honoré, et passait en 1834 à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service chirurgical de Baffos.

Le chirurgien de l'hôpital des Enfants trouva bientôt que son interne était digne de toute sa confiance, et, peu à peu, se reposa sur lui des soins de son service. Nélaton sut être à la hauteur de cette situation flatteuse mais difficile ; il aimait à dire que cette année fut une des plus laborieuses et des plus fécondes de sa vie. Ce fut à cette époque qu'il recueillit les éléments de son travail inaugural sur les tubercules des os, et qu'il conçut le plan de cette monographie justement appréciée.

Baffos avait eu trop à se louer des qualités chirurgicales de son interne, pour ne pas lui témoigner son contentement et son estime. Aussi, lorsque, l'année terminée, Nélaton prit congé de son chef, celui-ci s'informa de ses projets. L'élève hésitait encore, il avait même quelques tendances à s'en tenir à la pratique de la médecine. « Tu n'es qu'un imbécile, lui répliqua Baffos, fais de la chirurgie. »

Ce conseil énergique eut-il une réelle influence sur les déterminations de Nélaton ? Nous ne voudrions pas le nier. Mais cette année, où l'anatomiste déjà éprouvé, l'élève attentif et consciencieux avait vu de si près les souffrances humaines en action, et avait senti qu'il pourrait assumer la responsabilité de leur direction, ajouta un aliment nouveau aux pensées qu'avait déjà fait naître, dans son esprit, la fréquentation assidue du service de Dupuytren. Il n'avait jamais négligé l'occasion de suivre la visite de la salle Sainte-Marthe, d'assister aux opérations, de se lier avec les internes du professeur de l'Hôtel-Dieu, de s'initier à la pratique, aux vues, au *faire* de Dupuytren. Le rêve que faisaient la plupart des élèves d'élite de cette époque allait d'ailleurs se réaliser ; il avait pu se faire admettre pour l'année 1835 au nombre des internes de Dupuytren. Mais, dès le 7 février de cette année, la mort frappait le chef de la chirurgie.

Il était cependant impossible que Nélaton n'eut pas subi le charme et l'ascendant que le génie du chirurgien de l'Hôtel-Dieu exerçait sur tous ceux qui l'approchaient. Doué d'ailleurs d'une faculté précieuse, mais qui passe pour rare, la faculté d'admirer, Nélaton était compté au nombre des plus fervents. Ce grand souvenir eut sur toute sa carrière l'influence la plus décisive, et l'un des hommes (1) qui ont le mieux connu Nélaton a pu écrire : « qu'il avait en quelque sorte grandi à l'ombre et dans le culte de la mémoire de Dupuytren. »

Le successeur de Dupuytren n'était pas homme à laisser affaiblir chez ses élèves le goût de la chirurgie. L'année que passa près du professeur Roux le jeune interne de l'Hôtel-Dieu mit définitivement en lumière les aptitudes chirurgicales, que la réserve et la timidité de sa nature l'empêchaient seuls de reconnaître.

Déjà d'ailleurs, Auguste Nélaton jouissait parmi ses collègues d'une notoriété qui était bien faite pour l'enhardir. L'ascendant qu'il a partout exercé était, dès lors, un des caractères distinctifs de sa jeune et modeste personnalité. Cet attribut faisait tellement partie intégrante de sa nature, qu'on le voit, dès cette époque, exerçant son influence sans le secours d'aucun des moyens par lesquels celui qui possède un tel don cherche d'ordinaire à le mettre en œuvre.

Ce témoignage nous est fourni par un de ses collègues d'alors, depuis longtemps compté parmi les hommes les plus distingués d'une école où le talent a toujours été hautement représenté (2). « A la salle de garde de l'Hôtel-Dieu, raconte le spirituel et brillant écrivain lyonnais, au milieu des futurs grands hommes de tout calibre, qui, du soir au matin, s'affirmaient bruyamment dans ce rez-dechaussée légendaire, toujours l'entrée d'*Auguste* faisait sensation. A première vue, on se sentait attiré par je ne sais quel charme, mélangé d'une sorte de respect, vers ce jeune homme au doux et ferme maintien, au regard à la fois si modeste et si assuré. Dès sa deuxième année d'internat, Robert, Lenoir et Michon (1) faisaient cas de son avis. Denonvilliers pressentait en lui un rival ; les deux Bérard l'admettaient en tiers dans leur laborieuse intimité ; Cazaux lui cédait la parole ; et, parfois en sa présence, j'ai vu Jean-Paul Tessier lui-même oublié de professer.

« Cette déférence que Nélaton obtenait de nous sans la rechercher se manifestait en toute circonstance. Il m'en revient une entre mille. Un jour, à onze heures du matin, un homme est apporté à l'Hôtel-Dieu pour une hémorrhagie grave, suite de lésion traumatique de la cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras. L'interne de garde était présent, et c'est lui seul que cela regardait. Néanmoins, comme Nélaton se trouvait là, par un mouvement instinctif, tous s'écartent, et c'est lui qu'on prie de se charger de l'opération. Ce qu'il fit du reste avec une dextérité remarquable. »

Cette déférence était fondée sur la confiance qu'inspirait le jugement et le savoir de l'interne, mais il fallait que le caractère de l'homme attirât bien entières l'estime et la sympathie de tout ce jeune et ardent cénacle, pour que de juvéniles susceptibilités ne fussent pas mises en jeu. Il ne résultait cependant pas de froissement de ces rencontres où le beau rôle appartenait si souvent au même collègue. C'est qu'il n'y avait jamais rien, dans l'attitude pleine de simplicité de celui qui était l'objet de ces témoignages, qui pût ressembler au ton ou à l'allure d'un triomphateur.

Il en a été de même dans tout le cours de sa brillante carrière. On eut dit qu'il s'appliquait à caresser une idée conciliante, destinée à établir l'accord entre la satisfaction légitime de la réussite et le déplaisir de ceux auxquels le succès prodigue moins de sourires. Il y avait là, peu de recherche, mais l'abandon naturel à une disposition innée, qui le conduisait à demeurer modeste vis-à-vis de lui-même. Il eut en effet le bon esprit de ne jamais se surfaire. Aussi, était-il dès cette époque et a-t-il été depuis, non seulement accepté, mais recherché par ses collègues. En ne se donnant que pour ce qu'il valait, il séduisait non moins les malades qui croyaient facilement non exagérées les affirmations rassurantes d'un homme si peu disposé à s'exagérer lui-même.

Porté en quelque sorte par le suffrage unanime de sa génération, Nélaton pouvait à bon droit espérer le succès. Il dépassa son attente. En 1838, il se présenta au concours de l'agrégation et fut nommé le premier.

En 1839, à son deuxième concours il obtenait, avec le titre de chirurgien du Bureau-central, l'entrée du service dans les hôpitaux. Il était désormais dans la voie où il devait rencontrer la renommée.

Il voulut tout d'abord attacher son nom à un ouvrage didactique et entreprit la rédaction des *Éléments de pathologie chirurgicale.*

Son ancien répétiteur, son initiateur dans la carrière médicale, Requin devait écrire la partie médicale de ce grand ouvrage. Ni l'un, ni l'autre n'ont pu accomplir toute leur tâche. Nélaton publia les deux premiers volumes des *Éléments de chirurgie,* mais il dut plus tard confier à un collaborateur le soin de les terminer. Notre collègue Jamain fit paraître les trois derniers volumes.

Nélaton regretta toujours de n'avoir pu mener à bonne fin sa principale entreprise scientifique.

Souvent on lui entendait répéter : qu'un chirurgien faisait des livres quand il ne savait pas les faire ; et qu'il ne pouvait plus écrire, alors que l'expérience lui avait appris ce que devait être un bon livre classique. Cette appréciation ne saurait être complétement acceptée de ceux qui savent quelle est la valeur : *des recherches sur l'affection tuberculeuse des os* et de la plupart des articles des deux premiers volumes des *Éléments de pathologie.* Ces travaux importants, dont l'un a permis « de faire prendre une place définitive à l'histoire de l'affection tuberculeuse des os dans les traités de chirurgie (2) tandis que l'autre sert encore à l'instruction des élèves, pourraient prouver contre le dire de leur auteur. »

(1) M. le professeur Sappey.

(2) M. Diday (de Lyon). Voir le *Lyon médical,* oct. 1873, p. 193 et suiv.

(1) Robert, Lenoir et Michon avaient terminé leur internat, mais comme les jeunes chirurgiens d'alors, continuaient à fréquenter assidûment l'Hôtel-Dieu et sa salle de garde.

(2) Folin. — *Pathologie externe,* tome II, page 659.

L'enseignement écrit n'était pas celui qui devait le mieux développer les aptitudes de Nélaton. Déjà, pendant son séjour à l'hôpital Saint-Antoine, où les sanglantes journées de juin lui avaient donné la triste occasion de faire preuve de courage, en se partageant, non sans danger, pendant tout le combat, entre les deux hôpitaux du faubourg, Nélaton avait acquis la réputation de clinicien habile à soigner les malades et à instruire ses élèves.

A l'hôpital Saint-Louis, où il passa bientôt, ses conférences cliniques obtinrent un succès qui permettait de pressentir la valeur de son enseignement futur.

Il ne jouissait cependant pas encore de la brillante notoriété de ses principaux compétiteurs, lorsqu'il aborda en 1850 les grands concours du professorat.

Il s'agissait cette fois de la chaire de médecine opératoire; ce beau concours donna Malgaigne à la Faculté, et Nélaton approcha du premier rang.

En 1851, la lutte se renouvela pour une chaire de clinique. A Lenoir, à Robert, à Michon qui sont restés les gloires du concours bien qu'ils n'en aient pas été les élus, s'étaient joints de nouveaux et redoutables compétiteurs de l'école de Paris et l'un des professeurs les plus justement célèbres de l'école de Montpellier. L'issue de cette grande lutte resta indécise jusqu'à la dernière heure des épreuves, jusqu'au dernier tour du scrutin. Nélaton fut nommé et vint prendre possession de la chaire de l'hôpital des Cliniques.

Il montra bientôt qu'il saurait suffire aux exigences et aux difficultés de sa nouvelle situation.

Il apportait à l'hôpital des Cliniques le jugement sûr que lui avait donné une longue habitude de l'observation; il révéla tout ce qu'avait pu lui permettre d'acquérir l'étude patiente des malades, poursuivie jusqu'alors en silence, avec la persévérante attention de sa nature consciencieuse.

Le nouveau professeur n'avait perdu aucune des aimables et sérieuses qualités de l'interne. La foule se porta bientôt à l'hôpital des Cliniques pour assister à ses leçons substantielles, savantes et pratiques. Il la charmait par sa bienveillance, son affabilité pleine de dignité et de réserve, et la retenait par ses grandes qualités de praticien (1).

On a dit que: « celui qui a un grand sens sait beaucoup (2) ». Nélaton possédait au plus haut point cette qualité maîtresse; il y joignait la résolution calme et la clairvoyance judicieuse que donnent l'expérience et les longues réflexions. Toujours attentif, il savait prévoir et prévenir les difficultés de l'exécution. Aussi, possédait-il le véritable sang-froid, c'est-à-dire: cette force d'esprit que donnent la prévoyance et le savoir.

Dans le diagnostic comme dans le traitement rien n'était improvisé, tout était longuement médité. Ses idées comme ses résolutions, n'acquéraient leur entière maturité, qu'après avoir été sous toutes leurs faces, exposées à la lumière d'un jugement, largement alimenté par une expérience, que chaque jour voyait s'étendre.

Jamais il ne se laissait aller à ses premières impressions, et ne voulait pas admettre qu'un diagnostic pût se faire d'un coup d'œil.

Il interrogeait, examinait, écoutait le malade, prêtait souvent attention aux opinions émises autour de lui. En quittant l'hôpital, il songeait encore à ce qui venait d'y fixer son attention. Maintes fois dans l'après-midi, on le voyait reparaître dans les salles, pour étudier seul et sous tous ses aspects le malade qui devait faire le sujet de la leçon du lendemain.

Préoccupé de bien comprendre le malade, et de bien se rendre compte de tous les détails de la maladie, Nélaton n'avait pas une moindre préoccupation de se faire comprendre des élèves. Il savait qu'à beaucoup des auditeurs qui se pressent dans les amphithéâtres de clinique, l'étude complète de la pathologie fait défaut; et que les notions anatomiques et physiologiques, sans lesquelles un diagnostic rigoureux est impossible, sont trop souvent insuffisantes.

Il procédait, avec un art véritablement remarquable, à préparer son auditoire à l'intelligence des faits qu'il allait exposer et commenter devant lui. Procédant du simple au composé, il ne craignait pas le terre-à-terre avant de s'élever à la discussion des parties ardues du problème.

Soucieux de la clarté, il ne cherchait pas l'effet oratoire; sa parole nette, précise, toujours mesurée, habituellement lente, commandait l'attention et atteignait directement le but.

De prime abord l'auditeur avait le sentiment qu'il allait comprendre, que rien ne pourrait lui échapper dans la discussion du diagnostic, et que, tout à l'heure, il allait pour ainsi dire participer à l'action chirurgicale dont il serait le témoin. La parole du professeur l'avait identifié à sa pensée et à ses actes.

Il montrait aux élèves et leur prouvait chaque jour, que l'étude raisonnée des symptômes, la connaissance exacte des dispositions anatomiques, les enseignements de la physiologie, révèlent à un esprit observateur, la nature et le siége précis des lésions. Il avait le bon esprit de ne pas croire à l'inspiration et de n'en rien attendre; c'est moins encore à son expérience qu'à cette constante et consciencieuse application de la vraie méthode scientifique, qu'était due cette sûreté de diagnostic qui tant de fois émerveilla son auditoire.

Que le fait qui se présentait à son observation fût insolite, qu'il fut seulement difficile ou rare, les mêmes moyens dirigés par la même méthode lui permettaient d'arriver avec la même précision, à l'exacte et complète définition de tous les termes de la question posée par les symptômes.

Au mois de mars 1855, se présente à la consultation de la Clinique, un jeune étudiant en droit. Il venait demander à Nélaton son avis pour une lésion traumatique de l'œil *droit*. Deux mois auparavant il avait reçu sur l'œil *gauche*, un violent coup de parapluie.

La plaie de l'œil *gauche* avait simplement et rapidement guéri; mais l'œil *droit* était plus saillant qu'à l'état normal.

L'oculiste (1) très-distingué qui l'adressait à Nélaton, soupçonnait la présence d'un corps étranger.

Bientôt, en posant le doigt indicateur sur l'œil droit, le chirurgien perçoit des mouvements de soulèvement isochrones aux pulsations. Ce symptôme est un trait de lumière; l'idée d'un anévrysme se présente immédiatement, et c'est dans ce sens qu'est dirigée l'exploration. Les renseignements sont tous confirmatifs; il y a un anévrysme. Cet anévrysme qui repoussait l'œil en avant, ne pouvait porter que sur l'ophthalmique ou la carotide interne; en raison du degré de la projection de l'œil il devait avoir un certain volume.

En supposant son siége dans l'ophthalmique, cette artère dilatée aurait dû comprimer le nerf optique à son passage commun, à travers l'ouverture osseuse, qui les conduit dans l'orbite; il n'y avait aucun trouble de la vision. De plus, dès que l'on comprimait la carotide, l'œil s'affaissait aussitôt, et dès qu'on levait la compression, tous les symptômes reparaissaient subitement. Il fallait donc que le sang pénétrât par un large orifice dans la poche anévrysmale, ce que l'on ne pouvait guère admettre avec un anévrysme de l'ophthalmique.

Réfléchissant au mécanisme de la lésion, Nélaton arriva bientôt à supposer que l'embout du parapluie, portant par un coup de pointe sur la paupière inférieure gauche, avait du traverser l'orbite gauche obliquement de dehors en dedans et d'avant en arrière; passer au-dessous du globe oculaire, et se frayer un chemin à travers le corps du sphénoïde jusque dans le sinus caverneux droit pour y léser la carotide interne.

Pénétré de cette idée qui, tout extraordinaire qu'elle put paraître, devait recevoir plus tard une éclatante confirmation, Nélaton voulut reproduire cette lésion sur le cadavre. Il y réussit pleinement en enfonçant avec un maillet, dans la direction présumée suivie par l'embout du parapluie, un morceau de bois de même forme. Les lésions produites par l'expérimentateur furent identiques à celles que l'on constata plus tard à l'autopsie. Pratiqué par M. Sappey, l'examen cadavérique démontra que, selon les affirmations de Nélaton, il y avait un anévrysme de la carotide dans le sinus caverneux.

Il est difficile de donner un exemple plus frappant de la puissance des ressources de la clinique et de la sûreté de méthodes qui per-

(1) J. Rochard. *Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle*, p. 443.
(2) Vauvenargues.

(1) M. Desmarres père.

mettent de reconnaître et de décrire une lésion parfaitement insolite par son siége, et qui n'avait jamais été observée dans de semblables conditions.

Ce sont des faits qui louent; ils louent le chirurgien, mais ils font, tout aussi haut, retentir l'éloge de la science.

Cet éloquent témoignage des faits pourrait facilement être multiplié. L'esprit sagace, attentif et réfléchi du maître ne laissait jamais perdre l'indication fournie par un symptôme. Lui paraissait-elle insolite, il s'y attachait et ne quittait, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, la piste ouverte à son exploration, qu'après avoir porté son attention sur toutes les parties que le symptôme particulièrement étudié, le provoquait à examiner.

Le symptôme douleur est l'un de ceux que le chirurgien est le plus souvent appelé à apprécier; c'est l'un de ceux qui toujours sollicitait le plus vivement l'attention de Nélaton.

Un homme porteur d'une pseudarthrose de l'humérus se présente (1); il réclame une opération qui rende à son membre la solidité perdue. Mais il se plaint d'une douleur qui toujours se reproduit quand il imprime des mouvements aux fragments osseux mal consolidés. L'étude de la douleur est à l'instant anatomiquement poursuivie. Elle est localisée dans le nerf radial. Plus de doute, la direction bien connue du cordon nerveux, le siége de la fracture non consolidée, indiquent que le nerf radial doit être retenu dans les liens fibreux qui unissent imparfaitement les deux fragments. L'opération est pratiquée, et, grâce aux prévisions du diagnostic, le nerf radial est dégagé, isolé des fragments osseux dont la résection permit d'obtenir la consolidation complète.

Sans cesse préoccupé de ce besoin de certitude qui dominait toute sa pratique, Nélaton apportait à la conception et à l'exécution de ses opérations la même recherche qui servait à assurer l'entière vérité du diagnostic. Il exposait aux élèves ses plans opératoires, les aidait à les comprendre en dessinant sur le tableau ce que le trait pouvait nettement figurer. Souvent il se rendait à l'amphithéâtre voisin pour étudier sur le cadavre le terrain opératoire, bien préciser l'opération, et déterminer le rôle de chacun. Il aimait les recherches et les expérimentations de l'amphithéâtre.

Elles donnaient satisfaction à son esprit, chercheur et amoureux du perfectionnement; elles satisfaisaient enfin ce besoin de sécurité qu'il n'éprouvait complétement qu'après avoir tout prévu.

La chirurgie de Nélaton était celle des Desault, des Boyer, des Dupuytren. Ainsi que ces grands initiateurs du progrès chirurgical de notre siècle, ainsi que tous les maîtres modernes qui ont su le porter si haut, il appuyait avant tout sa pratique sur l'alliance étroite de l'anatomie normale et pathologique, de la physiologie normale et pathologique, à la clinique.

Définitivement constituée sur sa véritable assise, la chirurgie ne peut être un art immuable et ferme. Elle appelle et reçoit toutes les découvertes afférentes à l'étude et au perfectionnement des sciences sur lesquelles elle s'appuie. De là, lui viendra de plus en plus le caractère de scientifique exactitude qu'on lui accorde volontiers, auquel elle a quelques droits, mais qu'aucun de ceux qui la pratiquent et l'honorent le plus ne sauraient lui reconnaître complets.

Nélaton n'était pas de ceux qui croient la chirurgie faite parce qu'ils la pratiquent avec talent; il n'a jamais cru être arrivé à la limite de la science. Il aimait, il appelait, il patronnait le progrès; il lui arriva même de le perfectionner. Beaucoup de points de la chirurgie ont été l'objet particulier et persévérant de son étude, peu de questions nouvelles se sont produites sans fixer son attention. Le caractère principal de son enseignement et de ses recherches a toujours été, il est vrai, leur rapport direct avec la thérapeutique. Tel devait être, selon lui, le but final du chirurgien qui comprend sa mission. Il nous suffira de rappeler quels furent les principaux sujets de son enseignement, pour montrer que telles étaient, en effet, les tendances de son esprit.

Le traitement des hémorrhagies primitives et secondaires par la ligature des deux bouts dans la plaie, a été l'un des points de pratique qu'il a défendus avec le plus de persévérance. S'il est vrai que Guthrie avait préconisé cette pratique, dans les hémorrhagies primitives et secondaires, et qu'il l'appliquait avec la dernière énergie, il n'est pas moins exact que, lorsque Nélaton entreprit de faire adopter le précepte de la ligature dans la plaie des deux bouts de l'artère divisée, et qu'il voulut démontrer que cette manière de faire était supérieure à la méthode d'Anel, *alors même qu'il s'agissait d'une hémorrhagie secondaire,* la pratique des chirurgiens français était opposée à ses idées. En 1848, la thèse de M. Courtin était consacrée à la défense des opinions de son maître qui, lui-même, en 1852, à l'Académie de médecine, et en 1857, dans une série de leçons, venait à nouveau insister sur cette pratique vraiment chirurgicale.

La Société de chirurgie a plus d'une fois prouvé, par ses discussions, l'importance qu'elle attachait à ce point capital de la thérapeutique des plaies d'artères.

Les polypes naso-pharyngiens ont été l'objet des recherches non moins persévérantes de Nélaton. L'étude de leur point d'insertion, celle de la région basilaire où toujours ils s'implantent; de leur pathogénie si curieuse que l'on a pu les considérer comme une maladie dont la prédisposition cesse après l'adolescence et n'atteint que les garçons; enfin, et surtout, le traitement de cette grave affection, furent incessamment poursuivis par Nélaton.

Cette grande question, qui si longtemps a été à l'ordre du jour de vos travaux, a été discutée et étudiée de telle sorte que le sujet pourrait être considéré comme épuisé, si jamais une telle assertion était permise à propos de chirurgie.

Les progrès considérables qui ont été accomplis dans l'étude et le traitement des polypes naso-pharyngiens appartiennent presque entièrement à la chirurgie française contemporaine, et il serait injuste de méconnaître l'influence de l'enseignement de Nélaton et des travaux qu'il a inspirés à ses élèves sur cette question si mal connue il y a peu d'années, si bien étudiée aujourd'hui. Les notions les plus importantes sur le lieu d'implantation, sur la fréquence de la récidive, et sur la nécessité où l'on est de détruire à la longue le pédicule, sont dues à cet enseignement (1). C'est pour obtenir la destruction de ce pédicule repullulant qu'ont été imaginés les divers et ingénieux modes de cautérisation proposés par Nélaton, et, entre autres, le cautère à gaz.

C'est pour pouvoir attaquer sûrement le point d'implantation et pour en poursuivre plus tard la destruction qu'a été imaginée, par le chirurgien de la clinique, la résection palatine, qui satisfait au principe des opérations préliminaires conservant une voie permanente à l'action chirurgicale.

Vous me permettrez de ne point discuter à nouveau les questions si souvent soulevées dans cette enceinte et dans de remarquables travaux, à propos de la valeur relative de la résection palatine et de l'ensemble du sujet.

C'est encore à propos du traitement des polypes pharyngiens que Nélaton se servit avec succès, en 1864, de l'action chimique de l'électricité, action remarquable que les travaux de l'un des membres correspondants de notre compagnie, M. Ciniselli de Cremone nous avait directement fait connaître, en 1860 et en 1862, dans ses applications à la cure de tumeur de diverses natures. Le chirurgien italien n'avait, il est vrai, attaqué que des tumeurs de minime importance.

Déjà l'esprit investigateur de notre collègue avait, en 1852, cherché, avec le concours du professeur Regnault, à utiliser, pour la cautérisation des tumeurs érectiles, d'autres propriétés de l'électricité, les propriétés calorifiques. Elles devaient définitivement être connues et entrer dans la pratique de la chirurgie, grâce aux travaux d'un de nos correspondants étrangers, le professeur Middeldorpf.

Les questions les plus étudiées à l'hôpital des cliniques étaient celles qui se trouvaient à l'ordre du jour de la chirurgie. Nous venons de le rappeler pour les polypes naso-pharyngiens. Il en avait été de même pour les *hématocèles péri-utérines.*

Cette question est, comme la précédente, toute moderne et toute française. Nous n'avons pas à rechercher ici à qui doit revenir l'hon-

(1) Communication orale de notre collègue le docteur Panas.

(1) A. Verneuil. *Gazette hebdomadaire*, 1859, t. VI, page 613.

neur d'avoir, le premier, observé ces tumeurs sanguines du bassin. Leur histoire a marché de pair avec celle des phlegmasies péri-utérines, et, grâce aux nombreux et beaux travaux de maîtres vénérés, de savants collègues et d'élèves distingués de nos hôpitaux, le diagnostic des tumeurs pelviennes a été débarrassé d'une foule d'erreurs. C'est aux recherches, c'est aux travaux de l'École française contemporaine que nous devons la complète étude des tumeurs inflammatoires du bassin et des hématocèles péri-utérines.

Nélaton, qui déjà avait abordé ce dernier sujet dans ses conférences de l'hôpital Saint-Louis, en poursuivit l'étude à l'hôpital des Cliniques. Dans la série de leçons qu'il y a professées en 1851 et en 1852, dans les travaux qu'il a inspirés, il a cherché à préciser le siége de ces tumeurs, à faire connaître leur fréquence, leur mode de production, leur signes distinctifs. Il leur donna le nom d'*hématocèles rétro-utérines*. Il s'attacha particulièrement à faire une étude précise, une description exacte de la tumeur, à décrire la marche de la maladie, qui, dans la plupart des cas, permet au chirurgien de s'abstenir de toute intervention. La marche naturelle de l'hématocèle conduit, en effet, à la guérison spontanée, tandis que des accidents funestes ont suivi la violation du précepte de non-intervention.

Il nous serait difficile de passer en revue tous les sujets de chirurgie qui ont été l'objet de l'enseignement de l'hôpital des Cliniques; mais nous ne pouvons passer sous silence les belles autoplasties imaginées et appliquées pour la réparation du nez et pour la cure de cette infirmité congénitale, l'épispadias, qui jusqu'alors avait été jugée au-dessus des ressources de l'art ou n'avait été l'objet que de quelques tentatives opératoires infructueuses. En imaginant son remarquable procédé autoplastique à double plan de lambeaux, Nélaton ouvrit à la chirurgie réparatrice de ces tristes infirmités, une voie nouvelle et féconde que d'autres, à son exemple, ont suivi avec succès.

Signalons encore la découverte des effets de la compression *directe* sur les anévrysmes variqueux intermédiaires qu'elle transforme en anévrysmes simplement artériels, en déterminant l'oblitération de l'ouverture de la veine (1). Nélaton put ainsi guérir par la compression *indirecte* l'anévrysme tranformé. Le professeur de la Clinique mit le plus grand zèle à mettre en pratique et à faire connaître les effets de la compression, indirecte, dont les remarquables travaux d'un éminent collègue (2) venait de démontrer la puissante efficacité.

Nous rappellerons enfin le traitement des anévrysmes rétro-pelviens par les injections coagulantes, le traitement des occlusions intestinales par l'entérotomie, la démonstration des avantages de l'incision pratiquée au-dessus de l'arcade crurale droite, les modifications apportées à l'opération de la taille et les célèbres leçons sur l'ovariotomie.

Cette opération hardie et dont la hardiesse est aujourd'hui si complétement justifiée était proscrite de la pratique française. La discussion académique de 1856 paraissait l'avoir pour jamais reléguée dans l'oubli. C'est en vain que l'un de nos distingués confrères (3), s'appuyant sur une analyse rigoureuse des faits et des travaux publiés, cherchait à démontrer que l'ovariotomie avait été condamnée en France sans examen suffisant, et que les résultats obtenus à l'étranger imposaient au moins l'obligation d'étudier sérieusement la question. La chirurgie française opposait toujours la même résistance.

Cependant cette grande question de thérapeutique chirurgicale préoccupait l'esprit de Nélaton. Bientôt il prit la résolution d'acquérir par lui-même une conviction basée sur l'étude des faits. Au mois de novembre 1861, notre collègue se rendait à Londres, dans le but d'étudier la pratique des chirurgiens habiles qui, au delà du détroit, faisaient avec succès l'opération si redoutée en France. Nélaton fut mis avec le plus grand empressement à même de bien juger; il put s'assurer que l'affection chirurgicale dont il venait étudier le traitement opératoire, est de celles qui résistent à la douceur et plient devant l'audace. Il revint entièrement convaincu et résolu à faire partager ses convictions.

La chaire de l'hôpital des Cliniques devait naturellement servir à rendre publiques ses impressions sur ce sujet si nouveau dans l'enseignement français. La parole du professeur avait depuis trop longtemps acquis l'autorité la plus légitime, pour que les leçons sur l'ovariotomie ne fussent pas écoutées. Peu de mois s'étaient écoulés, que déjà la barrière du péritoine jusqu'alors respectée, était résolument franchie et que l'ovariotomie prenait définitivement place dans la pratique des chirurgiens français.

Il faut constater avec un grand regret que cet amour du progrès, que cet enseignement si riche, si varié, que cette expérience servie par le renom obtenu dans la pratique la plus étendue, que ces idées si justes, toujours précises, toujours exposées avec la netteté qui est « le vernis des maîtres », que ces facultés chirurgicales de premier ordre, que tout ce rare et précieux ensemble n'ait pas été utilisé d'une manière sûrement durable. Seules les choses écrites sont irrévocables. Réunis dans le cadre d'un ouvrage clinique, les matériaux et les idées scientifiques qui ont servi à l'enseignement de Nélaton eussent constitué le titre le plus imposant à la reconnaissance de l'art qu'il a pratiqué avec tant d'éclat.

Un de nos collègues les plus distingués a dit avec beaucoup de vérité que : « Nélaton n'a jamais cherché à dominer son époque ni à se poser en chef d'école (1). »

Il aimait passionnément la chirurgie, il aimait l'enseignement, il ne dédaignait ni les honneurs, ni les succès, mais il n'avait pas cette vivacité d'âme qui lance dans la controverse et fait rechercher la lutte; il ne possédait pas la force de caractère qui permet d'imposer son autorité. S'il péchait, ce n'était pas comme Dupuytren, par excès d'orgueil, mais par excès de condescendance.

Il n'avait pas assez d'ambition pour ne pas se contenter du présent et il ne songea pas assez à se faire place dans l'avenir. Être écouté de ses élèves lui suffisait. Il trouvait dans ses leçons ses plus grandes satisfactions; c'était le meilleur moment de ses longues et pénibles journées. Les précieux souvenirs de cet enseignement célèbre reçu par tant d'élèves, répétés par tant de maîtres, donneront à son nom la durée; il consacreront la valeur, la haute utilité, la légitime et profonde influence de la pratique chirurgicale de Nélaton.

La tribune académique ne l'attira jamais. Membre fondateur de la Société de chirurgie, Nélaton fut un de ceux qui, pendant les premières années de sa création, suivirent avec le plus d'assiduité ses séances. Il prenait très-activement part à ses discussions et retrouvait, dans cette enceinte, l'occasion d'étudier avec ses collègues des questions presque toujours afférentes à la pratique chirurgicale. C'est dans le recueil de nos Mémoires (2) qu'il publia son intéressante étude sur les luxations du maxillaire inférieur. Ce travail retirait de l'oubli une méthode qui permet d'obtenir la réduction par la douceur et donnait à cette manière de procéder une solide raison d'être. C'est, en effet, en s'appuyant sur l'anatomie normale et pathologique, sur les expériences cadavériques et sur la clinique, que Nélaton démontrait qu'il suffisait pour opérer la réduction dans la plupart des cas, de dégager le sommet de l'apophyse coronoïde et de lui imprimer un mouvement de propulsion en arrière. Les travaux de notre collègue sont caractérisés, comme son enseignement, par la même unité de tendances et de vues, par leur rapport avec la thérapeutique.

C'est, en effet, en face du praticien que l'on est invinciblement ramené, lorsqu'on cherche à bien connaître notre éminent collègue. En s'attachant à cette étude, en la poursuivant dans ses détails, on acquiert la conviction que ses qualités chirurgicales et ses qualités personnelles furent la véritable source de ses succès.

Déjà nous avons tenté de rappeler ce que fut Nélaton dans son enseignement. Au vis-à-vis des malades, il avait le même souci que devant les élèves; il voulait être bien compris.

Le seul aspect de sa physionomie aurait suffi, pour qu'un favorable présage répondît à l'anxieuse et muette interrogation qu'adresse toujours le malade à celui qui va devenir l'arbitre de sa des-

(1) Broca, *Des anévrysmes*, page 293 et suivantes.
(2) Le professeur Broca.
(3) M. Jules Worms, *Gazette hebdomadaire*, 1860.

(1) J. Rochard, *loco citato*, page 446.
(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome I, page 395.

tinée. Le calme parfait, l'assurance modeste et ferme de l'homme qui a plus d'une fois éprouvé qu'il est à la hauteur de sa mission, s'y lisaient de prime abord. Bientôt des questions pleines de précision, une attentive sollicitude qui savait s'étendre à tout, et ne s'inquiéter cependant que de ce qu'il convient de savoir, un examen approfondi conduit de telle sorte que rien n'était négligé, tandis que tout était prévu, pour que la souffrance et les plus intimes susceptibilités fussent ménagées, attiraient de plus en plus la confiance. Le malade sentait qu'il pouvait s'abandonner et se livrait sans réserve, heureux de cette première victoire si complétement gagnée par celui qui, après avoir conquis le patient, allait s'attaquer à la souffrance. Le prestige du talent et de la notoriété conduisait près du chirurgien renommé; son affabilité exquise, sa manière attentive et simple, retenaient tous ceux qui, dans un jour d'inquiétude ou d'angoisse, avaient pu l'approcher.

Il voulait que la chirurgie fut douce. C'est peut-être le but qu'il a le plus constamment poursuivi. Il mettait en œuvre toutes les ressources de son expérience, toute la puissance d'un tact parfait, pour désarmer, par la confiance, les appréhensions qu'inspirent à la fois, la maladie et la présence du chirurgien. Il eut été heureux que notre art, si souvent terrible dans ses moyens, n'inspirât aucun effroi. Aussi apportait-il toute son attention à se dépouiller du prestige, si facilement accordé à l'homme que la science et l'humanité investissent du droit de porter sur ses semblables le fer et le feu. Avant tout il ambitionnait de paraître le ministre d'un art bienfaisant et humain. Il savait que la bonté patiente, que la sollicitude affectueuse, peuvent beaucoup pour faire accepter et pour faire oublier les dures nécessités de la chirurgie. Il éprouva plus d'une fois, que le malade qui oublie la chirurgie, garde un profond souvenir du chirurgien.

Il ne s'est jamais plaint de ses ennemis, il dut en avoir cependant; mais il ne s'accordait pas l'orgueilleuse satisfaction d'en parler. De même qu'il ne savait pas triompher, il savait ne pas se plaindre.

Cette heureuse pondération de sentiments se retrouve dans tous ses actes. « Je ne sais comment fait Nélaton, disait souvent Velpeau, il n'a jamais l'air pressé. »

Dans les consultations, après avoir attentivement écouté, après avoir minutieusement interrogé et examiné le malade, il écoutait avec le même soin l'avis de ses confrères. Il ne témoignait jamais que leur exposé pût être abrégé. Il reprenait ce qui avait été dit, et après l'avoir clairement résumé, formulait une opinion. Toujours il semblait que cette opinion découlât des prémisses posées par ses confrères. Il éclairait, mais n'importunait personne de la clarté qu'il savait abondamment répandre sur les situations les plus obscures. Convaincre sans éblouir, venir en aide mais ne pas effacer, telle était sa règle de conduite.

On ne peut plus dire comme Fontenelle l'écrivait au siècle dernier dans l'éloge de Chirac : que « sa rue était incommodée de la quantité de carrosses qu'on y envoyait de tous côtés ». Le quartier du Paris moderne, habité par Nélaton ne peut souffrir de semblables incommodités. Mais nous ne faisons que rendre hommage à la vérité en rappelant à quel prodigieux niveau s'éleva la réputation de Nélaton. Sa notoriété était plus qu'européenne, et ce fut à Philadelphie que le docteur Atlee publia en un volume, un recueil des leçons du professeur de la clinique.

Appelé sans cesse dans tous les points de la France, il n'était guère de cas graves où sa main ou son conseil ne fussent requis. Il fut, il y a peu d'années, mandé en Suède. Le corps médical de Stockolm reçut, avec la plus grande distinction, l'illustre représentant de la chirurgie française. Loin de se montrer froissés de la marque de haute confiance accordée à notre compatriote, nos confrères suédois furent heureux d'avoir, au milieu d'eux, l'homme dont l'enseignement, dont les idées et la pratique leur étaient si familières, qu'ils eussent pu le saluer comme le savant italien qui reçut Breschet à Milan, en s'écriant : Bonjour, mon ami, que je ne connais pas.

Ces hautes marques de confiance, que l'étranger donne à la France dans la personne des représentants de la science chirurgicale, ne se sont-elles pas récemment renouvelées, lorsqu'il y a peu de semaines l'un de nos plus aimés collègues (1) franchissait l'Atlantique pour présider à la naissance du futur souverain du Brésil.

Le voyage en Suède ne fut pas le plus célèbre de ceux que Nélaton fit en sa qualité de chirurgien. Personne n'a perdu le souvenir de la visite que notre collègue fit, en 1862, au général Garibaldi. Au cinquante-neuvième jour de la blessure, on hésitait encore, le diagnostic était incertain, la présence de la balle dans la plaie contestée par les chirurgiens italiens et étrangers qui, déjà, avaient examiné le blessé. On annonçait que la situation était des plus graves.

Nélaton reconnut immédiatement la présence de la balle et en détermina la position. Ne jugeant pas à propos d'en pratiquer sur-le-champ l'extraction, il voulut du moins fournir la preuve irréfutable de son diagnostic. Chemin faisant il réfléchit, et, de retour à Paris, il fit construire un stylet à olive de porcelaine rugueuse qu'il envoya à M. Zanetti. Le stylet, plongé dans la plaie, rapporta une trace noirâtre qui fut analysée. Cette ingénieuse exploration dissipa les derniers doutes : un mois ne s'était pas écoulé quand un télégramme du préfet de Pise vint annoncer à Nélaton que ses prévisions étaient confirmées, et que le projectile avait été extrait en suivant ses indications (2).

Cet événement attira sur le nom du chirurgien français l'attention de l'Europe entière. S'il est juste de reconnaître que la réputation de Nélaton s'accrut singulièrement sous cette influence, et qu'il arriva dès lors à la renommée populaire la plus étendue, il faut cependant rappeler que, depuis longtemps déjà, la notoriété du professeur de la Clinique était considérable. Il ne faut pas oublier que ce fut son enseignement, que ce furent ses élèves et les médecins français et étrangers qui, chaque jour, le voyaient à l'œuvre et l'écoutaient, qui avaient fait connaître la haute valeur de sa pratique.

Cependant, des honneurs de toutes sortes étaient venus consacrer les succès de Nélaton. Membre de l'Académie de médecine en 1863, il devenait, après la mort de Jobert, membre de l'Institut en 1867. La mort de son collègue lui avait aussi officiellement ouvert la porte des Tuileries, où déjà sa réputation lui avait donné accès. Après une maladie grave du prince impérial, heureusement dirigée, il était promu au grade de grand officier de la Légion d'honneur. En 1868, il atteignait, en entrant au Sénat, à une dignité à laquelle un médecin n'avait jamais été élevé. Ses confrères, par un vote unanime et chaque année renouvelé, l'avaient placé à la tête de la grande et utile association des médecins de la Seine. Cette dignité n'était pas celle à laquelle il attachait le moins de prix, et bien des fois l'œuvre d'Orfila profita de son influence et de sa fortune.

Dès longtemps, en effet, Nélaton était arrivé à une grande richesse; et nous pourrions dire, si nous devions en croire Vidus Vidius, qu'il réunissait par cela même toutes les qualités du chirurgien. Le professeur de Florence que François Ier avait appelé à Paris pour y enseigner la médecine au collége royal, après avoir parlé de toutes les perfections du corps et de l'esprit dont un chirurgien doit être doué, désire en effet, qu'il ait de la fortune, afin de pouvoir imposer au vulgaire par autorité et d'être, avec tranquillité, indépendant de son état. « *Bona fortunæ et autoritatem comparant, apud vulgus et otium, ita ut libere liceat chirurgiam exercere* (3).

Une seule chose manquait à Nélaton, le temps de suffire à toutes les exigences de sa situation. Il donna, en 1867, sa démission de professeur et quitta dès lors l'hôpital. Il avait soixante ans, c'était le terme que depuis longtemps il avait fixé pour prendre sa retraite.

Il prit, en effet, sa retraite comme il se l'était promis, mais ne trouva point le repos. Tous ceux qui ont pris pour habitude d'augmenter l'intensité de la vie, ne savent pas traverser la vieillesse. Cette dernière étape que l'homme devrait graduellement consacrer

(1) Le professeur Depaul.
(2) J. Rochard, *loco citato*, p. 644.
(3) Vidus Vidius *de chirurg.*, lib. I, chap. III.

au repos en se servant peu à peu de ce qui alimentait la période active de son existence, est habituellement parcourue d'un pas fiévreux. L'activité excessive reste le régulateur artificiel, mais nécessaire de la vie. Bientôt la mort se rapproche et nous impose le repos que nous n'avons su prendre.

Nélaton ne méconnaissait pas les avertissements que lui donnait sa santé. Il était trop clairvoyant pour ne pas se sentir atteint. Mais les événements qui allaient se précipiter n'étaient pas faits pour le détourner de sa carrière. Les jours du siége arrivèrent, et Nélaton fit, à toute heure, son devoir dans les ambulances. Il n'avait plus de doute, dès lors, sur son véritable état de santé, et parlait sans illusion des troubles circulatoires qui entravaient son actiavité.

Dans notre vie, où les impressions de l'âme se mêlent si constamment aux fatigues du corps, faut-il s'étonner de voir naître et bientôt se développer ces affections devant lesquelles succombent le cœur ou le cerveau.

Une maladie du cœur fit lentement mourir Nélaton. Depuis longtemps résigné et préparé à la mort, il profitait des moments de répit qu'accordent les affections cardiaques pour voir ses amis, et par conséquent ses malades. Il avait cédé aux conseils de ses collègues et de ses proches en quittant Paris. Ni l'Italie, ni les bords de la mer, ni la campagne qu'il avait créée, ne purent le retenir. Il voulait mourir à Paris, et cependant mourir sans bruit; c'est ainsi qu'il eut aimé à vivre. Il s'éteignit au milieu des siens le 21 septembre 1873.

L'une de ses volontés les plus expresses fut que ses obsèques se fissent sans pompe et qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Cette volonté suprême a été respectée. Mais le souvenir des hommes qui ont honoré notre art nous appartient et nous avons le devoir de le transmettre aux jeunes générations qui nous suivent.

N'est-ce pas elles qui nous consolent en nous montrant l'avenir. Leur laborieuse et persévérante ardeur s'affirme de jour en jour et nous permet d'espérer des temps meilleurs. En reportant vers elles les regards que dans cette séance nous avons coutume de fixer sur ceux qui ne sont plus, nous ne pouvons voir sans grande sympathie prendre courageusement place dans leurs rangs, l'héritier du nom et de la fortune de Nélaton.

Le souffle du travail fécondera toujours notre pays; il le ranime, et déjà le relève. Honorons les hommes qu'il a conduits à la renommée et ne négligeons rien pour que l'avenir soit à ceux qui obéissent à sa vivifiante impulsion.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Liste des prix pour l'année 1874-1875.

La Faculté avait à décerner pour 1875 :

1° Les prix provenant des libéralités de :

MM. le baron Trémont, de la valeur de . . . . 1,000 fr.
le baron Barbie . . . . . — 2,000
la C^sse de Chatauvillard . . — 2,000
Corvisart . . . . . (médaille) 400

2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elle pendant l'année.

Dans ses séances des 2 et 9 décembre, l'Assemblée de la Faculté a entendu les rapports des commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats et elle a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'instruction publique par décisions des 30 novembre, 8 décembre, 23 décembre 1875, et 13 janvier 1876.

1° *Prix Trémont*. — Commission : MM. Wurtz, doyen, Bouchardat, Depaul et Vulpian.

Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° *Prix Barbier*. — Commission : MM. Richet, Dolbeau, Trélat, Vulpian et Le Fort.

Sur le rapport de la commission, la somme de 2,000 francs, provenant du prix Barbier, a été répartie de la manière suivante, à titre d'encouragements, entre les personnes dont les noms suivent :

M. Trouvé, fabricant d'appareils électriques 750 francs. — M. Faucher, fabricant d'appareils électriques, 750 francs. — M. le docteur Latteux, aide de clinique, 380 francs. — M. Bénac, fabricant de sondes, de bougies, etc., 200 francs.

3° *Prix Chatauvillard*. — Commission : MM. Lorain, Charcot, Verneuil.

La commission avait à examiner les ouvrages présentés par cinq candidats. Elle a partagé le prix de la manière suivante :

A M. le docteur Pinard, chef de clinique à l'hôpital des cliniques, une somme de 1,500 francs à titre *de récompense* pour sa thèse inaugurale : *Des vices de conformation du bassin étudiés au point de vue de la forme et des diamètres.*

A M. le docteur Baréty, une somme de 1,500 francs à titre d'encouragement pour sa thèse ayant pour titre : *L'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire.* (*A suivre.*)

Pathologie et Clinique chirurgicales, contenant la description des maladies chirurgicales, un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 1 vol. in-8° avec 542 figures. — Prix : 25 francs. — Paris A. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 14. — JEUDI 3 FÉVRIER 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 3 FÉVRIER 1876. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Colin vient de terminer la lecture de son second mémoire; et les théories qu'il expose sont appuyées sur un nombre tel de données expérimentales, en formelle contradiction avec les doctrines vulgaires, qu'on se demande en vérité comment on pourra lui répondre.

Rappelons brièvement comment cette discussion a commencé et comment les bases s'en sont élargies.

M. Colin, dans un premier mémoire, racontait avoir constaté sur des chevaux atteints spontanément de morve, à un certain moment la production rapide d'une leucocythémie de plus en plus marquée.

M. Bouley, avec le concours de M. Malassez, vérifia le fait sur un cheval atteint de morve.

Mais cette leucocythémie était-elle ou non spécifique? M. Colin n'avait pas dit ce qu'il en pensait, et les réflexions échangées à ce propos entre divers autres orateurs montraient à quel point on était peu fixé sur la fréquence de la leucémie en général et sur son mode de production.

En conséquence, M. Colin, dans un mémoire considérable, vint exposer le résultat de ses études expérimentales, non plus seulement sur l'état du sang dans la morve, mais sur l'origine, la naissance, la destruction, l'histoire entière des leucocytes sanguins.

Il rechercha d'abord ces leucocytes dans la lymphe; et il établit que, contrairement aux idées reçues, la masse de globules blancs apportée en un jour par le seul canal thoracique suffirait à produire une leucocythémie des plus marquées, si ces globules, une fois versés dans le sang, n'y étaient pas utilisés, transformés, détruits dans un court délai. Les globules blancs, étudiés par lui dans la lymphe des grands animaux durant la vie, se sont montrés comme des éléments essentiellement instables, n'ayant ni forme ni dimension constantes et bien déterminées.

En ceci, les observations physiologiques de M. Colin cadrent absolument avec les derniers résultats des études micrographiques.

En effet, dans l'ouvrage qui fait autorité en pareille matière, dans le *Manuel d'histologie pathologique* de MM. Cornil et Ranvier, on trouve que « les globules blancs du sang sont composés de protoplasma, et *ne possèdent pas de membrane.* »

A leur périphérie « on voit naître des prolongements de protoplasma qui se ramifient, de telle sorte que ces expansions venues d'un même élément, et arrivant au contact, se fusionnent.... Si dans le voisinage des éléments possédant ces mouvements (dits *amiboïdes*) existent des particules colorées, on voit celles-ci être englobées par les prolongements amiboïdes venus de la cellule et pénétrer dans son intérieur. » (Tome 1, p. 5.) Les globules blancs ont la propriété d'adhérer aux parois du verre, comme à celles des vaisseaux dans la circulation du sang. Sous l'influence de l'eau, ils deviennent sphériques, transparents et dans leur intérieur apparaissent un ou plusieurs noyaux...

« Lorsque l'action de l'eau se prolonge, la cellule est dissoute et les noyaux seuls persistent. » MM. Cornil et Ranvier ont soin d'ajouter : « la fusion des prolongements amiboïdes, la pénétration dans l'intérieur de la cellule de particules colorées, démontrent qu'elle ne possède pas de membrane, et ces faits suffisent pour renverser la définition de la cellule donnée par Schwann et acceptée par Remak et Virchow. » En conséquence, ils définissent eux-mêmes la cellule « *une masse de protoplasma renfermant un noyau.* »

Quelle distance incommensurable entre cette idée de la cellule, du globule blanc, et celle dont Virchow voulait faire la base de toute la pathologie.

La cellule n'est plus aujourd'hui qu'une petite masse d'un plasma soluble dans l'eau, d'une sorte de colle, adhérente aux corps solides, et dans laquelle s'incorporent, sans en modifier la motilité, des corpuscules, même toxiques, tels que le vermillon en poudre. C'est une *chair coulante* pour ainsi dire, analogue aux autres plasmas, fibrineux ou albumineux : un élément de nutrition, un premier degré de vivification pour la matière, un acheminement de la substance nutritive vers l'organisation réelle, vers les globules rouges, muni de membranes, vers les tissus élémentaires, vers les organes proprement dits. Mais y chercher, comme le voulait Virchow, la vie elle-même, toute la vie dans son développement complet, il n'en peut plus être question.

M. Colin paraît ignorer les travaux de MM. Ranvier et Cornil; mais ses expériences conduisent parallèlement à des conclusions analogues.

Nous examinerons dans un prochain article le reste de ces expériences, et les théories que M. Colin en a déduites.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. Alphonse Guérin.

Du toucher. Ovarite (1).

J'étais, je l'avoue, très-disposé à adopter le diagnostic que je trouvais sur la pancarte; mais ce diagnostic n'ayant pas été contrôlé par le toucher, j'étais en droit de le réformer, et je dus me demander à quelle maladie nous avions affaire.

Nous allons, si vous le voulez, faire le diagnostic ensemble.

Nous pouvons, tout d'abord, dire que la maladie qui, d'après les symptômes traités par mon interne, avait dû être aiguë à son début, a promptement pris les caractères d'une inflammation chronique. Elle existe déjà depuis la moitié du mois d'août; elle a donc aujourd'hui près de quatre mois de durée.

La vive douleur ressentie par la malade, lors de son entrée, fit penser à une pelvi-péritonite; la douleur était si vive, qu'instinctivement la malade fléchissait les cuisses sur le bassin pour diminuer la tension de la paroi abdominale, et, par suite, la pression sur les parties enflammées; mais ces symptômes s'observent dans toutes les inflammations vives du petit bassin, aussi bien dans l'ovarite, dans le phlegmon du ligament large que dans la pelvi-péritonite, et plus souvent encore dans le phlegmon iliaque, et surtout dans le psoïtis.

La douleur et la flexion des cuisses sur le bassin n'ont donc qu'une valeur relative au point de vue du diagnostic.

Il n'en est pas de même des symptômes que le toucher nous permit de constater dès le 20 octobre. Quelle signification donnerons-nous à cette tumeur ovoïde, située à peu de distance du bord droit de l'utérus? En tenant compte des renseignements qui m'étaient donnés, je crus à l'existence d'un phlegmon du ligament large en voie de résolution. Examinons donc si nous trouvons dans l'observation les signes de cette maladie. Des signes très-importants appartiennent au phlegmon du ligament large; d'abord la tuméfaction qui résulte de l'inflammation du tissu cellulaire de la base de ce repli, occupe le cul-de-sac correspondant du vagin et l'efface plus ou moins. D'un autre côté, la tumeur inflammatoire a une consistance ferme et dure qui contraste avec la mollesse du col de l'utérus et constitue ce que l'on a appelé le *plastron;* enfin elle est appliquée contre la branche horizontale du pubis.

Il est clair que nous ne trouvons pas un de ces signes dans l'observation de notre malade.

Je ne parle plus de la pelvi-péritonite. Et pourtant une inflammation du péritoine, bornée au voisinage de l'ovaire, pourrait en imposer pour ce que nous observons chez notre malade; mais, disons-le tout de suite, la pelvi-péritonite a rarement des limites aussi restreintes. Quand le péritoine s'enflamme, il donne lieu à l'adhérence des divers organes contenus dans le bassin. L'utérus, les ligaments larges adhèrent à une ou plusieurs anses intestinales, et le plus souvent l'existence de cette maladie se traduit par une tumeur volumineuse dans laquelle l'utérus est plus ou moins englobé. Dans ce cas, la matrice devient immobile et comme enclavée dans une gangue dans laquelle on ne peut plus la distinguer.

Si nous pouvons affirmer qu'il ne s'agit ni de pelvi-péritonite, ni d'un phlegmon du ligament large, sommes-nous en droit d'affirmer qu'il n'y a pas dans ce repli un de ces noyaux inflammatoires que j'ai eu l'occasion d'observer dans un certain nombre de cas? Il peut sans doute arriver que la lymphe plastique du phlegmon, en se résorbant, laisse au milieu du ligament large une partie indurée qui persiste plus longtemps que le reste de la tumeur; mais si l'on est en droit d'admettre une pareille lésion quand on a assisté à toutes les phases de l'évolution de la maladie, il n'en est plus de même pour le cas que je discute devant vous.

La première fois que l'on touche cette femme, que trouve-t-on? Une tumeur ayant la forme et à peu près le volume d'un œuf, située à deux centimètres environ du bord droit de l'utérus et y attenant par un pédicule de la grosseur du petit doigt et peut-être moindre. Cette tumeur est manifestement développée dans l'ovaire ou dans la trompe.

Le pédicule qui la sépare de la matrice, qu'est-ce donc, si ce n'est pas la partie droite de la trompe que l'on connaît sous le nom d'*isthme?* Cette portion, vous le savez, est composée de tissus très-denses et percée d'un conduit qui se prête peu à la turgescence inflammatoire; mais il n'en est plus de même de la portion qui lui fait suite. L'*ampoule* est susceptible d'acquérir un notable développement dans la maladie connue sous le nom de salpingite; il est donc très-possible que notre malade soit affectée d'une *salpingite.* Je n'oserais pas repousser le diagnostic, et pourtant j'incline à croire que si la trompe est enflammée, elle ne l'est pas seule. Je pense qu'il y a une ovarite. Peu de maladies, en effet, sont plus douloureuses que l'ovarite aiguë. Les auteurs ont même décrit une forme de cette maladie que je n'ai jamais observée, et dans laquelle les malades poussent des cris, s'agitent et pleurent comme dans un accès d'hystérie.

Notre malade déclare avoir eu de violentes douleurs.

La maladie dont je m'occupe a, comme je vous l'ai déjà dit, une grande tendance à passer à l'état chronique; c'est cette forme que nous observons chez Reine L...

Un grand vésicatoire, appliqué sur la région malade, avait apporté une notable amélioration; mais le 4 novembre, à l'approche de l'époque menstruelle, une douleur plus vive se manifesta, et, quelques jours après, le toucher nous permettait de reconnaître que la tumeur avait augmenté de volume au point d'être venue en contact avec le bord correspondant de l'utérus. Sous l'influence d'un second vésicatoire, la douleur diminua, mais l'utérus est devenu immobile, et les mouvements que l'on cherche à lui imprimer sont très-douloureux; les règles ayant apparu le 9 novembre, une amélioration sensible se manifesta. Le 23 novembre je constatais, par le toucher, que l'inflammation péri-utérine avait presque disparu et que la tumeur était limitée de nouveau et plus rapprochée de l'utérus.

Un nouveau vésicatoire ayant été appliqué, la malade put se lever pendant quelques jours; mais bientôt elle fut obligée de garder le lit pour une douleur qu'elle ressentait dans le côté gauche.

Le 2 décembre, ayant de nouveau pratiqué le toucher, je reconnus du côté gauche une lésion qui me sembla être une preuve de l'existence d'une ovarite à droite. A dater de cette époque, nous avons, en effet, constaté vers le milieu du ligament large gauche une petite tumeur de la grosseur d'une amande, dans laquelle on augmente la douleur par la pression.

Je l'ai fait sentir par plusieurs de mes élèves, qui ont pû juger, dans ce cas, de la difficulté que le toucher présente parfois; pour arriver sur cette petite tumeur, il ne faut pas se contenter de pousser son indicateur au fond du cul-de-sac vaginal; de cette manière, on ne trouve que la paroi du vagin, qui est molle et se laisse déprimer. Mais il n'en est plus de même quand on s'aide du palper abdominal qui, en déprimant la paroi de l'abdomen, abaisse la petite tumeur et l'amène au contact du doigt qui pratique le toucher vaginal,

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 janvier.

On peut alors constater l'existence d'un ovaire notablement augmenté de volume, tenant à l'utérus par un pédicule qui n'est autre chose que la portion droite, l'isthme de la trompe.

Je crois donc que Reine L... est affectée d'une double ovarite du côté gauche. Nous avons été assez heureux pour pratiquer notre exploration avant que l'inflammation se fut étendue jusqu'au voisinage de l'utérus; un peu plus tard, nous aurions été porté à admettre l'existence d'une simple pelvi-péritonite. Si nous avions besoin d'être confirmé dans notre diagnostic, nous trouverions cette confirmation dans l'aggravation de la maladie à chaque époque menstruelle, et aussi dans la coïncidence d'une endométrite dénotée par la procidence de la membrane muqueuse à travers l'orifice du museau de tanche.

Si nous ne nous trompons pas, si la tumeur du côté gauche, qui est mobile et parfaitement indépendante du cul-de-sac vaginal, est constituée par l'ovaire enflammé, nous assisterons à des alternatives de mieux et d'aggravation; mais je puis affirmer que cette maladie sera longue. On comprend sans peine la persistance de l'inflammation d'un organe qui, chaque mois, est le siége d'une congestion physiologique sous l'influence de laquelle l'ovarite tend à s'éterniser.

Le pronostic est donc très-sérieux; il l'est d'autant plus que cette maladie est une de celles qui produisent une empreinte profonde sur l'économie; la malade est déjà anémique; elle le deviendra plus encore, si la maladie persiste, et bientôt les troubles gastriques viendront s'opposer à la nutrition. Il y a, vous le comprenez, deux indications à remplir : combattre l'inflammation; tonifier la malade et s'efforcer de faire cesser l'anémie.

Les bains et les vésicatoires ont jusqu'ici donné des résultats qui sont de nature à nous encourager; mais si nous remarquons que déjà la maladie dure depuis près de quatre mois, nous ne pouvons guère nous applaudir du résultat obtenu. La malade mange, dort et souffre peu; mais nous constatons des lésions contre lesquelles nous aurons à diriger une thérapeutique plus active encore.

Je compte m'efforcer de maintenir la congestion ovarienne dans des limites modérées par des révulsifs appliqués sur les bras et sur la poitrine à l'époque des règles. On sait, en effet, que l'application de sinapismes sur les seins est un moyen des plus efficaces de prévenir la congestion utéro-ovarienne.

Dès qu'un peu de douleur se manifestera du côté de l'ovaire, j'appliquerai un nouveau vésicatoire; de grands bains plus prolongés que ceux auxquels on a eu recours jusqu'ici, seront donnés chaque jour à la malade. Les intestins seront surveillés et fréquemment des purgatifs devront être administrés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 janvier 1876. — Présidence de M. Paris.

CORRESPONDANCE

Électricité. — M. J. CHAUTARD adresse une quatrième note sur les actions magnétiques exercées sur les gaz raréfiés des tubes de Geissler.

Chimie, physique. — M. SALET présente la suite de ses recherches sur le spectre de l'azote et sur celui des métaux alcalins dans les tubes de Grissler.

Magnétisme. — M. L. FAVÉ adresse une note sur l'action de la chaleur dans l'aimantation.

Électricité. — M. E. GIROUARD présente une note sur un nouveau système de lampe électrique, à régulateur indépendant.

Physiologie. — M. A. MOSSO, de Turin, présente une note sur une nouvelle méthode pour écrire les mouvements des vaisseaux sanguins de l'homme.

Embryogénie. — M. A. GIARD continue la relation de ses études sur le développement de la « salmacina dysteri, *Huxl.* »

Paléontologie. — M. H. FILHOL présente une note sur les mammifères fossiles nouveaux provenant des dépôts de phosphate de chaux du Quercy.

Chimie agricole. — M. H. JOULIE adresse une note sur l'influence des divers éléments des engrais sur le développement de la betterave et sur sa richesse saccharine.

COMMUNICATIONS

Chimie. — MM. H. SAINTE-CLAIRE DEVILLE et H. DEBRAY présentent une étude sur la décomposition de l'eau par le platine.

Thermo-chimie. — M. BERTHELOT étudie l'action de l'acide sulfurique monohydraté sur les alcools.

Physiologie pathologique. — M. BOUILLAUD lit une note sur un nouveau cas d'aphasie, ou de perte de la parole, provenant de la perte des mouvements coordonnés nécessaires à l'acte de la prononciation des mots, sans nulle lésion des facultés intellectuelles (*Sera publié.*)

Physique du globe. — M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE étudie l'éboulement du cirque de Salazie dans l'île de la Réunion.

Chimie organique. — MM. P. SCHUTZENBERGER et A. BOURGEOIS présentent leurs recherches sur la constitution des matières collagènes.

Géologie. — M. THOULET soumet à l'Académie une carte du globe terrestre en projection gnomonique sur l'horizon du pôle Nord.

Chimie appliquée. — M. EUG. TISSERAND présente ses recherches sur l'action du froid sur le lait et les produits qu'on en tire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Boinet et Delioux de Savignac, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

2° Une lettre de M. Panas, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie externe.

3° Une lettre de M. Maurice Raynaud, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA LEUCOCYTOSE

M. COLIN, reprenant la lecture de son discours, s'attache à démontrer :

1° Que tous les états leucémiques ont une commune origine dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques;

2° Qu'ils ont une commune nature et consistent dans l'exagération passagère ou prolongée du travail formateur des leucocytes, ou, en d'autres termes, de la prépondérance de la production de ces éléments sur leur destruction;

3° Que toutes les particularités différentielles de leur physionomie se tirent des troubles qu'ils provoquent ou qui naissent à côté d'eux par contingence;

4° Que les symptômes et les lésions de ces états résultent des troubles que la présence des leucocytes en excès produit dans la circulation, l'hématose et la nutrition générale;

5° Que, dans les maladies virulentes où ils s'observent, ils paraissent plutôt effets que causes de la virulence ;

6° Enfin que, dans les maladies contagieuses, ils n'ont rien de spécifique.

En développant cette série de propositions, M. Colin rapporte un certain nombre d'expériences faites par lui dans le but d'établir jusqu'à quelle limite le système lymphatique seul peut suffire à la production des globules blancs existant dans le sang. Ces expériences ont porté sur six taureaux et sur six vaches, dont le canal thoracique a été incisé et muni d'un tube, de telle sorte que l'on recueillit le liquide en provenant.

La quantité de ce liquide recueilli dans les vingt-quatre heures a varié chez ces animaux de 15 kilogrammes à 95 kilogrammes, en d'autres termes, elle a égalé souvent le cinquième, parfois le dixième du poids du corps, elle a dépassé de deux à trois fois et demie le poids de la masse du sang.

Ce liquide est coagulable, chargé d'albumine, de fibrine, de globules et de globulins. Si donc les globules blancs étaient des éléments stables et permanents, au lieu d'être comme ils le sont, essentiellement transitoires, le nombre qui en est versé dans le sang par les lymphatiques en un seul jour suffirait amplement pour amener une leucocythémie des plus accusées. Du reste, il y a longtemps que l'on a signalé la leucocythémie passagère qui se produit pendant la digestion. Cette leucocythémie survient beaucoup plus vite que les Allemands ne l'avaient dit; elle commence en réalité à se faire sentir presque aussitôt après le repas.

On peut lui comparer un autre genre de leucocytose également passagère, celle qui résulte de l'administration d'un purgatif, et qui est produite par l'excitation des lymphatiques sous l'influence de l'agent absorbé. L'absorption rapide des sels, leur pénétration dans les lactés, a été prouvée par M. Colin à l'aide d'expériences directes. En injectant, par exemple, une solution d'iodure de potassium dans l'intestin grêle, et en blessant un ganglion mésentérique, il s'est assuré qu'en moins d'un quart d'heure l'iode avait passé dans les lactés et le ganglion, car le chyle des premières et du second bleuissait au contact du chlore et de l'amidon. En recueillant le chyle de minute en minute par une fistule du canal thoracique chez d'autres animaux, il a constaté qu'à partir de la huitième ou dixième minute il commençait déjà à bleuir, et qu'il était saturé d'iodure dès la quinzième ou la vingtième. Ces expériences souvent renouvelées renversent les doctrines généralement admises sur la non-absorption des sels et des éléments nutritifs, autres que la graisse, par les lymphatiques de l'intestin.

M. Colin a également établi par des expériences multiples et concluantes, contrairement à l'opinion des Allemands, la présence des leucocytes dans les derniers réseaux du tissu lymphatique, alors que la lymphe n'a traversé aucun ganglion. Il l'a démontré en recueillant, à l'aide de tubes d'argent, la lymphe provenant de ces lymphatiques, soit à la face du cheval, soit à son pied, et cela particulièrement sur les animaux morveux. Après la mort, la lymphe paraît souvent dépourvue de leucocytes, parce que ces éléments s'attachent aux parois des vaisseaux et aux filaments fibrineux; mais sur les animaux vivants, la chose est évidente.

Il n'y a pas de différences bien tranchées entre les divers genres de leucocytoses. Toutes également peuvent tenir à ce que le travail de production des globules blancs dans les lymphatiques l'emporte sur le travail de transformation qui les détruit dans le sang. La leucocythémie peut être très-brusque dans son apparition. Ainsi M. Colin, à la suite de l'inoculation du charbon ou de la septicémie, a vu souvent d'abord se maintenir l'équilibre entre la proportion des globules rouges et celle des globules blancs, puis, tout d'un coup, survenir un si rapide accroissement du nombre de ces derniers que quinze ou vingt heures pouvaient suffire pour qu'il y eut une leucocythémie des plus accusées.

Le leucocyte est, par excellence, un élément de transition instable, mobile, qui se modifie dès qu'il est formé. Il présente surtout ces caractères quand on l'examine dans la lymphe d'un animal vivant. C'est alors qu'on lui voit émettre sans cesse des prolongements qui naissent, se déplacent et se déforment en un instant. Il paraît déjà moins actif dans le sang. Dans les autres liquides, et particulièrement dans l'eau, il prend la forme globulaire et s'immobilise. Ainsi il semble qu'il possède une sorte de vitalité plus grande dans la lymphe que dans le sang, et qui devient nulle dans d'autres milieux.

M. Colin rappelle les nombreuses expériences et les nombreuses observations qu'il a faites sur l'état des vaisseaux lymphatiques et des ganglions dans la phthisie, la morve, etc. Puis, après avoir développé longuement sa théorie étiologique, il résume cette seconde partie de son mémoire dans les propositions suivantes :

1° Les états leucémiques, à partir de la leucocytose la plus légère, la plus fugace, jusqu'à la leucocythémie grave et indéfinie, sont des états qui dérivent d'une suractivité des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, soit dans leur ensemble, soit dans une des parties peu étendues du système.

2° Cette suractivité fonctionnelle, dont la conséquence est l'hypergenèse globulaire, peut être déterminée par une foule de causes qui stimulent le système lymphatique et lui offrent des matériaux surabondants, surtout par les substances que l'absorption fait entrer normalement ou éventuellement dans les vaisseaux blancs et par les agents virulents.

3° Toutes les leucocytoses se développent avec une extrême rapidité en raison de la grande masse de matières plastiques et d'éléments figurés que le système lymphatique apporte au sang en vingt-quatre heures, masse qui peut égaler une à trois fois celle du sang que l'appareil circulatoire contient à un moment donné.

4° Elles ne supposent pas nécessairement une mesure matérielle ni même une exagération de volume bien prononcée des organes formateurs des leucocytes.

5° Rien ne prouve que certaines leucocytoses se produisent en dehors du système lymphatique par des leucocytes que fabriqueraient, du reste, les follicules intestinaux et les autrs organes si nombreux auxquels on a, d'après des analogies vagues et sans démonstration péremptoire, attribué des fonctions analogues à celles des lymphatiques.

6° Entre les leucocytoses dites physiologiques et celles qui se lient à des maladies, il n'y a aucune différence essentielle; ni dans le siége, ni dans le mécanisme, elles ne se distinguent nullement que par le degré et la durée; celles qu'on appelle leucocythémie paraissent devoir leur gravité aux états complexes qui s'y lient aux troubles coïncidants de la sanguinification, de la nutrition, qui mettent obstacle aux transformations et à la destruction normale des globules blancs.

7° Les leucocytoses des maladies virulentes n'ont pas de caractères particuliers quant à leur nature. La virulence paraît la cause excitative de leur développement, mais elle ne leur imprime aucune modification importante.

8° Les leucocytoses, quels qu'en soient les degrés, sont des états correspondants aux anémies ; elles consistent au fond dans une production globulaire qui n'est plus en rapport avec une destruction d'égale activité ou, en d'autres termes, dans le défaut d'équilibre entre la formation et la transformation des globules blancs.

9° Les troubles fonctionnels, dus aux leucocytoses prononcées, paraissent résulter surtout des entraves que la leucocytose apporte à la circulation par suite de la nutrition et aussi des modifications chimiques qui peuvent se produire parallèlement dans l'état du sang.

La plupart des lésions anatomiques rapportées aux leucocythémies, n'en sont pas des lésions obligées. L'engorgement des ganglions n'est même pas absolument subordonné à ces états, peut-être n'est-il qu'une simple conséquence de la surexcitation prolongée du système lymphatique. Les engorgements de la rate, du foie, les obstructions vasculaires, par embolies de globules blancs, indiquent plus logiquement l'apport dans ces organes d'un excès de leucocytes qu'une formation exagérée de ces éléments dans les points où ils s'accumulent, car les organes qui peuvent s'engouer par les leucocytes sont aussi ceux où l'engouement est si fréquent sous l'influence des troubles ordinaires de la circulation.

M. VERNEUIL aurait voulu que M. Colin procédât pour la morve comme il l'a fait pour le charbon et la septicémie. Il aurait dû inoculer d'abord un animal sain, dont le sang aurait été préalablement examiné à ce point de vue : puis renouveler cet examen du sang tous les jours ou toutes les heures afin de voir quand apparaîtrait la leucocytose.

M. COLIN aurait voulu pouvoir agir ainsi; mais lorsqu'il est question

de morve, les vieux chevaux épuisés ne doivent pas être choisis pour l'inoculation, car ils pourraient porter déjà des germes de morve. Leur anémie est toujours suspecte. Or les chevaux jeunes et vigoureux coûtent fort cher, et il serait très-onéreux de multiplier des expériences portant sur eux.

Après un échange d'observations assez vives et d'un caractère tout personnel entre MM. Colin et Verneuil, à l'occasion des doctrines allemandes, la séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 janvier 1876.—Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

DISCUSSION SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

M. BROWN-SEQUARD aborde la question de l'anesthésie dans les affections cérébrales.

Il dit n'avoir jamais trouvé de paralysie bien nette sans anesthésie et même sans hyperesthésie. L'étude des troubles de la sensibilité dans les cas de paralysie a été, suivant lui, beaucoup trop négligée. L'anesthésie seule, sans paralysie, se trouve très-rarement : sur 11 ou 12,000 observations qu'il a passées en revue, il n'a pu en trouver plus de sept ou huit cas.

Dans les cas de paralysie directe, presque toujours M. Brown-Sequard a constaté l'existence de l'anesthésie également directe. Il en cite plusieurs exemples. Il y a aussi des cas où l'anesthésie existe du côté opposé à la lésion et à la paralysie. L'orateur fait connaître ensuite les cas, très-rares, où l'anesthésie seule a été constatée, sans la moindre trace de paralysie, entre autres, un cas de M. Ollivier, où fut constatée une perte subite de la sensibilité, qui persista jusqu'à la mort et qui, à aucun moment, ne s'accompagna d'aucun trouble du mouvement; un cas d'Abercrombie, où fut également constatée une perte complète de la sensibilité, sans perte de mouvement, et dans lequel, à l'autopsie, on trouva dans le cerveau, du côté correspondant à l'anesthésie, un gros abcès, et, du côté opposé, un très-petit abcès; enfin un cas de Mohr, où il y eut anesthésie, sans paralysie, également du côté correspondant à la lésion cérébrale.

En ajoutant ces faits à ceux de paralysie qu'il a communiqués à la Société, M. Brown-Sequard croit pouvoir dire de l'anesthésie tout ce qu'il a dit des paralysies.

M. CHARCOT admet que l'anesthésie, dans les affections d'origine cérébrale, dans les cas d'hémiplégie permanente, par exemple, existe beaucoup plus souvent qu'on ne le croit généralement. Cela tient à ce que, comme chez les hystériques, elle existe sans que le malade s'en doute et qu'elle passe tout à fait inaperçue si l'on ne la recherche. Toutefois, M. Charcot n'admet pas, comme le pense M. Brown-Sequard, que la coexistence de la paralysie et de l'anesthésie soit la règle; il serait d'ailleurs facile de s'en assurer à la Salpêtrière, où il n'y a jamais moins de 400 hémiplégiques.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ET D'APPAREILS

Traumatisme d'une tête de fœtus par suite d'une maladie du placenta. — M. COUDEREAU, en pratiquant récemment un accouchement, trouva une tête de fœtus complétement déformée. Le placenta étant sorti trente-six heures après, il eut l'explication de ces déformations. En effet, sur ce placenta, se trouvaient deux tumeurs, dont l'une, près du cordon, dure et résistante, et l'autre, au milieu, beaucoup plus volumineuse. La tête du fœtus, prise entre ces deux tumeurs, s'était trouvée aplatie d'avant en arrière et de bas en haut. M. Coudereau donnera plus tard les résultats de l'examen du placenta.

De la respiration chez les grands mammifères. — M. SANSON présente un appareil construit sur ses indications par M. Galante, dans le but d'étudier la respiration chez les grands mammifères. Cet appareil se compose d'une sorte de grande muselière en caoutchouc, munie, à la partie inférieure, de deux soupapes s'ouvrant en sens inverse, l'une destinée à l'entrée de l'air extérieur, l'autre à la sortie de l'air expiré. Cet air expiré, à l'aide d'un long tube, est recueilli dans un grand sac en caoutchouc, pouvant contenir plus de deux cents litres d'air, et conservé dans ce sac pour être ensuite soumis au dosage et à l'analyse. Dans cet appareil, la respiration de l'animal se fait d'une façon absolument normale; elle n'est ni accélérée, ni ralentie. M. Sanson a pratiqué une centaine d'expériences, qui lui ont permis de constater d'une façon très-nette certains résultats qui peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

La quantité proportionnelle d'acide carbonique éliminé, eu égard au poids, varie suivant l'espèce, la variété et l'âge de l'animal.

A mesure qu'il approche de l'âge adulte, la quantité d'acide carbonique éliminé va en décroissant.

Les animaux d'une même espèce éliminent d'autant plus d'acide carbonique que leur surface pulmonaire est plus grande.

L'alimentation n'exerce absolument aucune influence sur l'élimination de l'acide carbonique.

Les animaux qui travaillent, une fois au repos, n'éliminent pas plus d'acide carbonique que ceux qui ne travaillent pas.

L'élimination de l'acide carbonique est en raison directe de la température, et en raison inverse de la pression barométrique du milieu dans lequel se fait l'expérience.

En résumé, l'élimination de l'acide carbonique augmente en raison de la surface du poumon de l'individu et de la tension du milieu. En d'autres termes l'individu n'intervient ici que par l'étendue de sa surface pulmonaire. La température et la pression barométrique se corrigent, en agissant chacune en sens inverse. Il n'y a donc rien, dans ces phénomènes, qui soit en dehors des lois physiques connues.

M. GOUBAUX rappelle que M. Lassaigne a entrepris à l'école d'Alfort une série d'expériences ayant pour but de reconnaître la quantité d'acide carbonique exhalée par certains animaux dans un temps donné. Mais le procédé employé par M. Lassaigne ne pouvait évidemment donner que des résultats incomplets.

La quantité d'acide carbonique exhalée ne pouvait dans ces expériences, être en rapport avec la quantité d'air absorbée. C'est pourquoi M. Goubaux se proposait de les renouveler en y apportant quelques modifications, en tenant compte, par exemple, du volume de l'animal, de la quantité d'air exactement contenue dans le lieu où était placé l'animal et en se servant d'un tube à trachéotomie à deux ouvertures munies de soupapes s'ouvrant en sens inverse. M. Goubaux n'a pu mettre à exécution ce projet. Mais il ne doute pas que le procédé employé par M. Sanson n'ait donné des résultats très-satisfaisants.

Arthropathies et fractures dans l'ataxie locomotrice. — M. RAYMOND présente quelques-uns des os de deux ataxiques mortes récemment dans le service de M. Charcot.

L'une de ces malades, âgée de cinquante-deux ans, était atteinte d'une ataxie locomotrice remontant à plus de vingt ans. Il y a deux ans, elle a présenté une arthropathie du genou gauche, caractérisée surtout par du gonflement, sans douleur, et sans inflammation du côté de la peau.

Il y a peu de temps, en voulant se soulever sur son lit, cette malade s'est luxé l'épaule; cette luxation a été rapidement suivie d'une violente inflammation de l'articulation et la malade n'a pas tardé à succomber. A l'autopsie, on a trouvé du pus dans l'articulation. La tête de l'humérus était en grande partie détruite, atrophiée sous l'influence de la pression, de l'usure. Il n'y avait dans les os aucune production nouvelle. Le processus, en pareil cas, est essentiellement un processus de destruction tout différent de celui de l'arthrite sèche. Si l'on ponctionne les articulations au début de ces arthropathies, on obtient une sérosité sanguinolente qui n'est pas du pus.

La seconde malade a succombé également après avoir présenté des arthropathies et des fractures multiples, se faisant toujours aux lieux d'élection indiqués par les chirurgiens et, pour la plupart, finissant par se consolider comme le montrent les cals qu'on observe sur les pièces présentées par M. Raymond. Le fémur gauche de cette

femme, qui a été fracturé ainsi à plusieurs reprises et s'est chaque fois consolidé, mesure 19 centimètres de long, tandisque le droit qui n'a pas été malade mesure 50 centimètres. On voit quel raccourcissement considérable avait subi, chez cette femme, le fémur gauche à la suite de plusieurs fractures.

M. CHARCOT rappelle qu'il a déjà présenté plusieurs faits de ce genre et que ces faits ont même été accueillis avec une certaine indifférence. On considérait ces lésions osseuses comme étant celles de l'arthrite sèche. Ce n'est cependant pas du tout la même chose. Aujourd'hui d'ailleurs, ces faits sont vulgaires, et M. Charcot possède déjà un très-grand nombre de pièces de ce genre. Il est vraiment curieux que des faits aussi saillants, aussi frappants, soient demeurés si longtemps inconnus, ce qui prouve une fois de plus que l'on ne voit bien que ce qu'on cherche.

M. PONCET fait observer que l'ataxie locomotrice n'est pas la seule maladie qui produise des altérations osseuses aussi importantes. La lèpre atrophique peut donner lieu aux mêmes phénomènes. M. Poncet a cité des cas où l'on avait constaté la disparition complète des phalanges.

COMMUNICATIONS

M. HAMY apprend à la Société que le gouvernement anglais prépare une exposition d'instruments de recherches scientifiques. Tout inventeur ou tout fabricant qui aurait quelque instrument à présenter, devra se mettre en rapport avec M. de Quatrefages, au Conservatoire des arts et métiers. Le gouvernement anglais se charge de tous les frais de transport et s'engage à acheter, pour son musée, tout instrument de quelque valeur.

Une commission composée de : MM. Hamy, Ranvier et Armand Moreau, est nommée pour débattre les questions relatives à ce sujet.

Paralysie générale. — M. MAGNAN soumet quelques faits relatifs aux attaques spinales convulsives dans le cours de la paralysie générale. De même que lorsque ces attaques ont pour point de départ le cerveau, il s'agit d'une méningo-encéphalite, interstitielle, diffuse, de même dans les cas dont peut parler M. Magnan, il s'agit d'une méningo-myélite interstitielle diffuse. Il faut distinguer les cas où le cerveau seul est malade, de ceux où le cerveau et la moelle sont tous deux atteints ; dans ce dernier cas on observe des phénomènes différents, tantôt avec prédominance cérébrale, tantôt avec prédominance médullaire. Enfin il y a des cas où la moelle seule est d'abord atteinte : alors on doit distinguer les attaques apoplectiformes et les attaques épileptiformes. Pendant ces attaques, l'intelligence du malade reste, pendant et après, ce qu'elle était avant l'attaque.

M. Magnan a étudié les modifications que présente la température dans ces cas; il a constaté qu'elle s'élevait d'un degré en moyenne pendant l'attaque pour s'abaisser ensuite alors même que l'attaque laisse après elle quelques phénomènes tels que des secousses convulsives dans les membres. Dans les convulsions cloniques, cette élévation de la température peut même atteindre près de 2 degrés. Le pouls et la respiration s'accélèrent en même temps. Ainsi chez un malade, pris pour exemple, la température s'est élevée de 37°2, à 39°1, le pouls de 72 à 116, et la respiration de 20 à 34.

M. Magnan complétera ultérieurement cette communication.

Traumatisme de l'œil. — M. PONCET présente l'examen histologique d'un œil blessé par un grain de plomb.

La vision conservée pendant deux ans, s'était perdue en trois jours après une chute légère du malade. L'autopsie de l'œil a démontré un décollement complet de la rétine avec un pédicule double, dont une des branches adhérait à une cicatrice de la sclérotique près du nerf optique. Ce pédicule sur la conformation duquel insiste M. Poncet, ne contenait pas le projectile qui était allé se loger *en arrière du décollement*, à la zone ciliaire. Cette position du corps étranger fait penser qu'il n'a émigré dans ce kyste qu'après la dernière chute signalée comme cause de son déplacement, les symptômes cliniques concordent alors avec l'anatomie pathologique. Ce mode de décollement doit être rangé à coté des variétés décrites antérieurement par l'auteur.

Modifications dans les rapports du cerveau avec le crâne. — M. FERAY, comme suite à la communication qu'il a faite, dans la dernière séance, relativement aux points de repère du cerveau, fait observer que ces points de repère peuvent changer dans certaines circonstances. Ainsi, chez des idiots, par exemple, il a constaté une déviation de volume des lobes antérieurs qui avait eu pour conséquence un avancement de sillon de Rolando. Chez un ancien amputé de l'épaule, le sillon de Rolando se trouvait rejeté du côté opposé, par suite de l'atrophie de ce côté; c'est là un fait à rapprocher de ceux dont a parlé M. Luys dans l'avant-dernière séance. Enfin, chez les habitants de certains lieux, où est conservé l'usage de bandeaux compressifs, tels que le bandeau toulousain, on peut également constater des modifications de ce genre.

Fonctions des nerfs sensitifs dans l'hémianesthésie. — M. CHARLES RICHET, dans la dernière séance a exposé le résultat de ses recherches sur les fonctions des nerfs sensitifs de l'hémianesthésie. Il a étudié les quatre malades hémianesthésiques, L..., B..., Gl... et Marc..., dont les observations sont consignées dans le livre de M. Charcot.

Sur ces malades, on peut constater d'abord qu'il y a une insensibilité absolue à la pression, à la piqûre, à la chaleur; et cependant il y a de la sensibilité par l'électrisation. Ce n'est pas, comme le croyait Duchenne (de Boulogne), parce qu'on guérit l'anesthésie, mais parce que les nerfs sont restés excitables par l'électricité. L'expérience a été variée de plusieurs manières, en employant soit les courants induits, soit les courants de piles : l'expérience suivante a été faite, qui est très-démonstrative; on traverse la peau avec deux épingles voisines; nulle douleur. On chauffe l'épingle sans que la malade en puisse avoir conscience. Mais si l'on fait passer un courant même très-faible, la douleur est toujours très-vive.

Constamment le pôle négatif étant plus sensible que le pôle positif, les faits démontrent d'une part qu'il n'y a aucune altération anatomique dans les nerfs, puisqu'ils transmettent la sensation électrique, d'autre part qu'il y a lieu d'établir à côté des diverses sensibilités, telles que sensibilité à la pression, au contact, à la température, une quatrième sensibilité, la sensibilité à l'électricité.

La séance est levée à six heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Liste des prix pour l'année 1874-1875 (1).

4° *Prix Corvisart.* — Commission : MM. Béhier, Lasègue, G. Sée.

La question proposée était : *des péritonites non puerpérales.*

La Faculté partage le prix de 400 francs, par portions égales, de la manière suivante :

1° Une médaille de 200 francs à M. Monod (Frédéric), externe à la Pitié;

2° Une médaille de 200 francs à M. Gauché (Jean-Baptiste), externe à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Les prix *Lacaze* et *Montyon* n'ont pas été décernés.

7° *Thèses récompensées.* — Commission : MM. Béclard, Broca, Charcot, Regnauld.

La commission a eu à examiner 78 thèses qui avaient mérité les notes *extrêmement* et *très-satisfait.*

Elle a distingué particulièrement 41 thèses qu'elle a partagées en trois classes, conformément à la liste ci-après :

Les 41 récompenses accordées se composent de 5 médailles en argent, 15 médailles en bronze et 21 mentions honorables.

PREMIÈRE CLASSE. — *Médailles d'argent.*

La première classe a été réservée à celles de ces thèses dans lesquelles les auteurs ont mis en lumière un fait nouveau, un sujet original.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er février.

MM. Couturier (Léon-Joseph-Jean), né le 24 septembre 1844, à Lyon. — De la glycosurie, dans le cas d'obstruction totale ou partielle de la veine-porte.

Exchaquet (Théodore), né le 15 décembre 1849, à Saint-Saphorin (Suisse). — D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines formes d'hypertrophie simple du cœur.

Galippe (Marie-Louis-Victor), né le 29 mai 1848, à Grandvilliers (Oise). — Étude toxicologique sur le cuivre et ses composés.

Homolle (Simon-Georges), né le 26 novembre 1845, à Paris (Seine). — Des scrofulides graves de la muqueuse buccopharyngienne.

Verneau (René-Pierre), né le 23 avril 1852, à la Chapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire). — Le bassin suivant les sexes et les races.

2e CLASSE. — *Médailles de bronze.*

Boucheron (Hippolye-Arille), né le 11 mars 1848, à Varennes (Yonne). — Étude sur la nutrition de l'œil et sur l'emploi thérapeutique de l'électricité dans quelques affections oculaires.

Cordier (Jacques-Sylvain), né le 25 novembre 1846, à Moutonne (Jura). — Étude sur le catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole.

Dubergé (Auguste-Ferdinand), né le 3 juillet 1840, à Toulon (Var). — Quelques considérations sur les complications des plaies à la Guyane française.

De la Bellière (Théogène), né le 28 novembre 1848, à Saint-Païr (Manche). — Étude sur l'otite des phthisiques et principalement sur sa pathogénie.

Duchamp (Lazare-Gabriel), né le 20 décembre 1848, à Autun (Saône-et-Loire). — Du rôle des parasites dans la diphthérie.

François-Frank (Charles-Albert), né le 7 mai 1849, à Paris (Seine). — Recherches sur l'anatomie et la physiologie des nerfs vasculaires de la tête.

Fiaux (François-Louis), né le 27 juillet 1847, à Paris. — Recherches expérimentales sur le mécanisme de la déglutition.

Glénard (Claude-Marie-Frantz), né le 23 décembre 1848, à Lyon. — Contribution à l'étude des causes de la coagulation spontanée du sang à l'issue de l'organisme.

Hearn (Alfred-William), né le 28 décembre 1842, à New-York. — Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre (étude clinique).

Hocquard (Charles-Édouard), né le 5 janvier 1853, à Saint-Nicolas (Meurthe). — De la rétinite pigmentaire.

Lebeau (Lewis-Abear), né le 11 octobre 1849, État de la Louisiane (Amérique). — Contribution à l'étude de l'encéphalocèle acquise.

Magnier de la Source (Hubert-Louis-Édouard-Victor-Ferdinand), né le 24 septembre 1850, à Samer (Pas-de-Calais). — Contribution à l'étude des métamorphoses et du dosage de l'acide urique.

Morice (Albert-Jean-Claude), né le 28 mai 1848, à Saint-Étienne (Loire). — De la dengue (fièvre éruptive des pays chauds), et de sa distribution géographique.

Sevastopoulo (Nicolas), né le 21 septembre 1841, à Constantinople (Turquie). — Des hystéromes ou des tumeurs dites fibreuses de l'utérus.

Viguier (Antoine-François-Camille), né le 16 mars 1850, à Vienne (Isère). — Essai sur les varices et les tumeurs superficielles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons les deux premiers numéros de *l'Année médicale*. Ce journal, organe de la Société de médecine de Caen et du Calvados, contient des travaux très-intéressants que nous signalon à notre rédacteur chargé de la Revue de la Presse. Nous saluons cordialement M. le professeur Payel, notre nouveau confrère en journalisme : grâce à lui nous connaîtrons mieux les faits qui intéressent l'École de Caen et nous pourrons plus souvent en entretenir nos lecteurs.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 février, à sept heures et demie du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Rochet sur la candidature de M. Carrère 2° Du secret médical et en particulier de ce qui concerne les mineurs à l'égard de leurs parents ou tuteurs et les serviteurs par rapport à leurs maitres. 3° De l'état actuel de la pratique obstétricale en France. 4° Observation de policlinique médicale et chirurgicale.

— M. le docteur Duplay, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi 3 février à neuf heures et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Visite des malades à huit heures et demie. — Opérations à dix heures.

De quelques principes fondamentaux de la thérapeutique. Applications pratiques; recherches sur les propriétés thérapeutiques du sulfate de quinine, de l'eau froide, de l'arsenic, du seigle ergoté, du tannin et du permanganate de potasse, de la pathogénie des lésions morbides et du traitement rationnel du choléra; par le docteur Duboué (de Pau). — 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr, 50. — Paris, Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la synovite tendineuse blennorrhagique.

Dans la dernière Revue, nous avons dit que nous présenterions quelques-uns des résultats cliniques auxquels ont conduit les dernières études faites sur cette forme particulière du rhumatisme blennorrhagique désignée sous le nom de synovite tendineuse. Cette manifestation extra-articulaire du rhumatisme signalée par Ricord, Brand, Cullerier, et décrite pour la première fois, croyons-nous, avec quelques détails par M. Rollet, aurait été constatée, dans une statistique dressée par M. Fournier, dix fois sur trente-neuf cas de complication rhumatismale de la blennorrhagie.

Lorsque la synovite tendineuse coïncide avec d'autres manifestations de même origine sur les jointures ou ailleurs, ce qui a lieu le plus souvent, cette coïncidence seule suffit pour en révéler la nature ; mais il arrive souvent aussi que, par le fait même de cette complication, elle est méconnue ou confondue avec les lésions plus profondes de l'articulation. Il importait donc de l'étudier isolément et dans son état de plus grande simplicité pour la bien faire connaître. C'est ce que M. le docteur A. Maymou s'est proposé dans une étude clinique qu'il a publiée sur ce sujet dans un des derniers fascicules des *Archives générales de médecine*.

D'après les observations relevées par M. le docteur Maymou, la synovite tendineuse blennorrhagique ne s'annonce pas par des prodromes. Elle débute le plus ordinairement sans donner le moindre avertissement au malade. Un frisson annonce quelquefois l'invasion, mais il peut manquer. Bientôt survient une douleur articulaire qui dure à peine quelques heures ; de nouvelles douleurs se manifestent sur d'autres jointures, presque aussi fugaces, enfin l'une d'elles persiste et se fixe sur une articulation pour ne plus la quitter. Alors suivent quelques phénomènes généraux : malaise, perte d'appétit, un peu de fièvre, dans quelques cas même vomissements.

Une fois la maladie fixée sur une ou plusieurs gaînes tendineuses, on constate des phénomènes de plusieurs ordres ; d'abord du gonflement avec empâtement et sensation de fausse fluctuation au niveau de la gaîne malade, avec une coloration particulière de la peau, rosée ou même rouge violacée au niveau de la tuméfaction.

Au pourtour de la région qui est le siége de la tuméfaction, il y a de l'empâtement et parfois même un œdème assez considérable.

Le phénomène le plus constant, et qui mérite par conséquent d'être le mieux étudié, est la douleur. M. Maymou, qui en a fait une étude attentive, distingue trois ordres de phénomènes douloureux : la douleur spontanée; la douleur provoquée par la pression directe ; la douleur provoquée par les mouvements imprimés à l'articulation ou à la région dont le jeu est sous la dépendance de l'action du tendon affecté.

La douleur spontanée, très-intense souvent dans les deux ou trois premiers jours de la période d'état de la maladie, avec des exacerbations nocturnes, cesse bientôt dans la journée pour ne se faire sentir que la nuit ; enfin elle disparaît tout à fait, ordinairement, après la première semaine.

La pression ou l'exploration par le doigt de la région tuméfiée détermine sur certains points une sensation très-douloureuse ; cette sensibilité excessive correspond au trajet de la gaîne tendineuse malade, et l'on peut la poursuivre dans une étendue variable de la longueur de ce tendon.

Les mouvements provoqués ou communiqués ne sont point douloureux le plus souvent, lorsqu'on a eu soin préalablement de placer le membre de manière que le tendon ou les tendons malades, s'il y en a plusieurs, soient dans le relâchement ; tandis que, au contraire, si ces mouvements mettent en jeu ces tendons ou les placent dans un certain degré de tension, ils deviennent douloureux.

C'est sur ces caractères de la douleur, localisée sur le trajet des tendons malades, que M. Lasègue insistait particulièrement à l'occasion du malade qui faisait le sujet de sa leçon, et dont il a été question dans notre précédente Revue.

La synovite tendineuse peut affecter un grand nombre de tendons ; ceux qu'elle frappe de préférence sont les extenseurs des doigts, le fléchisseur du pouce, les tendons des orteils, les tendons de la patte d'oie, biceps fémoral et biceps brachial.

Dans les conditions ordinaires, la synovite tendineuse blennorrhagique dure de quatre à six semaines. Elle est une des formes les plus bénignes de la complication rhumatismale blennorrhagique ; elle est plus bénigne surtout sous le rapport de ses conséquences que l'arthrite proprement dite, qu'elle complique ou qui lui succède quelquefois, comme nous allons le dire plus loin.

Dans les cas qu'il a observés, M. Maymou n'a pas vu la syno-

vite tendineuse donner lieu aux infirmités qui peuvent être la conséquence de l'arthrite blennorrhagique. Dans ceux qui se sont complétement terminés sous ses yeux, il a pu constater (trois fois sur cinq) le retour des tendons à leur état physiologique à peu près parfait. M. Fournier, dans les dix cas qu'il a recueillis, a vu trois fois la maladie prendre un aspect très-différent de celui qu'elle présente le plus habituellement. Il a vu survenir, au niveau des gaînes tendineuses, une tuméfaction d'aspect phlegmoneux, avec teinte érysipélateuse et douleur excessive à la pression. La résolution ne s'en fit pas moins d'une façon complète en peu de jours. Dans l'un des faits relevés par M. Maymou, les fonctions des tendons, après le terme ordinaire de la maladie, ne s'exécutaient que dans des limites excessivement restreintes, au point d'entraîner la presque incapacité du membre; mais il est vrai de dire que, dans ce cas, la synovite était compliquée d'arthrite.

Enfin, d'après M. Lasègue, cette synovite qui, dans son état le plus simple, ne dure guère au-delà de six semaines à deux mois, avec des alternatives de secousses ou d'accès, n'est, dans quelques circonstances, qu'un premier degré ou qu'une première forme d'une affection plus sérieuse et plus durable. Dans quelques cas on voit, en effet, le point douloureux persister au niveau des attaches ligamenteuses ; puis, un peu plus tard, tout l'appareil ligamenteux se prend et devient raide. C'est là, la deuxième forme de l'affection, déjà un peu plus grave que la première.

Dans une troisième forme, enfin, ce sont les surfaces articulaires elles-mêmes qui deviennent le siége du travail morbide; la maladie, si l'on ne parvient à l'arrêter, marche dans ce cas vers l'ankylose.

M. Lasègue signale, comme un des signes pathognomoniques de ce genre d'arthrite, l'amaigrissement des parties supérieures du membre qui en est le siége, non pas cet amaigrissement consécutif qui serait la conséquence éloignée et tardive d'une immobilité prolongée, mais une véritable atrophie commençante, qui se manifeste dès les premiers jours de la deuxième période de la maladie fixée. C'est là un fait particulier à l'arthrite blennorrhagique, qui témoigne d'un certain degré de généralisation de la maladie et qu'on ne voit point se produire dans le rhumatisme commun.

Mais revenons à la synovite tendineuse, qui est l'objet dont nous avions principalement à nous occuper. On pourra remonter d'ailleurs, pour beaucoup de points de l'histoire du rhumatisme blennorrhagique, que nous ne faisons qu'effleurer ici, au travail très-étendu publié sur ce sujet par M. le docteur Quinquaud, dans les numéros des 7, 14, 17, 21 et 24 août 1875 de la *Gazette des Hôpitaux*, et aux articles de Revue clinique sur le rhumatisme génital de la même époque, à peu près.

En fait de traitement, M. Maymou n'a éprouvé que les moyens locaux ou externes, le traitement interne n'ayant point été mis en usage sous ses yeux.

Dans la première période, il a constaté les bons résultats des sédatifs locaux, narcotiques et émollients (pommade belladonée, cataplasmes laudanisés, et au besoin, lorsque l'inflammation était très-vive, émissions sanguines locales).

Dans une période plus avancée de la maladie, l'inflammation étant moins vive, c'est le tour des vésicatoires volants, plusieurs fois répétés, ou des badigeonnages avec la teinture d'iode, secondés par l'immobilité et la compression.

Enfin, dans les cas où la synovite tendineuse laisse à sa suite des roideurs et un certain degré d'impuissance dans les fonctions, douches sulfureuses, bains de vapeur, fumigations aromatiques, massage et eaux minérales.

De l'amblyopie hystérique.

Parmi les faits nombreux passés en revue dans les dernières conférences de la Salpêtrière, dont nous avons sommairement rendu compte, et qui se rattachent principalement aux deux grands groupes des affections cérébrales et des affections hystériques et hystéro-épileptiques, il a été question plusieurs fois de troubles oculaires, que nous n'avons fait que signaler en passant, comme faisant partie de l'ensemble des désordres tenus sous la dépendance commune d'une lésion ou d'une perturbation fonctionnelle d'une région déterminée du cerveau.

Les troubles de la vision, liés à l'hystéro-épilepsie ont été l'objet d'une étude spéciale de la part de M. le docteur Landolt, sur les malades mêmes qui ont fait le sujet des conférences de M. Charcot. Il nous a paru que ce serait donner un complément utile des faits que nous avons exposés, que de présenter ici une courte analyse des recherches de M. Landolt sur ce point spécial de l'histoire de l'affection en question.

M. Landolt ne s'en est pas tenu uniquement, pour cette étude, à l'ophthalmoscope. Tout en reconnaissant les éléments précieux que cet instrument peut fournir au diagnostic des maladies cérébrales, il a été obligé aussi de reconnaître ses limites. Toutes les affections cérébrales ne donnent pas lieu d'ailleurs à des symptômes ophthalmoscopiques; et, d'un autre côté, il faut tenir compte des fonctions de l'organe visuel et les mettre en rapport avec le résultat de l'examen ophthalmoscopique. C'est donc à un ensemble de moyens d'exploration plus complexe que l'ophthalmoscopie seule, et dont celle-ci fait d'ailleurs partie, que notre confrère a eu recours.

Pour ne citer que quelques exemples, quand il veut déterminer l'acuité visuelle, il se sert d'une figure (n° 20) des échelles de Snellen.

Lorsqu'il faut déterminer la perception des couleurs, il a recours au spectroscope ou aux papiers colorés d'Helmholtz.

S'agit-il de déterminer la perception des couleurs, il emploie une méthode qui lui est propre et qu'il désigne sous le nom de méthode des « intensités minimales. »

Quant à la détermination du champ visuel, il y procède par la mensuration sur une demi-sphère au moyen de son « périmètre ». (Voir, pour la description de ces divers modes d'exploration, le travail original de M. Landolt dans les *Archives de physiologie*, 2e série, t. IIe.)

Voici maintenant quelques-unes des observations qu'il a recueillies sur les malades de la Salpêtrière.

Sur une jeune fille de vingt et un ans, hémianesthésique, que nous avons désignée sous le n° 1 dans notre Revue du 22 janvier dernier, et chez laquelle il y a en même temps de l'affaiblissement dans tous les sens du côté anesthésié (ouïe, goût et vue), M. Landolt a constaté ce qui suit :

A l'ophthalmoscope, le fond des deux yeux est normal. L'acuité visuelle de l'œil gauche est presque normale.

L'œil droit n'a qu'une acuité visuelle de 8/20, celle de l'œil gauche étant de 15/20 (maximum représenté par 20/20).

Cet œil distingue toutes les couleurs, seulement à la condition qu'elles soient plus rapprochées.

Le champ visuel de l'œil droit est rétréci concentriquement.

Les phosphènes ne sont perceptibles qu'à partir de l'équateur de l'œil, point qui correspond à peu près aux limites de son champ visuel.

Dans une deuxième observation, femme de vingt-cinq ans, hystéro-épileptique, hémianesthésique du côté gauche, avec extension ultérieurement d'un certain degré d'insensibilité dans le côté droit, voici ce qu'a indiqué l'examen des yeux.

Extérieurement, rien d'anormal, non plus qu'à l'examen ophthalmoscopique du fond des deux yeux.

Acuité visuelle de l'œil droit tout à fait normale 20/20; perception des couleurs également normale, mais rétrécissement concentrique assez considérable du champ visuel pour le blanc et pour les couleurs, etc.

L'acuité visuelle de l'œil gauche n'est guère plus de la moitié de celle de l'œil droit, 12/20.

Cet œil reconnaît les couleurs, mais à une distance beaucoup plus rapprochée que l'œil droit.

Le champ visuel de l'œil gauche est rétréci concentriquement, de la même manière que l'œil droit, mais dans des proportions plus grandes.

Chez une troisième malade, du service de M. Delasiauve, également hystéro-épileptique et hémianesthésique du côté gauche, l'examen objectif de l'aspect extérieur et du fond des yeux ne révèle rien d'anormal.

L'acuité visuelle de l'œil droit est normale, la perception des couleurs au centre de la rétine également. Mais le champ visuel pour le blanc et pour les couleurs est rétréci considérablement.

L'acuité visuelle de l'œil gauche est réduite à 5/20 de la normale. La perception des couleurs est conservée, mais affaiblie. Le champ visuel de cet œil est réduit concentriquement.

Une quatrième malade, âgée de vingt-huit ans, hystéro-épileptique et hémianesthésique du côté gauche avec diminution de l'ouie, de l'odorat et du goût du même côté.

Acuité visuelle de l'œil gauche diminuée; champ visuel de ce côté rétréci concentriquement d'une façon très-considérable.

L'œil droit a son acuité visuelle un peu diminuée aussi, mais moins que l'œil gauche (10/20 environ).

A gauche et à droite, les vaisseaux rétiniens, surtout les veines, sont légèrement dilatés et sinueux, aux environs de la papille, surtout à gauche; infiltration séreuse de la rétine.

Cinquième malade, hystérique sujette à trois espèces d'attaques dans lesquelles on constate la présence simultanée et distincte de manifestations hystériques et épileptiques, anesthésie et analgésie du côté droit tout entier, dépassant un peu la ligne médiane; troubles de la vue de l'œil droit.

L'examen des yeux extérieurement ne donne rien de particulier. Dans l'œil gauche, l'acuité visuelle est environ de 1/2, le champ visuel réduit concentriquement à moins de 4/5. — Dans l'œil droit, papille grisâtre dans toute son étendue. — Accuité visuelle diminuée; dyschromatopsie, l'œil reconnaît toutes les couleurs, mais seulement lorsqu'elles sont très-rapprochées et très-intenses. Champ visuel rétréci concentriquement comme dans les cas précédents.

Voici quels sont, en résumé, les résultats généraux des recherches de M. le docteur Landolt sur l'amblyopie hystérique.

Il classe les faits observés dans quatre catégories.

Dans la première, les yeux n'offrent aucun symptôme objectif, ni à l'inspection extérieure, ni à l'ophthalmoscopique. Mais les fonctions des deux yeux sont plus ou moins altérées. Tandis que la faculté visuelle de l'œil du côté sain est encore normale, son champ visuel est déjà rétréci concentriquement, tout au moins pour les couleurs.

L'œil du côté malade présente une diminution quantitative de toutes les fonctions de la rétine.

L'acuité visuelle, la perception des couleurs, le champ visuel, sont réduits proportionnellement.

Dans une seconde catégorie d'individus, ou plutôt dans une autre période de la maladie, les symptômes objectifs sont encore plus développés du côté malade, et commencent à se manifester d'une façon analogue, bien que moins intense, sur l'œil du côté sain.

Dans le cas où les fonctions de la rétine sont très-réduites, quand, par exemple, l'œil malade compte à peine les doigts, qu'une achromatopsie partielle ou totale se manifeste sur l'œil malade, et que le champ visuel est limité à quelques degrés autour du point de fixation, alors on constate quelquefois à l'ophthalmoscope des lésions de la rétine : dilatation des vaisseaux et exsudation séreuse.

Une fois seulement, M. Landolt a rencontré, en dehors des symptômes fonctionnels mentionnés, une atrophie partielle du nerf optique des deux côtés. C'était dans un cas où l'hystérie était venue compliquer une épilepsie, et où la longue durée de cette épilepsie avait même produit une diminution de l'intelligence.

En général, les symptômes oculaires, qui sont le propre de l'hystéro-épilepsie, se développent, augmentent et diminuent avec la maladie.

Bec-de-lièvre double compliqué

Dans le mois d'avril dernier M. Richet, présentait aux élèves de la clinique un enfant atteint d'un bec-de-lièvre double compliqué, avec saillie de l'os intermaxillaire et division de la voûte palatine dans toute son étendue. Il s'agissait de remédier d'abord, dans une première opération, à la difformité extérieure, réservant pour plus tard l'opération destinée à obvier à la division palatine. Cette première opération elle-même a été faite en deux temps, conformément à la méthode que M. Richet a adoptée pour ce genre d'affection.

L'enfant nous était présenté de nouveau la semaine dernière avec une lèvre supérieure parfaitement reconstituée, large, souple, mobile, et ne présentant d'autre trace de l'ancienne déformation que les lignes suturales tranchant un peu par leur blancheur sur le fond général de la couleur tégumentaire.

Ce remarquable résultat, tout partiel qu'il est encore, puisqu'il reste à remédier à la division palatine, parle assez haut par lui-même en faveur de la méthode opératoire usitée par M. Richet, pour que nous croyons devoir la rappeler ici, au moins dans ses temps principaux.

Voici en quoi consiste cette méthode. Nous rappellerons qu'il s'agit d'un bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire.

Le 1er temps de l'opération consiste dans l'ablation de l'os intermaxillaire. Avant de sectionner le tubercule osseux, l'opérateur détache préalablement des téguments qui le recouvrent un petit lambeau médian qui doit servir de point de réunion aux bords avivés de la lèvre, et, au besoin, de sous-cloison. L'ablation du tubercule osseux se fait à l'aide d'une sorte de pince-écraseur maintenue en place pendant vingt-quatre ou même quarante-huit heures, c'est-à-dire jusqu'à ce que les parties embrassées par les mors de la pince tombent en sphacèle. Le tubercule une fois enlevé, et la plaie qui résulte de son ablation cicatrisée, ce qui exige ordinairement un délai de cinq ou six jours, on procède au deuxième temps de l'opération, à la réunion des parties molles.

La réunion se fait à l'aide d'un procédé autoplastique qui consiste à aviver les deux côtés de la lèvre en formant un mince lambeau commencé près de la partie supérieure de la scissure et continué de haut en bas jusqu'à la réunion de la peau avec le bourrelet muqueux du bord libre de la lèvre, de telle sorte que le lambeau soit adhérent de chaque côté dans une étendue suffisante pour que la circulation et la nutrition s'y maintien-

nent. Ces deux lambeaux latéraux ainsi formés, tombant naturellement par leur propre poids, sont appliqués l'un à l'autre à l'aide d'un ou de plusieurs points de suture, de manière à constituer le bord libre de la lèvre. Le lobule sous-nasal également avivé est réuni à son tour aux bord cruentés des portions externes de la lèvre; puis on affronte directement les parties situées entre ce lobule et les lambeaux rapprochés. On a alors une ligne de réunion représentant un Y. Les différentes parties de la lèvre ainsi rapprochées, sont maintenues en place par des points de suture faits avec des aiguilles très-fines et des fils de soie.

Telle est, à quelques détails près, la manière dont M. Richet a procédé à la réparation de cette difformité. Nous venons d'en faire connaître le résultat. Reste, comme nous l'avons dit plus haut, à remédier à la division palatine, ce qui sera fait plus tard.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 janvier 1876. — Présidence de M. Empis.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Du tænia. — M. Vallin, à l'occasion du procès-verbal, fait observer que la plus grande fréquence des tænias en France, depuis quelques années, est due, très-probablement, non-seulement à l'usage thérapeutique de la viande crue, mais aussi au mode actuel de cuisson des viandes rôties. Ayant entrepris un certain nombre d'expériences sur les températures des viandes rôties, telles qu'on les sert habituellement, il a vu que ces températures variaient, en général, entre 52 et 58 degrés. Mais il y a toujours certaines parties dont la température ne dépasse pas 48 ou même 46 degrés. Or cette température peut bien n'être pas suffisante pour tuer les œufs de tænias que peut contenir cette viande.

D'autre part, M. Vallin a fait manger des viandes trichinées, à diverses températures, à des lapins; or ces lapins devenaient toujours trichinés, quand la température de la viande était inférieure à 54 degrés.

Ce qui est vrai pour la trichine doit l'être également pour les œufs de tænias, et l'on peut conclure de ces faits et de ces expériences que le mode de cuisson des viandes n'est certainement pas sans influence sur la plus grande fréquence des tænias en France depuis quelques années.

RAPPORT

Maladies régnantes. — M. Besnier donne lecture du rapport sur la constitution médicale des hôpitaux et hospices de Paris, pendant le dernier trimestre de l'année qui vient de s'écouler.

La mortalité générale des hôpitaux et hospices civils, pendant cette période, a été un peu plus élevée que celle de la période correspondante des quatre années précédentes.

Les affections pulmonaires n'ont rien présenté de particulier.

M. Archambault fournit des renseignements intéressants sur le croup et la trachéotomie.

Pendant toute l'année 1875, dans le service de M. Archambault, ont été opérés : 36 garçons, dont 10 ont guéri, et 22 filles, dont une seule a guéri. M. Archambault ne saurait dire au juste à quoi tient cette grande différence entre la mortalité des garçons et celle des filles; il y a, en effet, des années où c'est le contraire qui a lieu.

Il y a eu, en 1875, à l'hôpital des enfants, 168 croups opérés, qui ont donné 38 guérisons, soit 1 sur 4 1/2. Ce résultat n'est pas mauvais si l'on considère que la maladie a été, en quelque sorte, épidémique. Réunissant dans un seul tableau les résultats des opérations de croup pratiquées dans ces 10 dernières années, M. Archambault fait observer que la trachéotomie a donné 1 guérison sur un peu moins de 3 opérés 1/2, soit environ 31 guérisons pour 100. Ces chiffres sont de nature à accréditer la trachéotomie, que l'on pratique bien à Paris et dans les grandes villes, mais qui n'est faite que très-rarement dans les localités de moindre importance, ce que M. Archambault constate avec regret.

Dans le cours de l'année 1875, M. Archambault a reçu, dans son service, 21 cas de diphthérie pharyngienne, et en a vu 2 se développer à l'intérieur de l'hôpital; sur ces 23 cas, on compte 10 morts; mais il s'agissait d'angines couenneuses graves. Dans tous ces cas, la mort a toujours été le résultat de l'infection. Vingt fois M. Archambault a trouvé de l'albumine dans les urines. Toujours l'albuminurie a paru en rapport avec la gravité de la maladie.

L'épidémie annuelle de fièvres typhoïdes, tout en restant encore inférieure à la moyenne des années précédentes, a présenté, à un degré assez élevé, l'exacerbation automnale, normale et constante que M. Besnier a montrée plusieurs fois être propre à notre région comme à toutes celles qui sont soumises à des conditions climatériques analogues.

Quant à la variole, les services d'isolement qui ont été institués le 1er mai, et n'ont pas cessé de fonctionner depuis ce temps, ont fourni de très-remarquables résultats : sur un total de 224 admissions de varioleux, formant le bilan de ces huit mois, on ne compte que 6 cas intérieurs, appartenant d'ailleurs presque tous au début. Ces mesures d'isolement constituent donc un grand progrès. Grâce à elles, en effet, plusieurs centaines de varioleux sont devenus sans danger, qui auraient été porter la maladie dans les salles, d'où elle se serait étendue à la ville dans des proportions peut-être considérables.

Voici d'ailleurs ce qui se passe dans les cas où des mesures d'isolement ne sont pas exécutées en temps opportun; c'est M. Archambault qui communique les faits suivants :

Un enfant de douze ans entre dans son service et y meurt d'une variole confluente. Cet enfant n'avait pu être isolé. Peu de temps après son entrée, trois enfants, qui portaient des traces de vaccin, étaient pris de varioloïde bénigne; un quatrième, non vacciné, de variole confluente dont il mourut. Des faits analogues se sont passés dans la salle des filles.

M. Labric reçoit dans son service une varioleuse; il veut la faire transporter dans la salle des varioleuses, mais il apprend que cette salle est fermée, et il est obligé de la garder dans la salle commune. Il voit alors successivement se développer dans son service cinq cas de variole, dont trois morts.

Ces faits parlent assez haut par eux-mêmes sans qu'il soit besoin de les faire suivre d'aucun commentaire.

MM. Guichard de Choisity (de Marseille), Bonnemaison (de Toulouse), Leudet (de Rouen), ont adressé des notes d'où il ressort que, dans ces villes, l'état sanitaire a été généralement satisfaisant pendant les derniers mois de l'année 1875.

M. Lecadre (du Havre) fait observer que jamais les modifications apportées par les saisons ne furent plus appréciables, que dans ce qui eut lieu, relativement aux maladies qui régnèrent durant le troisième et le quatrième trimestre de l'année 1875. Pendant le troisième, affections des organes digestifs, diarrhée cholériforme des jeunes enfants à l'état épidémique et très-meurtrière. Pendant le quatrième, toutes ces affections deviennent rares, pour faire place aux affections des voies respiratoires, aux maladies des systèmes fibreux et nerveux. La phthisie, entre autres, a fait de sensibles ravages.

PRÉSENTATION DE MALADES

Érythème desquamatif scarlatiniforme. — M. Féréol présente un malade, au sujet duquel il désire consulter ses collègues : c'est un jeune homme qui est atteint d'une dermatite exfoliatrice, qui présente des caractères tout particuliers. Il y a deux ans, après quelques phénomènes typhoïdes, il a été pris d'une éruption scarlatineuse, qui avait présenté des caractères insolites. Il guérit et resta quinze ou dix-huit mois sans rien présenter de particulier. L'année dernière, ces mêmes accidents apparurent de nouveau, mais cette fois sans avoir été précédés de fièvre. On constata de même, chez lui, une desquamation totale de tout le tégument.

Depuis cette époque (janvier 1875), ce pseudo-exanthème se reproduisit sept fois, et toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire

précédé d'un peu d'angine avec un mouvement fébrile très-léger ou même sans fièvre.

Enfin, dans ces derniers temps, ces poussées sont devenues, pour ainsi dire, incessantes. Cette desquamation, toujours totale, commence par les parties supérieures et finit par les pieds. L'état général reste bon, l'appétit est conservé. Les urines n'offrent rien de particulier.

M. Féréol demande à ses collègues leur opinion sur le diagnostic à porter et le traitement à instituer en pareil cas.

M. BLACHEZ a observé un cas analogue, il y a longtemps. Aucun diagnostic précis n'avait pu être porté; les uns firent rentrer cette affection dans la classe des eczémas; les autres dans celle des pemphigus. Il s'agissait également d'un jeune homme qui, peu à peu, vit toute la surface de son corps devenir le siége d'une desquamation tellement abondante que, près de son lit, tous les matins, on ne recueillait pas moins d'un litre à un litre et demi de ces débris épithéliaux. Cette desquamation s'accompagnait de vives douleurs. Ce malade resta ainsi pendant six mois sans qu'aucun traitement pût modifier cet état. Des pansements avec le liniment oléo-calcaire parvenaient seuls à calmer les douleurs. Entre autres particularités, chez ce malade, les ongles devenaient, par leur face interne, le siége d'une sécrétion telle qu'il se formait une sorte de coussin d'épithélium, qui séparait l'ongle de la peau sous-jacente. Le sens du goût était complétement aboli; la langue était entièrement dépourvue de papilles; l'état général restait bon; on constat ait seulement parfois un peu de fièvre. En 1870, ce malade futatteint de furoncles et même d'anthrax d'une certaine gravité, et aumois de décembre de cette année, une pneumonie l'emporta.

M. Blachez insiste sur ce point que, chez ce malade, l'éruption était continue et présentait seulement quelques exacerbations. Il fait observer, en outre, que cette affection se montra absolument rebelle à tout traitement.

M. BESNIER fait remarquer qu'il existe entre le cas rapporté par M. Féréol et celui de M. Blachez cette grande différence que, chez le premier, il s'agit d'une affection aiguë, à rechutes, tandis que chez le second, il s'agit, au contraire, d'une affection essentiellement chronique.

Il fait observer, en outre, qu'on paraît avoir une certaine tendance à abuser du mot dermatite qui, dans le cas particulier de M. Féréol, ne répond pas à l'ensemble des phénomènes observés. Il croirait plutôt devoir désigner cette affection singulière sous le nom d'érythème desquamatif scarlatiniforme.

M. VIDAL s'associe aux réserves de M. Besnier relativement à la trop grande extension donnée, en dermatologie, au mot dermatite. Il rappelle, en outre, qu'il a présenté l'année dernière un malade qui offrait une certaine analogie avec celui de M. Féréol. Ce malade a complétement guéri.

M. FÉRÉOL déclare qu'évidemment le cas qu'il vient de rapporter ne saurait être considéré comme un eczéma ou un pemphigus, pas plus que comme une herpétite exfoliatrice, ni un pityriasis rubra, et qu'il accepte la dénomination proposée par M. Besnier. Il demande de nouveau à ceux de ses collègues qui s'occupent plus spécialement des affections de la peau, quel traitement on pourrait faire suivre à ce malade.

M. LAILLER ne connaît aucune médication qui puisse combattre ou prévenir cette affection. Dans les cas analogues qu'il lui a été donné d'observer, il s'est contenté de l'expectation. Toutefois, on peut obtenir quelques soulagements par l'application des corps gras.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 février 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Un mémoire de M. Otis (de Washington), membre correspondant, sur *Le transport des blessés en chemin de fer pendant la guerre* ;

3° Une communication de M. Delore (de Lyon), membre correspondant, sur *Une pince nouvelle destinée à l'opération du bec-de-lièvre compliqué* ;

4° Une observation, par M. Lizé (du Mans), membre correspondant, de *Kyste de la glande vulvo-vaginale guéri par les injections de chlorure de zinc*, suivant la méthode de M. Th. Anger. La formule employée est :

Chlorure de zinc.	0 gr. 50 centig.
Eau distillée.	5 gr.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente : 1° de la part de M. le comte de Beaufort, un mémoire intitulé : *Questions de philanthropie*. Plusieurs chapitres sont consacrés à l'étude du *transport des blessés* et des *hôpitaux temporaires* ;

2° De la part de M. Baudou, médecin-major de la garde républicaine, une *Monographie de la taille hypogastrique* ;

3° De la part de M. Gündmoor, membre correspondant anglais, une *Histoire des amputations en général*.

M. DESPRÈS présente une thèse sur l'application du pansement simple modifié par l'emploi de l'alcool pendant les premiers jours, dans les cas de plaies des parties molles avec perte de substance, telles que l'amputation du sein.

M. LANNELONGUE présente, de la part de M. L. Le Pileur (de Paris), ancien interne à Saint-Lazare, un travail intitulé : *Étude sur le traitement de certaines adénites inguinales par la méthode de l'aspiration*. L'auteur démontre, d'après vingt observations personnelles, que la ponction avec aspiration abrége considérablement la durée du traitement, dont la moyenne a été de vingt-trois jours, tandis qu'elle était de quatre-vingt-deux jours, d'après une série d'autres observations d'adénites inguinales traitées par l'incision.

M. DE SAINT-GERMAIN présente, de la part de M. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, une note sur la *Balano-posthite et le phimosis dans le chancre infectant*, et les leçons qu'il a faites sur la *Rareté actuelle du chancre simple*.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. LE FORT donne lecture de quelques passages du livre de Holmes, d'après lesquels Lister reconnaît lui-même que l'acide phénique à 1/10, tel qu'il l'emploie, ou l'employait en 1871, est un irritant pour les plaies. Lister ne parle pas de la contagion de l'infection purulente.

M. VERNEUIL considère aussi l'acide phénique comme un irritant, mais Lister n'emploie plus maintenant que deux solutions, l'une faible à 25/1000, et l'autre forte à 50/1000. M. Verneuil, qui projette une solution à 2/100 sur les plaies à l'aide de l'appareil de Richardson, a remarqué que ses mains sont, après son emploi, légèrement engourdies pendant une partie de la journée. Il fait d'habitude un pansement à plat composé de morceaux de tarlatane recouverts de ouate, qu'il laisse en place pendant trois ou quatre jours. Pendant les trois premiers jours, le pansement consiste à soulever légèrement la ouate et à arroser la plaie d'acide phénique au moyen du pulvérisateur pendant deux ou trois minutes. La douleur de la plaie cesse instantanément. C'est un analgésique remarquable à cette dose, qui n'irrite nullement la plaie, puisque la peau reste parfaitement blanche sur les bords. Il emploie aussi en lotions une solution à 5/100, mais ce liquide ne reste pas en contact avec la plaie. C'est un excellent pansement pour les plaies larges de la face, du cou, de de la mamelle. Lister reproche à l'acide phénique d'être un irritant, et protége les plaies par une pièce de taffetas. Il arrive de la sorte à n'avoir presque pas de suppuration. Dans l'essai que M. Verneuil a fait du pansement de Lister, il n'a aussi que très-peu de pus, quelques globules seulement dans le drain au quatrième jour.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Lister n'emploie plus maintenant, excepté dans des conditions exceptionnelles, que deux solutions à

1/20 et 1/40. Il ne panse pas, du reste, les plaies avec l'acide phénique.

M. LE FORT. Ce ne sont pas les substances que l'on emploie pour les pansements qui en font la réussite. Quel que soit le milieu où l'on opère, pourvu que l'on prenne des précautions suffisantes contre la contamination des plaies, on obtient des résultats meilleurs, qu'on emploie l'acide phénique qui réussit encore, ou l'acide salycilique, qui tend à le remplacer, ou d'autres substances comme la créosote, le coaltar, qui ont réussi dans leur temps.

M. TRÉLAT emploie aussi, depuis 1868, l'acide phénique à 1/100 dans un mélange d'eau et d'alcool, et a soin d'éviter de toucher les plaies. Il a observé également que cette solution est analgésique et cautérise légèrement l'épiderme. Quant à la contagion de la fièvre puerpérale, par exemple, il n'en peut plus douter depuis l'épidémie meurtrière de 1865 à la Maternité, où il a pu suivre lit par lit la contagion, qui a enlevé 57 pour 100 des accouchées.

Mais d'autres causes peuvent faire prendre à une plaie un mauvais aspect. Il a vu souvent des plaies devenir blafardes sous l'influence de la glycérine de l'hôpital, et reprendre de bons caractères en employant de la glycérine d'une autre provenance. Avec le pansement phéniqué qu'il emploie depuis longtemps, M. Trélat n'a pas encore vu la suppression complète du pus, mais il n'est plus jamais abondant à moins de la présence d'un corps étranger au fond d'une plaie.

M. DESPRÈS déclare faire une professsin de foi, et ne croit à la contagion ni de l'érysipèle, ni de l'infection purulente, ni de la fièvre puerpérale. Il faut tenir compte de la constitution médicale du moment, et du sujet. En 1870, 1871, 1872, on a observé beaucoup d'infections purulentes, quel qu'ait été le pansement employé. En 1875, M. Desprès n'en a vu que deux cas à l'hôpital Cochin, et partout on en a observé la diminution. La contagion est une question d'astrologie.

M. LE FORT partage l'opinion de M. Trélat sur ce que les Anglais ont appelé l'hospitalisme.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y aura comité secret mercredi prochain, à cinq heures, pour entendre la lecture du rapport de la commission pour les candidats à une place de membre titulaire.

COMMUNICATIONS

Variété rare de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. LE DENTU a observé dans son service à l'Hôtel-Dieu, pendant qu'il suppléait M. le professeur Richet, une variété de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus dont on ne trouve que deux ou trois exemples dans les recueils français. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, le 24 avril 1874, fit une chute en portant un sac de 40 kilogrammes. Le lendemain matin, M. Le Dentu constate un ensemble de symptômes obscurs, rendant le diagnostic difficile. L'épaule était globuleuse. Le deltoïde était soulevé dans toutes les directions par un épanchement sanguin considérable, dépassant en haut la clavicule et l'acromion. C'était un cas exceptionnel, mais était-ce une fracture ou une luxation? La partie postérieure de la région de l'épaule était tellement distendue par le gonflement et l'épanchement, qu'il était difficile de s'assurer si la tête de l'humérus était à sa place. Si l'on prenait le coude à pleine main on sentait, en avant et en haut de la clavicule, une tumeur dure et profonde, évidemment osseuse, mais était-ce la tête ou l'extrémité supérieure de l'humérus fracturé? Une circonstance cependant fit pencher M. Le Dentu vers la pensée d'une fracture, c'est qu'on sentait en arrière une résistance profonde qui faisait croire que la tête humérale était dans sa position normale. Le membre blessé avait un raccourcissement de 2 centimètres qui pouvait être produit aussi bien par une fracture que par une luxation en haut et en avant. M. Le Dentu, craignant d'augmenter l'inflammation, borna là ses recherches, et fit appliquer des cataplasmes et même des sangsues. Après quelques jours de ce traitement, l'exploration devint plus facile et l'on put reconnaître une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, passant entre le col anatomique et les tubérosités. Le chirurgien essaya alors d'obtenir la réduction par l'extension continue au moyen de bandes de caoutchouc qui furent appliquées pendant dix jours. Malgré cette traction énergique, qui causa quelquefois un peu de douleur, le fragment inférieur ne bougea pas d'un centimètre. Voyant que la consolidation ne se faisait pas, M. Le Dentu essaya, au vingt-cinquième jour, des tractions violentes à l'aide du moufle, mais il n'obtint encore rien avec des tractions de 60 kilogrammes. Renonçant alors à l'espoir d'une consolidation, il considéra la formation d'une pseudarthrose comme la terminaison la plus heureuse à espérer. Mais vers le commencement de novembre, il put constater, avec M. Richet, que la consolidation était complète.

De quelle nature était le cal? Malgaigne a signalé, dans ces sortes de fractures, un déplacement tel des fragments qu'il empêche le rapprochement des surfaces brisées, et en conclut qu'il ne peut y avoir qu'un cal fibreux. Cependant ne peut-on espérer qu'il se formera plus tard une consolidation osseuse latérale? Dans Malgaigne également, on trouve la relation d'un cas de mort subite à la suite de tentatives de réduction dans un cas où la suppuration avait envahi toute l'épaule. Il signale aussi l'irréductibilité comme caractère constant de ces fractures avec déplacement. Dans le cas qu'il observa, il put rechercher par l'autopsie comment il eut été possible à faire la réduction, et il y parvint en mettant le membre dans l'abduction et l'élévation forcée. Mais il agissait sur un sujet mort, après avoir sectionné des muscles et des tendons qui se seraient opposés à la réduction pendant la vie. M. le Dentu demande à ses collègues s'ils ont vu la réduction et la consolidation se faire dans de bonnes conditions dans ces sortes de fractures.

M. DESPRÈS a observé un cas avec déplacement en haut et en avant, où le diagnostic a été très-facile. En faisant tirer sur le membre il a pu percevoir la crépitation. Il faut comme traitement s'en rapporter aux seuls efforts de la nature, en se contentant de donner une bonne position au bras. En un mois la consolidation est faite, qu'il s'agisse d'un adulte, ou d'un enfant, ou d'un vieillard. Mais tous les mouvements ne reviennent pas.

M. LE DENTU. Le cas de M. Desprès n'est pas du tout semblable, car s'il a pu percevoir la crépitation, c'est que les fragments ne s'étaient pas abandonnés. Ces fractures s'accompagnent rarement d'un grand déplacement.

Ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. — M. PANAS a pratiqué cette opération l'année dernière sur un homme de trente-trois ans, maçon, qui, dans une chute d'une certaine hauteur, était tombé sur une pique de fer, qui avait traversé l'aisselle. La plaie n'avait que 6 centimètres de large, et il se fit immédiatement une hémorrhagie abondante. Tamponnement simple jusqu'au cinquième jour. Depuis ce moment jusqu'au onzième jour, petites hémorrhagies répétées. C'est alors que M. Panas fit la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes, opération qui ne présenta pas de difficultés sérieuses. Il fallut seulement écarter un peu la branche la plus inférieure du plexus cervical. L'incision cutanée, longue de 10 centimètres, fut faite entre le cléido-mastoïdien, l'omo-hyoïdien et la clavicule. La plaie n'avait au fond que 2 centimètres.

Les suites furent simples. La ligature tomba le huitième jour, et trois semaines après, le malade était complétement guéri, sans autre complication qu'un phlegmon axillaire, qui a guéri d'une manière très-prompte sous l'influence de la ligature.

Le membre, d'abord refroidi, puis œdématié et cyanosé, a repris son aspect normal dès le troisième jour; mais il resta pendant un mois ou six semaines après la ligature, un engourdissement principalement du pouce, de l'index et du médius, animés par le nerf radial, dont les origines dans le plexus cervical avaient été un peu froissées pendant l'opération. On observe encore aujourd'hui un amaigrissement général du bras, qui a perdu 2 centimètres de circonférence. L'artère radiale, insensible après l'accident, ne l'est pas plus aujourd'hui. Il est probable qu'elle a un trajet anormal.

M. TILLAUX demande pourquoi M. Panas a préféré faire la ligature au-dessus de la blessure de l'artère, au lieu de rechercher et de lier les deux bouts de l'artère dans la plaie.

M. DESPRÈS fait la même question. La plaie était ici très large, et rien n'était plus facile.

M. PANAS. A l'entrée du malade, on pouvait présumer qu'il y avait une plaie de l'artère axillaire, mais non en être certain. D'ail-

leurs, il était exsangue, et toute nouvelle perte de sang l'aurait sûrement tué.

M. LE DENTU est partisan de la ligature dans les plaies, anciennes ou récentes, mais il y a des cas où elle est très-difficile. Pendant la campagne de 1870, il a vu se produire des hémorrhagies consécutives trois semaines après une blessure à la partie interne du bras. Il a lié l'humérale à la partie moyenne du bras, et l'écoulement du sang cessa; ce qui, en passant, démontre qu'il n'est pas toujours nécessaire de remonter au-dessus de l'humérale profonde.

M. DESPRÈS. C'est une question de tempérament. Quant à lui, en présence d'une plaie de 7 centimètres de large, il serait toujours tenté d'aller regarder ce qu'il y a au fond.

M. TERRIER a communiqué à la Société, l'année dernière, une observation de ligature de la sous-clavière, qu'il avait pratiquée avec succès dans un cas aussi désespéré. Le malade était exsangue et toute perte de sang, toute recherche intempestive aurait assuré sa mort.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Liste des prix pour l'année 1874-1875 (1).

3e CLASSE. — *Mentions honorables.*

MM. Appay (Camille-Étienne), né le 19 mai 1837, à Vincennes (Seine). — De la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons et notamment par l'allaitement, avec considérations médico-légales.

Barbier (Jules-André), né le 20 mars 1847, à Dijon (Côte-d'Or). — Étude sur le genu-valgum.

Bourdon (Emmanuel-Philibert-François-Raphaël), né le 24 janvier 1846, à Paris. — Des anaplasties périnéo-vaginales dans le traitement des prolapsus de l'utérus, des cystocèles et des rectocèles.

Cadiat (Louis-Marie-Oscar), né le 28 juillet 1844, à Decazeville (Aveyron). — Étude sur l'anatomie normale et les tumeurs du sein chez la femme.

Chevalet (Hippolyte-Constant), né le 25 octobre 1845, à Fontaine-Saint-Georges (Aube). — Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur (angioleucitites); phlegmons diffus et circonscrits; abcès profonds de l'avant-bras; phlegmons et abcès de la paume de la main; panaris.

De Cours (Ambroise-Joseph), né le 28 septembre 1849, à Salin-Grimaud (Aude). — De l'hémianesthésie saturnine.

Dumas (Pierre), né le 29 septembre 1842, à la Charité (Nièvre). — Du chlorhydrate de polycarpine.

Foix (Pierre), né le 5 mai 1841, à Cassaber (Basses-Pyrénées). — Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen.

Franceschini (François-Antoine), né le 17 décembre 1841, à Corbara (Corse). — Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de l'aconitine.

Girardot (Charles-Joseph-Albert-Julien), né le 29 février 1848, à Besançon (Doubs). — Contribution à l'étude de la *phlegmatia alba dolens.*

Goguel (Victor-Alfred, né le 16 septembre 1848, à Sainte-Marie-aux-Mines (Haut-Rhin). — De la résection temporaire des os de la face.

Labarraque (Edmond-Ferdinand), né le 4 mai 1846, à Paris (Seine). — Étude sur l'hypertrophie générale de la glande mammaire chez la femme.

Martin (Marc-Édouard), né le 12 octobre 1844, aux Eaux-Vives (Genève, Suisse). — Étude clinique sur le traitement de quelques complications de rétrécissements de l'urèthre.

Pasturaud (Vincent-Moïse-Daniel), né le 24 mai 1848, à Vars (Charente). — Essai sur la pathogénie d'un cas de leucémie aiguë.

Percheron (Paul-Émile), né le 28 février 1847, à Paris. — Étude sur la dermatite exfoliatrice généralisée.

Petit (Clovis-Louis-Henri), né le 11 août 1847, à Essigny-le-Grand (Aisne). — De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme.

Mohammed Radouan, né le 15 avril 1847, au Caire (Égypte). — Étude théorique et pratique sur l'eczéma.

Sainte-Marie (Gaston-Jules-Louis), né le 30 mars 1852, à Meudon (Seine-et-Oise). — Des différents modes d'exploration de l'œsophage.

Tridon (Ernest), né le 24 septembre 1846, à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or). — Essai sur les signes et le diagnostic de l'insuffisance mitrale.

Vaffier (Marie-Louis-Adolphe), né le 14 octobre 1851, à la Ferté-Vidame (Eure-et-Loir). — Du rhumatisme syphilitique.

Weill (Anselme), né le 24 août 1842, Bischheim (Bas-Rhin). — Du croton-chloral hydraté, ses propriétés, son emploi.

(1) Fin. — Voir les numéros des 1er et 3 février.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médico-psychologique a constitué son bureau pour l'année 1875, de la manière suivante :

Président, M. Dumesnil; — vice-président, M. Billod; — secrétaire-général, M. Motet; — secrétaires particuliers : MM. Bouchereau et Collineau; — trésorier, M. Voisin; — comité de publication : MM. J. Falret, Peisse, Dagonet; — membres du conseil d'administration, adjoints au bureau : MM. Blanche, Loiseau.

— *Cours de pathologie générale.* — M. le professeur Chauffard reprendra son cours le vendredi, 4 février, à cinq heures, et le continuera les lundi, mercredis et vendredis à la même heure. Il traitera des états des forces dans les maladies.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Jaborandi du Dr Coutinho.

« 1° L'emploi du jaborandi est formellement indiqué dans le traitement des *bronchites aiguës* et *chroniques*, de la *bronchorrée*, de l'*emphysème* avec *bronchite, des accès d'asthme et de grippe.*

« 2° Il pourra servir à calmer les accès de suffocation et la dyspnée dans l'asthme et l'emphysème; à enrayer la grippe et les accès d'asthme à leur début.

« 3° Dans le cas de bronchorrée, il servira à tarir momentanément le flux muqueux et à faciliter l'expulsion des mucosités. Antagoniste de l'atropine, il remplira pourtant ici les mêmes effets que celle-ci.

« 4° Par analogie, les laryngites réclameront aussi l'emploi de la sudation : dans un cas d'enrouement subit, au début d'une laryngite observée, nous avons vu la voix revenir peu à peu pendant que s'accomplissaient les effets diaphorétiques du pilocarpus.

« C'est, en un mot, dans les *affections catarrhales aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire* que le jaborandi produit les meilleurs résultats. »

(Extrait de l'ouvrage couronné par l'Institut : *Le Jaborandi*, par M. Robin.)

Le jaborandi du Dr Coutinho se prescrit sous forme d'élixir et de sirop à la dose d'une cuillerée à bouche délayée dans un peu d'eau; chaque cuillerée représente 4 grammes de feuilles de jaborandi.

Apiol des Drs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition universelle de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des Drs **Joret** et **Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'**Apiol** pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : Dr JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. Briant, 150, rue de Rivoli.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par

J. THOMAS, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or), des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — *Dépôt à Paris :* Pharmacie Vial, 20, rue de Châteaudun, où se trouvent aussi le **Sirop de Fer dialysé Bravais** et les **Pilules de Fer dialysé Bravais**. — *Vente en gros, exportation :* J. P. LAROZE et Co, 2, r. des Lions-St-Paul, Paris.

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée, et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies *consomptives, phthisie, diabète, cachexie palustre.*

Par la réunion de *l'alcool et de la viande* crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans *les convalescences, l'anémie, l'épuisement.* Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices. — 3 fr. 50, à la pharm., 82, rue Rambuteau. — Gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

Huile de Foie de morue

de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière, son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Alimentation du premier âge.

la **Conserve DUTAUT,** breveté s. g. d. g. compte vingt années de succès.

Expérimentée en 1860, à l'hospice des Enfants de Bordeaux, et en 1874 dans les crèches de Paris et de Lyon, elle a constamment donné les résultats les plus satisfaisants. — C'est le meilleur auxiliaire de l'allaitement maternel insuffisant. Son usage est précieux à l'époque du sevrage.

Bordeaux, pharmacie DUTAUT, rue Esprit-des-Lois, 18, et dans les principales pharmacies. Ne pas confondre avec les nombreuses imitations.

Goudron Freyssinge.

Liqueur normale concentrée obtenue par la concentration seule de l'EAU DE GOUDRON.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'EAU DE GOUDRON VÉRITABLE, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complétement le produit.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail, rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT,** il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* Guersant,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT,** 150, rue de Rivoli, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Bagnols Saint-Émilien

Vin tannique des hôpitaux de Paris.

(1er choix) conservé par le procédé Pasteur. La Blle, grand format (80 à 90 centilitres), 3 fr. — 6 Blles, id. 17 fr. — 12 Blles, 32 fr. — 25 litres en bonbonne d'origine, 50 fr. — Envoi *franco* de tous droits, dernière gare française. —

Kina Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Supérieur au Kina au Bordeaux, Malaga, etc. — La Blle, 3 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 17 fr.

Coca Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Tonique le plus agréable et le plus efficace. — La Blle, 4 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 22 fr. Bosredon, ph., r. des Francs-Bourgeois, 41, Paris.

Alcaloïdes, poisons, tous médicaments dosés par

Garnier-Lamoureux et Cie

sous forme de Granules *et* Dragées. — Médaille d'or, Exposition de Paris, 1875. — Vin et Sirop iodo-phosphatés de quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. — Phie VIÉ-GARNIER, 213, rue St-Honoré, Paris. — (Exiger le nom et l'adresse.)

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes,* la *Migraine,* sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

Bains d'Eaux mères de

SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. — Un litre pour un bain. — Flacon, 1 fr. 50. — *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

Dépôts : A Paris, Pharm. centrale de France, 7, rue de Jouy. — Province, les princip. pharmacies. — A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Lait garanti pur du domaine du COUDRAY.

Livré en boîtes fermées et plombées au domaine. La boîte d'un litre environ, 60 centimes rendue à domicile. — Ecrire au domaine du Coudray, à Gonesse (Seine-et-Oise).

N° 16. — JEUDI 8 FEVRIER 1877. 50e ANNÉE. JEUDI 8 FÉVRIER 1877. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie vient de perdre deux membres que l'âge et les infirmités tenaient depuis longtemps éloignés de ses séances : M. le docteur Lelut, ancien médecin de la Salpêtrière, ancien député, auquel son livre sur le *génie de Socrate* avait ouvert les portes de l'Académie des sciences morales et politiques, et M. le docteur de Kergaradec, dont tout dernièrement M. Henri Roger, dans un rapport académique très-applaudi, esquissait l'éloge en ces termes :

« Le vénérable M. de Kergaradec, descendant de Laennec par lignée scientifique, a su trouver dans les champs de l'*auscultation* une grosse glane après la moisson de l'immortel inventeur, et appliquer au diagnostic de la grossesse l'admirable découverte réservée d'abord à l'exploration des maladies du cœur et des poumons. Instruit par M. de Kergaradec, l'accoucheur place un stéthoscope sur l'abdomen; il écoute, il perçoit un bruit de souffle que produit la circulation nouvelle, et dès lors il transforme en certitude les espérances de la maternité; il entend battre le cœur du fœtus, et il pourrait alors délivrer un certificat de vie à l'enfant qui n'est pas né. »

— Nous ne dirons rien d'un incident qui s'est produit à l'occasion du procès-verbal, et qui tendait à dégénérer en une véritable dispute.

— Une fois cet incident clos, M. Jules Guérin a repris l'analyse des mouvements de flexion latérale du rachis, et il est entré dans la description des conditions anatomiques qui les expliquent suivant lui. Ses démonstrations, faites à la tribune sur le squelette, nous ont paru fort ingénieuses; mais elles étaient difficiles à suivre pour qui n'avait pas sous les yeux toute la série des vertèbres, avec leurs surfaces articulaires se correspondant. Après l'étude des os viendra celle des muscles : ce sera le sujet d'une troisième communication que M. Jules Guérin annonce pour la prochaine séance.

— M. le docteur Delthil (de Nogent) a lu une note dans laquelle il attribue une importance, à ce qu'il nous semble exagérée, aux petites taches diphthéroïdes de la muqueuse buccale et particulièrement du frein de la langue, que l'on peut observer dans la coqueluche. Il faudrait des faits bien nombreux et bien probants pour faire admettre qu'il fallût chercher là le signe caractéristique, la manifestation spécifique de cette maladie.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. Rigal.

De l'asystolie.

I

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'un ensemble de phénomènes morbides très-importants, qui surviennent dans le cours des maladies du cœur et que vous aurez certainement occasion de rencontrer un très-grand nombre de fois dans votre pratique. Je veux parler de cet état particulier qu'on désigne sous le nom d'asystolie.

Vous savez que les maladies organiques du cœur ont une marche essentiellement chronique. Ce sont des affections qui parcourent leur évolution avec une grande lenteur et d'une manière extrêmement inégale au point de vue de l'intensité des phénomènes morbides. Tandis, en effet, que, pendant certaines périodes, la circulation s'effectue encore d'une manière suffisante pour que le cardiopathe puisse continuer à se livrer à ses occupations ordinaires, à condition toutefois qu'elles n'exigent pas des efforts considérables, il est des moments, au contraire, où l'on voit se développer dans les appareils circulatoire et respiratoire des troubles qui rendent le malade absolument impotent. Ces troubles consistent, en général, dans une accélération des battements du cœur qui deviennent en même temps inégaux et irréguliers, dans la petitesse, l'irrégularité et l'intermittence du pouls, dans une gêne considérable de la respiration, et enfin dans une replétion exagérée du système veineux dont les conséquences sont une cyanose plus ou moins prononcée, des congestions viscérales et souvent des suffusions séreuses soit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou parenchymateux, soit dans les cavités séreuses. C'est l'ensemble de ces accidents qui constitue une attaque d'asystolie, c'est sur eux que j'appelle toute votre attention, attendu qu'ils ont des conséquences de la plus haute importance dans la marche et la durée des maladies du cœur.

Le mot asystolie pourrait vous faire supposer que l'on désigne sous ce nom un défaut de la systole du cœur. Ce serait une erreur, car il veut dire seulement que la contraction cardiaque est insuffisante pour mouvoir la masse de sang à laquelle le cœur est obligé de communiquer l'impulsion. Quand la systole s'affaiblit de plus en plus, au point de faire complétement défaut, il y a alors syncope et non pas asystolie.

Eh bien, cette insuffisance de la contraction ventriculaire est un phénomène que vous pouvez voir survenir dans toutes les maladies cardiaques sans exception : ce n'est qu'une question de temps. Il en résulte que l'asystolie n'est pas un complexus symptomatique inhérent à telle ou telle maladie du cœur, mais qu'elle appartient à toute affection cardiaque parvenue à une certaine période.

Mais avant de faire l'étude de l'asystolie, laissez-moi vous rappeler, en quelques mots, la manière dont se fait la compensation dans les affections cardiaques. Prenons les cas les plus simples, ceux par exemple dans lesquels il s'agit d'une lésion d'orifice. Dans ces conditions, s'il ne survient pas une modification dans les contractions du ventricule et en même temps dans le système circulatoire, le cœur arrivera très-rapidement à être forcé, attendu qu'une de ses cavités reçoit une masse sanguine plus considérable que celle qu'elle peut émettre. Si cette conséquence fâcheuse n'a pas lieu, cela tient à ce que dès les premiers jours de la maladie, il s'établit une série de modifications dans la manière dont le cœur se contracte, dans la texture de cet organe et dans le fonctionnement du système circulatoire périphérique. Ces modifications consistent : 1° pour le cœur, dans la dilatation plus ou moins prononcée d'une ou de plusieurs de ses cavités avec hypertrophie au myocarde et énergie plus grande de la contraction; 2° pour l'appareil circulatoire périphérique, dans une réplétion anormale des systèmes veineux et capillaire qui subissent un certain degré de dilatation, servant ainsi de déversoir au sang veineux, mais qui conservent encore leur texture normale, leur élasticité et leur contractilité à un degré suffisant pour assurer la circulation et ne permettre ni hémorrhagie, ni hydropisie, ni stase sanguine excessive. Comme exemple de ces modifications, permettez-moi de vous rappeler ce qui survient dans le rétrécissement mitral.

Le sang ne pouvant librement passer de l'oreillette dans le ventricule, il en résulte nécessairement une augmentation de pression dans la cavité auriculaire qui se dilate et dont les parois s'hypertrophient; la contraction de l'oreillette devient par suite plus énergique; d'autre part, un certain degré de stase s'établit de proche en proche dans les veines pulmonaires, dans les capillaires du poumon et dans l'artère pulmonaire ; le ventricule droit, obligé de surmonter une tension sanguine plus forte, se dilate et s'hypertrophie à son tour. Ainsi donc, modifications dans la force des contractions du cœur, augmentation de volume de cet organe, et distension plus ou moins marquée des différentes parties du système circulatoire, par le fait de la diminution de la contractilité et de l'élasticité des vaisseaux, telles sont les conditions qui permettent à la compensation de s'établir.

Mais, comme d'autre part, certaines causes sont susceptibles de faire varier la force des contractions et le degré de résistance des vaisseaux, il en résulte que, si elles agissent d'une manière prédominante, le cœur est complétement vaincu et que le malade tombe en asystolie.

Nous allons étudier ces causes, mais auparavant laissez-moi vous prévenir que vous n'êtes pas en droit de dire qu'il y a asystolie, parce que chez un malade les contractions cardiaques ont diminué d'énergie, et qu'il existe un certain degré de distension du système veineux et de congestion des viscères. Du moment que, malgré la faiblesse du muscle cardiaque, le fonctionnement de l'appareil circulatoire se fait encore d'une manière à peu près régulière, il n'y a pas asystolie. Quand, par exemple, un individu affecté de rétrécissement mitral a un pouls régulier, une respiration calme, qu'il mange et qu'il dort bien, il se trouve dans des conditions presque normales et qui sont loin de constituer un état d'asystolie, bien que cependant les extrémités inférieures soient légérement enflées et qu'il existe des signes de congestion dans la base des poumons et dans le foie. Un pareil malade peut vaquer à ses affaires pendant des mois et des années, tout en restant porteur de ces accidents morbides qui indiquent une gêne assez notable dans la circulation intra-cardiaque. La compensation de la lésion se fait d'une manière imparfaite, mais on ne peut pas dire qu'elle n'existe pas, qu'il y a rupture de la compensation. Mais que ce même malade soit soumis à l'influence d'une cause qui puisse diminuer l'énergie des systoles ou paralyser le système vasculaire périphérique et ralentir, par suite, le mouvement du sang, vous verrez survenir rapidement des troubles considérables dans le rhythme des contractions cardiaques, des congestions et des hydropisies étendues dont l'ensemble constitue une attaque d'asystolie.

Si vous considérez la circulation dans son ensemble, vous savez que les mouvements du sang sont soumis à un certain nombre de forces, ce sont, d'une part, la systole ventriculaire, et, de l'autre, l'élasticité et la contractibilité artérielles et veineuses. Or, du moment qu'il survient une influence capable de déterminer des troubles notables dans l'un ou l'autre de ces facteurs, c'est alors qu'on voit rapidement arriver l'asystolie. Examinons d'abord celles de ces causes qui exercent leur action déprimante sur le cœur. En premier lieu, je vous citerai les émotions morales, les efforts musculaires souvent même très-modérés, l'ingestion des excitants du cœur, le thé, le café, l'alcool, etc. Il en est de même de la toux, des maladies des bronches, du poumon ou de la plèvre qui provoquent un certain embarras circulatoire dans le poumon. Toutes ces causes, qui chez un individu sain n'exerceraient qu'une médiocre influence, agissent chez les cardiopathes avec une très-grande puissance en amenant une énervation rapide du cœur, alors même que les fibres musculaires ne sont nullement altérées.

A côté de ces causes qui agissent par l'intermédiaire des nerfs cardiaques et qui produisent un état semi-paralytique du myocarde, il faut placer les altérations nutritives du muscle qui résultent de la maladie même dont le cœur est affecté, et de la pression sanguine plus considérable qui existe dans ses cavités; par le fait encore des troubles de l'hématose, du mauvais fonctionnement des organes de l'hématopoèse, la nutrition du cœur ne tarde pas être notablement troublée, et l'on voit survenir une altération graisseuse des fibres musculaires qui, d'autre part, diminuent de nombre ; ces lésions atrophiques et graisseuses conduisent aussi à l'asystolie et rendent l'action des causes précédemment indiquées bien plus énergiques.

Telles sont, en effet, les deux ordres de causes dans lesquelles on peut faire rentrer presque tous les cas d'asystolie : 1° épuisement du cœur, par le fait d'une innervation insuffisante; 2° difficulté des contractions par le fait de l'altération graisseuse de la fibre musculaire et de son atrophie. Si ces deux ordres de causes se trouvent réunis chez le même sujet, ce qui n'est pas rare, la production d'une attaque d'asystolie sera singulièrement facilitée.

Au point de vue clinique, le premier ordre de causes est de beaucoup le plus important : les altérations de la fibre cardiaque ne se produisant qu'à la période tout à fait ultime des maladies du cœur, on peut dire que sur vingt attaques d'asystolie, quinze ou seize sont certainement dues à la faiblesse, à l'épuisement du muscle résultant d'un trouble de l'innervation.

Toute cause d'excitation du cœur agit en effet sur un organe malade bien plus énergiquement que sur un organe sain. Il en résulte que tout individu atteint d'une affection cardiaque pourra être frappé d'asystolie par suite d'une excitation qui n'aurait qu'une influence tout à fait nulle sur un cœur sain : par exemple, un exercice un peu énergique déterminera une augmentation dans le nombre des contractions cardiaques ; ce travail excessif pour un cœur malade amènera fatalement, s'il est prolongé pendant un certain temps, un épuisement et une faiblesse musculaire considérable du myocarde.

Il est certain également, qu'un individu devra, dans certains cas, son état asystolique à des chagrins, à des émotions morales qui peuvent troubler l'innervation du cœur, et provoquer l'adynamie de cet organe.

Les insomnies, les travaux intellectuels excessifs agissent dans le même sens. — Certaines attaques d'asystolie sont provoquées par l'aggravation rapide de la lésion valvulaire par le fait d'une nouvelle poussée d'endocardite, par la déchirure d'un cordage tendineux ou la rupture d'un anévrysme intra-valvulaire. Dans tous ces cas, l'obstacle à la circulation augmente et, comme l'énergie des systoles ne s'accroît pas en proportion suffisante, la compensation est bientôt rompue.

Il est une catégorie de faits dans lesquels l'obstacle primitif à la circulation existe, non plus dans le cœur, mais dans le système circulatoire périphérique. Vous voyez, à tout instant, entrer dans nos salles, des individus affectés d'asystolie qui déclarent que c'est à la suite d'un rhume, d'une bronchite, qu'est survenu l'état dans lequel vous les voyez. C'est qu'en effet, toutes les maladies de l'appareil respiratoire dans lesquelles la toux est fréquente, dans lesquelles les mouvements d'expiration sont très-prononcés sont autant de conditions suffisantes, pour mettre le cœur en état d'asystolie. Toutes les fois en effet, qu'il existe des expirations forcées, il en résulte nécessairement un obstacle considérable à la déplétion de l'artère pulmonaire qui expose les cardiopathes à une attaque d'asystolie. Ce fait est fréquent, surtout dans les cas où les bronches et particulièrement les dernières ramifications bronchiques sont sous le coup d'une phlegmasie qui déjà, par elle-même, détermine un certain degré de stase sanguine dans les capillaires du poumon ; ces nouveaux obstacles à la déplétion de l'artère pulmonaire peuvent être suffisants pour forcer le ventricule droit et en rendre les contractions insuffisantes. Ces lésions des poumons et des bronches ont donc une très-grande importance dans la production d'une attaque d'asystolie. Vous le rencontrerez nombre de fois et vous verrez des individus, affectés d'un simple catarrhe du larynx, présenter bientôt une insuffisance des contractions ventriculaires par le fait des quintes de toux que provoque la laryngite. Aussi, dans ces conditions, le meilleur moyen d'empêcher la production de l'asystolie consiste-t-il à traiter le catarrhe pharyngo-laryngé. Par conséquent, toutes les fois que chez un cardiopathe vous vous trouverez en présence d'une maladie des bronches, des poumons ou d'une partie quelconque de l'appareil respiratoire pouvant entraîner une stase sanguine dans les capillaires du poumon, ou une déplétion imparfaite de l'artère pulmonaire, vous devez redouter une attaque d'asystolie.

Un autre genre d'obstacle circulatoire peut résulter de congestions développées dans d'autres viscères. Il n'est pas rare, par exemple, de voir survenir dans le cours d'une maladie du cœur une congestion hépatique qui peut se développer alors que le malade n'est pas asystolique et qu'il existe à peine une certaine gêne de la circulation, d'ailleurs parfaitement compensée. La congestion souvent énorme du foie constitue alors un obstacle circulatoire qui peut jouer son rôle dans la production d'une attaque d'asystolie.

Permettez-moi de vous faire remarquer que, parmi les causes d'asystolie étudiées jusqu'ici, aucune d'elles n'est fixe et permanente ; toutes sont susceptibles de mobilité et peuvent par leur disparition entraîner la cessation de l'attaque d'asystolie. En résumé, nous avons vu que l'insuffisance des systoles peut résulter : d'une part de toutes les conditions qui mettent en jeu l'excitabilité du cœur anormalement accrue, comme les mouvements musculaires, les émotions morales de tout genre, l'abus des excitants du système nerveux, thé, café, boissons alcooliques ; et d'autre part, de tous les obstacles qui, d'une manière plus ou moins durable, entravent le cours du sang à la périphérie ; parmi ces obstacles, il faut mettre en première ligne les maladies de l'appareil respiratoire, surtout celles des bronches et du parenchyme pulmonaire.

A côté de ces causes d'asystolie, nous devons placer celles qui dépendent d'une mauvaise nutrition du muscle cardiaque qui se produit sous des influences multiples : travail excessif imposé au muscle pour maintenir la compensation ; augmentation de la pression du sang dans les cavités cardiaques, et enfin altération de ce liquide par suite des troubles qu'une circulation défectueuse apporte dans les fonctions de l'hématose, et dans le fonctionnement des organes de l'hématopoèse.

Ces altérations du muscle consistent ordinairement dans un certain degré de dégénérescence graisseuse. On comprend très-bien dès lors que, lorsque cette altération de la fibre musculaire est portée à un assez haut degré, la systole ventriculaire devient insuffisante et qu'il se manifeste une attaque d'asystolie.

Je n'ai pas besoin de vous dire que ces altérations de la fibre musculaire sont incontestablement les causes les plus graves de l'asystolie. Tandis que les autres influences peuvent n'avoir qu'une durée passagère, la degénérescence graisseuse du cœur persiste toujours et constitue une lésion irrémédiable.

Mais il ne faudrait pas croire que dans la pratique, lorsque vous rencontrerez un individu affecté d'asystolie, les causes seront aussi nettement séparées. Loin de là, avec un certain degré d'altération graisseuse du cœur, il existera, par exemple, un catarrhe bronchique ; l'action de ces deux causes se combinant, il en résultera un épuisement du cœur ; d'où cette conclusion que, quand vous aurez affaire à un individu présentant une attaque d'asystolie, ce ne sera pas une seule cause, mais deux, trois, quatre que vous serez obligés de mettre en avant.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Broca.

Suppléance de M. S. Pozzi, agrégé.

Amputation de la jambe au tiers supérieur. — Affrontement des surfaces sur un tube à drainage. — Pansement ouato-phéniqué. — Cicatrisation par première intention.

(Observation recueillie par M. Dupin, externe du service, et revue par M. Pozzi.)

D..., âgée de cinquante-trois ans, est entrée le 19 septembre, salle des femmes, n° 11. Cette femme avait déjà subi, l'année dernière, un évidement de calcanéum ; guérie pendant quelque temps, elle avait été de nouveau obligée de s'aliter pour des lésions pires que les anciennes. Le stylet arrivait par plusieurs fistules sur les di-

vers os du tarse cariés; la partie inférieure de la jambe était en outre très-infiltrée; les gaînes musculaires paraissaient atteintes.

Ajoutons que cette femme, affaiblie par une longue suppuration et par la misère, était pâle, maigre et déclinait de jour en jour.

L'amputation au tiers supérieur fut proposée et acceptée.

L'opération est faite, le 25 septembre, par le procédé du lambeau externe. Huit ligatures d'artères sont pratiquées avec le fil de soie ordinaire. M. Pozzi met en pratique pour le pansement, le procédé d'affrontement méthodique des surfaces à l'aide d'une double suture, préconisé par M. Azam (de Bordeaux) et par Lister. Les chefs des fils à ligature étant ramenés aux deux angles de la plaie; on place dans le fond de celle-ci un gros tube à drainage, dont l'extrémité inférieure affleure au point le plus déclive. Le lambeau est ensuite appliqué exactement à l'aide de trois points de suture profonde. Cette suture est faite avec un gros fil d'argent recuit, dont les extrémités viennent passer par le centre d'une petite plaque de plomb, ovale, du diamètre d'une pièce d'un franc et se coudent deux fois sur elle. Les trois fils sont ainsi retenus par six plaques placées environ à 3 centimètres des bords de la plaie et à la même distance l'une de l'autre (1). Ce procédé de suture, *en plaques*, employé par Lister, paraît très-préférable à la suture enchevillée dont fait usage M. Azam; il est d'une application facile, et les petites plaques répartissent leur pression sur une surface suffisante pour qu'elle soit douce et méthodique. En outre, rien n'est plus facile que de relâcher à volonté la suture en redressant les deux courbures du fil et en faisant cheminer la plaque de la quantité voulue pour faire cesser l'excès de pression.

Les téguments sont réunis, dans les trois quarts de la longueur de la plaie, par dix points de suture à points séparés, faite avec du fil d'argent. On n'achève pas de réunir par la suture la partie postéro-inférieure des téguments, la coaptation étant déjà suffisamment exacte sans cela.

Un pansement fortement phéniqué est ensuite appliqué sur le moignon. Il est composé de la manière suivante : 1° immédiatement sur les bords de la plaie et pour la protéger contre l'action irritante de l'acide phénique, on place une lanière protectrice de caoutchouc laminé, connue dans nos hôpitaux, sous le nom de *Baudruche Hamilton*; 2° une couche de coton perméable (ou hygrométrique) phéniqué (2) trempé dans une solution aqueuse d'acide phénique à 2,50 pour 100 ; 3° une seconde couche de ce coton phéniqué sec ; 4° plusieurs couches d'ouate ordinaire par-dessus lesquelles on fait une compression avec des bandes, de manière à obtenir un appareil ouaté de Guérin, surajouté au pansement précédent.

Le lendemain 26, la malade a dormi, se trouve bien ; la température est prise le soir, elle donne 38°6.

Le troisième jour, même état satisfaisant. La température de 38°1 le matin, monte le soir à 39°1. — Le 28, elle est de 38°6. — Le 29 au matin, elle tombe à 37°6 ; elle remonte par une dernière oscillation à 38°1, le 30 au soir, *et depuis lors, prise tous les jours régulièrement, ne s'élève plus jamais au-dessus de la normale.* Dès le second jour, l'appétit était apparu beaucoup plus vif qu'avant l'opération. La malade ne souffrait que très-peu et dormait bien la nuit. Aussi le dimanche 30 septembre, six jours après l'opération, lui fut-il permis de se lever sur un fauteuil pour recevoir la visite de ses parents.

Le mardi 2 octobre, huit jours après l'amputation, le pansement est levé pour la première fois. Le coton perméable, imbibé de sérosité sanguinolente, est desséché et forme une sorte de coque solide qu'on enlève tout d'une pièce. Au dessous on trouve le moignon sans aucune trace de gonflement. Les sutures superficielles sont complétement ôtées. La réunion est presque parfaite; profondément, tout est réuni sauf le trajet du tube qu'on retire définitivement, et celui des fils à ligature qui tiennent encore. Superficiellement, il ne reste plus qu'un écartement d'un demi-centimètre *en surface* dans une longueur de 6 centimètres environ où l'on n'a pas fait de suture superficielle, et une solution de continuité longue de 1 centimètre, en avant, à l'angle où sont ramenés une partie des fils. Lavage à l'eau phéniquée.

Le lendemain, ablation des sutures profondes.

On presse fortement le moignon sans éveiller la douleur et sans faire sourdre de pus.

La malade, qu'on peut considérer comme guérie, est pansée tous les deux ou trois jours avec un petit linge glycériné; ce qui reste de sa plaie est *absolument superficiel*, à l'exception de l'étroit trajet des fils à ligature. Elle passe toutes ses journées assise sur un fauteuil. Le 4 octobre, le dernier fil à ligature tombe. Trois semaines après l'amputation, il ne restait plus *rien* à cicatriser. Un mois, jour pour jour, après cette même date, elle essayait son pilon.

On le voit, cette observation peut se résumer, au point de vue de ses résultats, de la façon suivante : disparition de tous phénomènes réactionnels au bout de quatre jours d'élévation légère de température; cicatrisation des parties profondes faite complétement par première intention ; celle des parties superficielles presque complétement et ne laissant subsister qu'une plaie insignifiante.

Dans le pansement employé pour arriver à ce résultat, M. Pozzi attribue une grande importance à l'affrontement complet des surfaces traumatiques sur un tube à drainage par une double série de sutures profondes et superficielles. Le drain joue dans cet affrontement un rôle capital ; il permet l'issue des liquides dont le suintement est presque inévitable et dont la rétention produirait des phénomènes d'étranglement ; c'est un véritable tube de sûreté. Le mérite d'avoir pour la première fois, combiné cet emploi du tube et de l'affrontement complet des surfaces traumatiques, revient-il à Lister ou ne doit-il pas plutôt être attribué à M. Azam, de Bordeaux? On sait que ce chirurgien l'a préconisé dès 1873 à l'Association française pour l'avancement des sciences (congrès de Lyon); sa communication aussitôt analysée par les journaux médicaux français, est consignée dans le volume des comptes rendus du congrès. En outre, l'année suivante une série d'observations du même ordre fut présentée par le même auteur à la Société de chirurgie de Paris. La théorie sur laquelle s'appuyait M. Azam (nécessité de la suppuration de l'os) était assurément fautive, mais sa pratique n'en subsiste pas moins avec tous ses bénéfices, et, d'après les dates des observations, paraît remonter à 1870. M. Lister l'a-t-il devancée ou suivie? C'est ce qu'il est difficile de déterminer d'après la lecture de ses publications où presque toute la place est consacrée à la description des précautions antiseptiques. On doit remarquer toutefois que, dans l'exposé complet de sa méthode, qu'il a fait dans le *System of Surgery* de Holmes, le chirurgien d'Édimbourg ne parlait point de double suture; en guise de drain, il mettait dans la plaie une lanière de *lint* trempée dans l'huile phéniquée, qu'il retirait au bout de vingt-quatre heures. Depuis lors (1871), la pratique de l'éminent chirurgien s'est heureusement modifiée.

M. Pozzi ajoute du reste une grande valeur à l'usage des antiseptiques *à haute dose*, tel que l'a préconisé le professeur d'Édimbourg. Mais, plus préoccupé des résultats que de la doctrine, il néglige les précautions multiples prises par Lister pour empêcher complétement l'accès des germes, — telles que la pulvérisation, l'immersion rigoureuse et constante des instruments dans une solution spéciale, et tout ce qui dépasse les limites d'une exacte propreté. Il a remplacé les topiques

(1) Les fils d'argent, dont on doit se servir pour qu'ils aient une force suffisante et qu'ils puissent être maintenus par le coude qu'ils font sur les bords de la plaque, doivent avoir une grosseur analogue à celle de l'anse galvanocaustique ordinaire.

(2) Ce coton, par suite d'une préparation spéciale, jouit de la propriété de se laisser imbiber par les liquides à un degré bien supérieur à celui de la charpie. M. Pozzi en avait fait préparer avec addition de 5 pour 100 d'acide phénique. Il s'en est servi habituellement dans ses pansements et le conseille comme au moins égal au *lint* phéniqué préparé en Écosse.

complexes préparés en Écosse par des produits plus à notre portée et remplissant, lui semble-t-il, les mêmes indications capitales.

Enfin, M. Pozzi croit qu'il est possible d'associer, au grand bénéfice des malades, l'affrontement méthodique des surfaces, à l'aide de la double suture sur un tube à drainage, les topiques antiseptiques et le pansement ouaté de Guérin. Cette combinaison serait surtout applicable aux amputations des membres.

THÉRAPEUTIQUE

SUR L'AVANTAGE QU'IL Y AURAIT A REMPLACER LA QUININE PAR LA CINCHONIDINE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES (1)

Par M. Weddell.

La réputation de la quinine comme fébrifuge est si bien établie, qu'il ne peut être question de lui porter ici la moindre atteinte. Des faits positifs ayant cependant mis hors de doute que d'autres alcaloïdes du quinquina jouissent à un degré équivalent ou presque équivalent des mêmes propriétés, il ne sera pas inutile d'appeler à nouveau l'attention sur ces produits, surtout en vue de l'écart considérable existant entre le prix de revient de certains d'entre eux et celui de la quinine, écart tellement en faveur de l'emploi de la cinchonidine (2), en particulier, qu'il impose presque l'obligation de lui donner la préférence. Les détails qui suivent viennent à l'appui de cette opinion; ils sont puisés dans un ouvrage adressé récemment à l'Académie (3), et dû à la plume de l'éminent quinologiste anglais, J. Eliot Howard, auquel on doit déjà plusieurs travaux remarquables sur le même sujet.

Nous ne sommes plus au temps où l'on pouvait craindre que la production du quinquina ne fût plus un jour en rapport avec la consommation. D'une part, le prix élevé atteint par cette écorce l'a fait rechercher et découvrir dans de vastes régions de l'Amérique du Sud inexplorées jusque-là. D'autre part, la crainte de se voir privé, dans un temps donné, d'un agent thérapeutique aussi indispensable, a fait naître l'idée de cultiver l'arbre qui le fournit sur plusieurs points de l'ancien monde, réunissant les conditions voulues. Aussi avons-nous aujourd'hui la certitude acquise que, lorsque les forêts des Andes auront cessé, par une raison ou par une autre, de nous livrer leur contingent, celles créées, depuis dix ans, à Java et dans l'Inde anglaise suffiront amplement à toutes les demandes. Il résulte toutefois de l'examen de ces diverses sources de production la constatation d'un fait de la plus haute importance : c'est que, tout en étant garantis dans l'avenir contre la fâcheuse perspective de manquer de quinquina, nous devons presque forcément nous attendre à ce que la quantité de quinine que l'on pourra en retirer ne soit plus au niveau d'une consommation sans cesse croissante. On sait que certaines écorces de « cinchona » ne renferment aucune trace de cet alcaloïde, et que d'autres n'en contiennent pas assez pour qu'il y ait bénéfice à l'en retirer. Or, l'épuisement graduel des forêts qui ont fourni jusqu'ici les arbres riches en cette matière est un fait notoire; d'un autre côté, les essais de culture, dont on a déjà retiré dans l'Inde de si frappants résultats, ont démontré que les espèces les plus rustiques ne sont pas celles qui en contiennent, dans leur écorce, la plus forte proportion. Comment le prix vénal de la quinine ne se serait-il pas ressenti de cet état de choses? Il a subi, en effet, dans ces dernières années, une hausse marquée, et il n'est pas douteux qu'il n'en subisse encore une nouvelle, par suite de la perturbation survenue dans les affaires commerciales de l'un des pays où se récoltent les écorces qui en sont une des principales sources.

Plus que tout autre, le gouvernement des Indes anglaises devait se préoccuper de pareilles éventualités; aussi, averti qu'il existait dans le quinquina d'autres alcaloïdes que la quinine, alcaloïdes qui, selon plus d'un juge compétent, n'étaient guère inférieurs en efficacité à la quinine elle-même, nomma-t-il, dès l'année 1866, plusieurs commissions chargées d'étudier la question, et en particulier de soumettre à une épreuve rigoureuse la valeur thérapeutique des alcaloïdes qui lui étaient signalés. Des expériences suivies furent faites dès lors, sous leur contrôle, dans les parties des Indes qui s'y prêtaient le mieux, et bientôt après la commission de Madras publia un premier rapport, dans lequel il est rendu compte des résultats fournis par l'emploi de la cinchonine, de la cinchonidine et de la quinidine, dans le traitement de onze cent quarante-cinq cas de fièvres intermittentes, appartenant la plupart au type quotidien. Ces résultats, les voici : sur les onze cent quarante-cinq malades traités :

410	ayant pris la cinchonine,	400	ont été guéris.
359	— cinchonidine,	346	—
376	— quinidine,	365	—
1145		1111	

La conclusion, tirée de ces expériences par les commissaires de Madras, fut que les effets thérapeutiques des trois alcaloïdes employés et administrés à doses variables, ne différaient pas ou différaient à peine de ceux qu'eût produits la quinine (*loc. cit.*, p. 98). Il semblait dès lors qu'il fût indifférent que l'on fît choix, pour remplacer la quinine dans l'usage ordinaire, soit de l'une, soit de l'autre de ces substances; mais, au point de vue où s'était placé le gouvernement des Indes, la balance devait naturellement pencher en faveur de celle qui pourrait lui être fournie au meilleur compte; or, de l'exposé fait à ce sujet par M. Howard, sur l'invitation du gouvernement, il résulte que la quinidine, dont le prix est presque celui de la quinine, ne peut entrer en parallèle, sous ce rapport, avec la cinchonine et la cinchonidine, l'une et l'autre de ces dernières pouvant être obtenues aujourd'hui en fabrique, au tiers ou à moins du tiers du prix de la quinine. M. Howard ne pense pas toutefois, et il s'explique à cet égard (*loc. cit.*, p. 42), que la cinchonine puisse continuer de se vendre au bas prix où elle est cotée aujourd'hui (1). Il n'en est pas de même de la cinchonidine. Tout, en effet, porte à croire que le prix actuel de cet alcaloïde ne subira aucune augmentation avec le temps (*loc. cit.*, p. 11), les arbres qui le fournissent le plus abondamment existant encore à profusion dans les forêts de l'Amérique, et l'espèce la plus rustique des plantations de l'Inde, le « cinchona succirubra », étant également une espèce riche en cinchonidine ; ce qui revient à dire que l'on peut compter dès aujourd'hui sur un approvisionnement presque illimité de ce produit.

Je rappellerai ici que plusieurs des médecins qui ont expérimenté la cinchonidine ont pu constater que certains estomacs la tolèrent plus facilement que la quinine. Il me serait facile, pour mon compte, de citer un certain nombre de cas de fièvre intermittente traités vainement par la quinine, et dans lesquels le sulfate de cinchonidine a produit un soulagement immédiat; dans ces cas, la non-réussite de la quinine était indubitablement due à l'intolérance de l'estomac pour le sulfate de quinine. On a dit aussi que les malades n'éprouvaient pas, avec la cinchonidine, les bourdonnements d'oreilles dont ils souffrent si souvent sous l'influence de la quinine; mais il y a là quelque exagération; il n'en est pas moins vrai que la cinchonidine ne donne lieu, en général, à ce malaise

---

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 22 janvier 1877.

(2) La cinchonidine, que l'on confond encore assez souvent avec la cinchonine, a été découverte par M. Pasteur, vers 1853. C'est un corps anhydre, isomère de la cinchonine, déviant à gauche le plan de polarisation et ne possédant pas le caractère de coloration verte par addition successive du chlore et de l'ammoniaque, caractère particulier à la quinine et à la quinidine. Son sel le plus usité est le sulfate.

(3) « The Quinology of the East Indian plantations », by J. El. Howard, Parts II and III. London, 1876

(1) Une des causes essentielles de la dépréciation remarquable de la cinchonine, depuis quelques années, paraît être l'accumulation de cette substance dans quelques fabriques, résultant de la préférence absolue donnée à la quinine, la fabrication de la cinchonine n'en continuant pas moins, par suite de sa coexistence fréquente avec la quinine dans les mêmes écorces.

que lorsque la dose administrée dépasse notablement la moyenne, qui est de 30 à 40 centigrammes.

De ce qui précède, on peut inférer : 1° que les préjugés de beaucoup de médecins contre l'emploi des alcaloïdes du quinquina, autres que la quinine, n'ont aujourd'hui aucune raison d'être; et 2° qu'il y aurait un avantage incontestable, au point de vue économique, à employer la cinchonine et la cinchonidine dans la plupart des cas où jusqu'ici on ne s'est servi que de la quinine. J'ajoute, et c'est par là que je terminerai cette note, que non-seulement le gouvernement des Indes anglaises a déjà largement approvisionné ses pharmacies de cinchonidine (*loc. cit.*, p. 115), mais que, dans les grands hôpitaux de Londres, la cinchonidine fait également une concurrence heureuse à la quinine, son aînée.

ÉTUDE SUR LE FOIE MOBILE

Par M. le docteur Blet.

Il existe des déplacements du foie que n'explique aucune cause de voisinage : c'est à eux que convient la dénomination de *foie mobile*.

Cette affection est très-rare. Plusieurs des observations rapportées jusqu'ici sont peu concluantes ; d'autres, au contraire, ont été recueillies avec un soin qui laisse peu de probabilités à l'hypothèse d'une erreur de diagnostic.

La cause prédisposante paraît résider dans le mauvais état général des sujets et la flaccidité des ligaments hépatiques qui en résulte. Les causes déterminantes sont toutes celles qui diminuent la pression intra-abdominale.

La maladie est peu grave, mais s'accompagne quelquefois de symptômes fonctionnels insupportables.

L'usage d'une ceinture bien construite est le meilleur mode de traitement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur les eaux minérales de Condillac et de Montbrun-les-Bains;

2° Une lettre de M. le préfet des Bouches-du-Rhône, indiquant qu'aucune épidémie n'a été observée dans ce département, en 1876;

3° Une lettre de M. le préfet de la Côte-d'Or, indiquant qu'aucune épidémie n'a été observée dans ce département, en 1875;

4° Le compte rendu des épidémies qui ont été observées dans le département des Hautes-Pyrénées, en 1875. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Panas, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Une lettre de remercîment de M. le docteur Hayem, lauréat de l'Académie.

3° Un mémoire manuscrit de M. le docteur Fabreguettes (de Saint-Étienne), sur un *appareil nouveau de contention des fractures des membres inférieurs*.

4° Une lettre de MM. les vice-présidents et secrétaires du cercle scientifique de Vienne, Autriche (club des sciences), invitant les membres de l'Académie à s'associer audit cercle lorsqu'ils séjourneront à Vienne.

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de MM. Lelut et de Kergaradec, membres de l'Académie.

COMMUNICATION SUR LES MOUVEMENTS DE FLEXION ET D'INCLINAISON DE LA COLONNE VERTÉBRALE

M. Jules Guérin rappelle que, dans une précédente communication, il a fait connaître, d'après l'observation et l'expérimentation sur le vivant, trois centres de mouvement de flexion et d'inclinaison latérale de l'épine se reproduisant à la base de chaque région de la colonne, cervicale, dorsale et lombaire. Il se propose, cette fois, d'indiquer les dispositions anatomiques qui ont trait à ces mouvements. En effet, si l'on examine à ce point de vue le rachis, on constate des dispositions articulaires toutes spéciales sur les trois points correspondants à ces centres de mouvement.

1° *L'articulation de la septième cervicale avec la première dorsale*, comparée avec celles des vertèbres qui la précèdent et la suivent, offre des différences notables. La direction des facettes des apophyses articulaires est plus complétement perpendiculaire et transversale. Tandis que la seconde vertèbre dorsale offre un appui solide au rebord inférieur de la lame articulaire de la vertèbre précédente au moyen de sa surface presque horizontale au niveau de la rencontre de la lame de l'une avec l'apophyse transverse de l'autre, la même partie présente sur la première vertèbre dorsale une surface de glissement étendue, profondément marquée, presque verticale et transverse, et se termine en arrière et en dedans par une arête, attestant un refoulement de la portion de lame qui fait suite à la facette articulaire.

2° *L'articulation de la onzième dorsale avec la douzième* présente et accentue la même disposition. Les surfaces articulaires offrent des facettes presque complétement perpendiculaires et transversales, et la présence de deux appendices en forme de crochets, fournis par le sommet des apophyses transversales de la douzième dorsale, contribue à permettre des mouvements de flexion latérale, en embrassant les surfaces articulaires de la onzième et les maintenant en parfait rapport avec celles de la douzième. A partir de la douzième dorsale inclusivement, les surfaces articulaires qui suivent (des vertèbres lombaires) sont dirigés presque perpendiculairement au plan transversal, du moins dans leur moitié postérieure.

3° *L'articulation de la cinquième lombaire avec le sacrum* ressemble aux deux autres signalées plus haut, en ce que, reposant comme elles sur une base fixe, elle offre également des surfaces articulaires situées dans le plan du mouvement de flexion latérale, c'est-à-dire, ayant une direction presque transversale.

Après avoir longuement insisté sur ces dispositions anatomiques, M. Jules Guérin décrit minutieusement l'articulation occipito-altoïdienne et les mouvements dont cette articulation peut être le siége.

Il montre que les surfaces articulaires y sont disposées suivant un même plan circulaire d'un grand rayon de courbure; tandis que chez les oiseaux ce rayon est très-petit : ce qui explique la grande étendue des mouvements d'inclinaison latérale chez les oiseaux et leur peu d'étendue chez l'homme. Les mouvements ne sont possibles que pendant l'extension de la tête sur atlas, car l'alors seulement la courbe est régulière.

Dans une troisième communication, il se propose d'examiner les *agents musculaires des mouvements de flexion et d'inclinaison de l'épine*.

LECTURE

Altération diphthéroïde de la coqueluche. — M. le docteur Delthil (de Nogent), lit sur ce sujet une note dont voici les conclusions :

« 1° La présence de la plaque diphthéroïde est plus fréquente que les auteurs ne l'ont admis. Je ne puis affirmer cependant qu'elle soit constante.

2° Elle n'est point produite par le frottement des dents.

3° Cette ulcération est en rapport, comme étendue, avec la gravité de la maladie.

4° Son apparition, du douzième au dix-huitième jour, coïncide toujours avec la fièvre, les vomituritions et la toux spasmodique.

5° Son siége n'est point constant, mais cependant on l'observe le plus fréquemment sur le frein de la langue.

6° Sa couleur, d'aspect diphthéroïde; le plus souvent, est quelquefois gris jaunâtre.

7° En disparaissant rapidement, elle n'entraîne pas la cessation des vomituritions et du sifflement trachéal: l'appareil fébrile seul disparaît avec elle.

8° Elle laisse parfois des cicatrices.
9° On la trouve à tout âge, enfants ou adultes.
10° On ne doit conseiller le déplacement qu'après son effacement.

En terminant, l'auteur se demande, à titre d'hypothèse, si l'on ne pourrait pas considérer cette tache diphthéroïde comme l'expression apparente d'une maladie spécifique. »

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE 1876 (1).

13. Boubila. Quelques considérations sur l'ulcère simple de la jambe.
14. Martin. Études cliniques sur les indications et contre-indications de la lithotritie.
15. Courtin. Étude sur la physiologie pathologique des albuminuries.
16. Péria. Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à l'hôpital de Tarascon.
17. Barros. De l'hémoptysie au point de vue de l'étiologie et du traitement.
18. Alric. Quelques considérations sur certains épanchements pleurétiques.
19. Bourges. Du traitement des fractures de la rotule.
20. Rolland. Essai sur l'urémie.
21. Duchambon. Classification des sons.
22. Castéris. Des grossesses extra-utérines.
23. Dorvan. Hygiène et pathologie des chercheurs d'or à la Guyane française.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 février 1877 ont été promus ou nommés dans a Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le docteur Maure, médecin à Nice, officier depuis le 14 août 1867; services éminents rendus à la France dans le département des Alpes-Maritimes.

Au grade d'officier : MM. Bagnol, médecin major de 1re classe, chevalier du 1 juin 1864; 29 ans de services, 16 campagnes. — Rioublant, médecin de 1re classe, chevalier du 16 juin 1855; 33 ans de services, 14 campagnes. — Orillard, maire de Poitiers, conseiller général de la Vienne, chevalier depuis 1866; 39 ans de services, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers depuis 1866 et directeur de l'École, médecin de la Société de secours mutuels plus de 30 ans.

(1) Chez Alex. Coccoz, libraire, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.

Au grade de chevalier : MM. Breton, médecin-major de 2e classe, 19 ans de service, 5 campagnes. — Bournéria, médecin-major de 2e classe; 20 ans de service, 3 campagnes. — Mutin, médecin-major de 2e classe; 20 ans de service, 7 campagnes. — Pons, pharmacien-major de 2e classe; 21 ans de service, 13 campagnes. — Felizet, docteur-médecin, engagé comme aide-major pendant la guerre de 1870. Entré dans Metz à la nage pendant le blocus; n'a cessé pendant le siége de prodiguer ses soins aux blessés, avec un zèle et un dévouement constatés par une mention des plus élogieuses, émanée du conseil municipal de Metz. Services exceptionnels. — M. le docteur Bancel, maire de Melun, président de la Société des médecins de Seine-et-Marne, a rendu des services exceptionnels.

— *École de médecine d'Arras.* — Un concours sera ouvert le 9 juillet 1877 à la susdite école, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, de pharmacie, de matière médicale et d'histoire naturelle.

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie et de tératogénie dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, le mercredi 14 février, et les continuera les mercredis et samedis, à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus. 3e édition revue et augmentée, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie et de chirurgie. — 2 vol. in-12, avec 1,227 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, V. Delahaye et Ce.

De la Myringodectomie, ou perforation artificielle du tympan, par le docteur Miot. — 1 vol. in-8° avec 11 figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les anomalies de la dent de sagesse inférieure, par le docteur Bernard S. Arnulphy. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude clinique sur la glossite interstitielle syphilitique, par le docteur Hugonneau. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Sur la Localisation définitive du souffle maternel de la grossesse, par le docteur Frantz Glénard. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Diagnose und Therapie des Krankheiten des Menschen, mit zugrundelegung der Lehren und Recepturen der ersten medicinisch-chirurgischen Autoritäten, und Anführung von 1500 Receptformeln im metrischen Gewichte, nebst einem Anhange über Balneologie von Dr. Bernard Kraus, Chef redacteur der « Allgemeinen Wiener medicinischen Zeitung ». — 1 fort vol. in-8° de pp. 980. Wien, 1877. Verlag von Moritz Perles, Stadt, Bauernmarkt, 11.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 17. — JEUDI 10 FÉVRIER 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 10 FÉVRIER 1876. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un comité secret ayant été annoncé pour quatre heures, il restait à peine assez de temps pour quelques rapports négatifs et sommaires sur de prétendus remèdes nouveaux et pour deux lectures, encore écourtées, l'une de M. le professeur Rigaud (de Nancy) sur le véritable mécanisme des luxations, l'autre de M. Trasbot (d'Alfort) sur la coïncidence possible de l'endocardite et du rhumatisme chez les solipèdes.

La discussion sur la leucocytose a donc été forcément suspendue. Sera-t-elle reprise dans la prochaine séance? On en doute un peu. En effet, le mémoire de M. Colin est trop riche de faits et d'aperçus nouveaux, d'expériences et de théories, il est trop contraire aux idées courantes dans ses conclusions et dans ses prémisses, pour ne pas étonner d'abord. On ne peut songer à le contredire sans l'avoir sérieusement étudié, médité. Les interprétations de faits pathologiques, les généralisations doctrinales y prêtent largement à la critique, comme du reste, tous les essais du même genre. Mais si certaines déductions peuvent paraître hasardées, il en est d'autres qui sont légitimes, et qui, reposant sur des données de physiologie expérimentale, ne pourraient être renversées que par de nouvelles expériences, contradictoires.

Il en est ainsi, par exemple, en ce qui touche le rôle essentiellement transitoire des leucocytes, qui seraient versées dans le sang, journellement en quantités énormes, par le système lymphatique, où on les trouverait partout, jusque dans les derniers réseaux.

Ce fait d'observation est capital.

Un fait connexe a été naguères signalé par M. le professeur Colin (du Val-de-Grâce). Cet homonyme du célèbre physiologiste a reconnu que les leucocytes sortaient continuellement du sang, en quantité considérable, par *diapédèses*, pour pénétrer dans les tissus et y servir à leur nutrition. Nous nous bornerons aujourd'hui à appeler l'attention de nos lecteurs sur ce travail (1).

Dr Victor REVILLOUT.

(1) *Diapédèse des leucocytes chez l'homme, sa démonstration anatomopathologique*, par le docteur Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce. — Paris, 1875. Asselin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Réquisition d'un médecin. — Refus d'obtempérer. — Poursuites. — Acquittement. — Pourvoi en cassation. — Renvoi devant un autre tribunal. — Condamnation.

Les médecins ont, de leur profession, une idée trop élevée pour dénier à la police judiciaire un concours dont elle a besoin. Ils sont trop jaloux de leur dignité, de leur honneur et de leur réputation, pour ne pas comprendre que c'est un devoir social que d'accorder à la justice, qui protége la société, ou à l'accusé, dont la défense demande à être inondée de lumière, le secours d'une expérience capable de faire éclater la vérité. En général, nous le constatons avec plaisir, les médecins se font un devoir de procéder aux investigations légales dont ils sont chargés; mais si, par hasard, ils ne voulaient pas obtempérer aux réquisitions de l'autorité, leur refus serait-il un motif suffisant pour autoriser contre eux une poursuite devant la justice répressive? Un arrêt très-récent de la cour de cassation semble le faire craindre.

Le fait suivant vient d'avoir lieu : au mois d'octobre 1875, on retira de la rivière du Doubs le cadavre d'un ancien préposé des douanes, et, bien que les premières constatations eussent démontré que la mort avait été volontaire, un gendarme, au nom du juge d'instruction, vint requérir M. le docteur Gindre d'avoir à se rendre sans délai à l'hôpital de Pontarlier, afin de constater s'il existait des traces de violences, de procéder à l'autopsie et de faire toutes observations utiles à la découverte du genre de mort. M. le docteur Gindre refusa d'obtempérer à la réquisition, sans justifier de l'impossibilité d'y obéir.

Notre confrère fut traduit devant le tribunal de simple police de Pontarlier, pour contravention à l'article 475, n° 12, du Code pénal, lequel est ainsi conçu : « Seront punis d'amende depuis six francs jusqu'à dix francs inclusivement, ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter les secours dont ils auront été requis, en cas d'accidents, tumulte, naufrage, inondations, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandage, pillages, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire. » La lecture attentive de cet article démontre que ce que le législateur demande aux citoyens, ce n'est pas un concours intellectuel, mais un concours matériel. Il s'agit, en effet, de sauver des individus qui sont exposés à périr dans un incendie ou dans un naufrage, d'arrêter un coupable qui prend la fuite ou d'aider à l'exécution d'un jugement. Dans toutes ces hypo-

thèses, il y a péril pour la société, et celui-là manque à son devoir qui refuse à l'autorité le secours qu'elle lui demande; il viole cette loi sociale, qui veut que tous les citoyens se portent réciproquement secours dans les dangers qui les menacent. Mais cette urgence existe-t-elle quand il s'agit de constater la mort d'un individu que l'on sait s'être suicidé? Un travail scientifique peut-il être assimilé à ce concours matériel que la loi a seul exigé? Et puis, quelle confiance inspirerait une autopsie, une opération quelconque que le médecin n'a faite que contraint et forcé?

A l'appui de cette manière de voir, que j'ai longuement développée dans mon *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*, je pourrais invoquer l'autorité de M. Faustin Hélie, mais je préfère citer cette conclusion du beau travail que M. Chaudé a lu à la Société de médecine légale, en juillet 1875, sur les droits et les devoirs des médecins appelés en justice :

« Le médecin a le droit absolu de refuser ses soins à un particulier; il a le droit également de refuser son concours à la justice. Il peut, en conséquence, et sans avoir besoin d'alléguer aucun motif, refuser la mission que l'on veut lui confier; ce droit existe pour lui dans tous les cas, sans qu'il y ait ait lieu de distinguer s'il est appelé pour faire une expertise dans le cours d'une instruction, ou s'il s'agit d'un cas urgent, d'un flagrant délit, d'une calamité publique.

« Dès qu'il n'a pas promis son concours et manqué ensuite à sa promesse; dès qu'il n'a pas commencé son expertise et ses constatations pour les interrompre ensuite sans motifs légitimes, cas où il pourrait être condamné aux frais frustratoires et à des dommages-intérêts; dès qu'il a fait connaître tout de suite au magistrat qu'il n'acceptait pas, aucun article, ni de la loi civile, ni de la loi pénale, ne peut atteindre ce refus, et l'article 475 ne lui est pas applicable. »

Le juge de paix de Pontarlier, comme s'il avait voulu mettre ces principes en pratique, considéra qu'il n'y avait, dans l'espèce, ni urgence, ni flagrant délit, et que la mission conférée à M. le docteur Gindre n'était pas obligatoire. Il annula donc le procès-verbal et renvoya notre confrère des fins de la plainte.

Le ministère public se pourvut en cassation, et la Cour, cassant le jugement du tribunal de simple police de Pontarlier, renvoya l'affaire devant le juge de paix du canton de Montbenoît (Doubs), et ce magistrat, le 31 janvier 1876, condamna M. le docteur Gindre à six francs d'amende et aux dépens.

Ce que l'on a craint, évidemment, c'est que le cours de la justice pût être suspendu; c'est que l'action judiciaire se trouvât annihilée à un moment donné; c'est que la constatation d'un certain nombre de délits et de crimes devint impossible; c'est que des coupables, enfin, pussent échapper à la vindicte publique. Or ces hypothèses sont irréalisables.

Les médecins, même ceux qui ont conquis un grand nom dans la science, se font un devoir d'apporter à la justice le concours de leurs lumières et de leur expérience. Quelques praticiens, il est vrai, se refusent, en face d'un cas d'aliénation mentale, par exemple, à remplir une mission qu'ils croient au-dessus de leurs forces, mais leur réserve n'est-elle pas digne des plus grands éloges, puisqu'ils sentent qu'au lieu d'éclairer la justice, ils pourraient l'égarer? En admettant même que, par la plus improbable des éventualités, le cours de la justice fut momentanément interrompu, ne vaut-il pas mieux que la justice reste inactive que de la voir trompée par les hommes qui avaient reçu la mission de guider son glaive?

Dans l'ancien droit, il existait des dispositions en vertu desquelles les médecins et les chirurgiens qui désobéissaient aux ordonnances ou refusaient leur ministère étaient passibles de peines : ils pouvaient même être déchus de leurs degrés et privés pour toujours de leur profession; mais les lois nouvelles, sauvegardant l'honneur, la dignité et l'indépendance du corps médical, n'ont point rappelé ces mesures coercitives si dignes d'un autre âge.

Dans mon opinion, l'article 475, n° 12, qui s'applique à tout individu quelconque, n'a point du tout visé le médecin en particulier, et l'homme de l'art doit continuer à ne relever que de lui-même et de sa conscience.

Le législateur n'a pas voulu que la mission confiée à un médecin fût obligatoire pour lui. Le médecin est donc indépendant et libre dans l'exercice de sa profession; mais c'est cette profession elle-même — et non la loi — qui lui commande de procéder aux investigations légales dont il est chargé.

D[r] LEGRAND DU SAULLE.

HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

Kyste hydatique du foie (1).

L'autopsie faite le 17 avril a donné les résultats suivants : le ventre est énormément ballonné, il a une teinte verdâtre. Les intestins sont distendus par des gaz et par un liquide brunâtre. Le péritoine est injecté dans toute son étendue; sa cavité ne contient pas trace de liquide quel qu'il soit. Cependant, en raison de la péritonite, le long des anses intestinales on rencontre çà et là des fausses membranes molles, blanchâtres qu'on trouve, dans le petit bassin, nageant dans un liquide purulent.

Le foie est refoulé dans la poitrine par le gros intestin, qui le cache presque complétement. Son volume très-considérable atteint le poids de 5 kilogrammes. Tout le lobe droit est transformé en une véritable poche fluctuante; le gauche est hypertrophié et a déjà subi un commencement de dégénérescence graisseuse. Il en est de même du lobe de Spigel. Cet organe a en outre contracté des adhérences avec le colon transverse, le duodénum et le point de l'abdomen où a été appliquée la pâte de Vienne. Ces dernières adhérences sont déjà anciennes et paraissent s'être faites très-intimement.

Il s'écoule de la cavité du kyste une grande quantité de liquide purulent, environ deux à trois litres. L'ouverture qui donne issue à ce liquide est bientôt obstruée par une énorme vésicule hydatique, de la grosseur d'un œuf de dindon, à parois épaisses, d'une teinte opaline, qui s'est rompue dans l'intérieur de la poche. D'autres lambeaux de vésicules, mais minces et aplatis se présentent aussi à l'orifice. Après leur sortie il s'échappe du kyste une nouvelle quantité de liquide également purulent, mais qui ne semble pas s'être mêlé au premier.

Les vésicules qui sont sorties par l'ouverture du kyste présentent, à l'intérieur, de petites saillies qui ne sont autres que du pus concret résultant du contact prolongé de cette surface avec le liquide purulent de la poche par lequel elles étaient baignées. Sur leur paroi interne on aperçoit des petites taches qu'on pourrait supposer être des échinocoques, mais qui ne sont que des petites plaques amorphes. Le liquide qui s'en échappe ne contient pas de crochets, mais seulement des grumeaux albumineux et purulents.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 février.

La surface interne du kyste est tapissée par une substance tomenteuse, sorte de membrane pyogénique, sans dépôts athéromateux ni calcaires.

La vésicule biliaire est comme incrustée dans la paroi du kyste. Elle ne présente pas trace de rupture.

Du côté des organes thoraciques on trouve les signes et les lésions d'une légère pleurésie du côté droit.

Les poumons, pas plus que les articulations, ne renferment d'abcès métastatiques.

Quant aux autres organes, ils sont parfaitement sains.

Cette observation présente donc certains points qu'il est important de mettre en relief. Ainsi, un premier fait sur lequel je veux appeler votre attention. C'est le caractère latent de la maladie, qui ne se traduit que par le développement extrême de la région du foie, sans qu'aucun symptôme accompagne cette augmentation exagérée de volume. Les lésions avancées que ce jeune garçon présentait à l'autopsie, témoignent qu'il portait son kyste depuis longtemps. Du reste, lui-même, il y a cinq ans, avait remarqué que son côté présentait un développement anormal et cependant, pendant ces cinq années, il put faire son service militaire sans être incommodé par sa maladie; et même à l'hôpital, il ne présentait en définitive, que des symptômes purement mécaniques : un peu de gêne dans la respiration à cause du volume considérable du foie qui refoulait le diaphragme dans la poitrine.

Au reste, il faut savoir que le foie est le plus souvent un organe extrêmement tolérant dans bon nombre de cas. Ainsi, ce qui se passe pour les kystes hydatiques se reproduit encore pour les abcès métastatiques des pays chauds : ils ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel. Il n'en est pas de même lorsque la section de la bile ou le tissu du foie, par exemple, sont profondément altérés, comme cela a lieu dans l'atrophie aiguë de cet organe.

Au contraire, dans certaines circonstances, le foie traduit très-vite les symptômes dont il est le siége. Vous connaissez la rapidité avec laquelle marche le cancer quand il a atteint cet organe, c'est qu'il y a dans ce cas, dans le tissu du foie, la pénétration de lésions qui vont retentir très-rapidement sur toute l'économie.

Une autre considération importante, sur laquelle je veux appeler votre attention, c'est le résultat des ponctions pratiquées chez le malade. La première fois les caractères du liquide recueilli étaient les caractères classiques que vous connaissez, puis il s'est rapidement teint d'une coloration verdâtre empruntée aux éléments de la bile. Ce fait est dû à ce qu'il s'est tout simplement produit dans ce cas un phénomène d'exhalation auquel la méthode d'aspiration n'a pas été étrangère. J'en dirais autant de la présence de l'albumine dans un liquide qui, normalement ne doit pas en contenir. Quant à la métalbumine, à la paralbumine, j'avoue que j'ignore la valeur de leur présence.

J'appellerai encore votre attention sur la quantité énorme de liquide résultant de certaines ponctions, tandisque d'autres n'en laissent sortir qu'une quantité relativement faible.

Nous avions d'abord cherché à expliquer ce fait par la supposition que nous avions probablement affaire à un kyste multiloculaire et que le trocart qui, dans certaines circonstances, donnait issue à la totalité du liquide, ne laissait échapper, d'autres fois, que celui que contenait l'une de ces poches secondaires. Mais l'autopsie nous ayant révélé l'existence d'une poche unique, il semble, pour expliquer cette différence dans les résultats obtenus que dans les circonstances où nous recueillions une quantité énorme de liquide, c'était bien celui de la poche que nous retirions, tandis que d'autres fois nous donnions simplement issue au liquide de cette vésicule hydatique renfermée dans le kyste qui venait alors se présenter au devant du trocart lorsqu'on faisait la ponction.

Enfin, un troisième point sur lequel je tiens à vous arrêter un instant, c'est la suppuration de la poche évidemment provoquée par nous, après avoir poussé dans la cavité du kyste l'injection irritante que vous vous rappelez. Cette suppuration a-t-elle eu pour effet de déterminer l'infection purulente ? Nous l'avons cru en présence de ces frissons répétés qu'éprouvait le malade et du gonflement douloureux que présentaient alors quelques articulations. Mais en voyant ces symptômes disparaître aussi rapidement, nous nous sommes demandé si ces frissons n'étaient pas tout simplement dus à la production de phénomènes inflammatoires, et s'il ne fallait pas tout simplement rattacher ce gonflement accidentel à l'état général du malade, au lieu de l'imputer à l'infection purulente. Du reste, il faut bien le reconnaître, en vertu de l'épaisseur de ses parois, et du pus de vascularisation que celle-ci présentait, la poche ne disposait guère à la résorption putride.

Enfin le malade a succombé à une péritonite généralisée. Vous vous rappelez que le moment précis du début des accidents péritonéaux remonte à cette époque où, me méfiant avec raison de la tension trop considérable que présentaient alors l'hypochondre et la région épigastrique, je crus devoir pratiquer une ponction à travers l'eschare, sans attendre que l'ouverture que je cherchais à obtenir avec le caustique de Vienne se fut produite. Faut-il croire qu'à la suite de cette opération une certaine quantité du liquide du kyste, en pénétrant dans la cavité péritonéale a déterminé par sa présence le développement d'une péritonite par épanchement ? Non évidemment. Il n'y a eu là qu'une simple coïncidence. Avant cette ponction, le malade avait déjà offert les premiers signes d'une péritonite, seulement ce fut le jour où l'on pratiqua l'opération que les douleurs se généralisèrent. Et du reste, si une certaine quantité de liquide si minime qu'elle fût s'était épanchée dans la cavité péritonéale, n'est-il pas évident que nous aurions dû la retrouver à l'autopsie, laquelle a en outre démontré que les adhérences déterminées par le caustique s'étaient faites d'une façon trop intime pour livrer passage à la moindre goutte du liquide injecté ?

Ce n'est donc pas à l'infection purulente et pas davantage à une péritonite par épanchement que le malade a succombé. Il est mort simplement à la suite d'une péritonite par propagation.

Le kyste avait détruit tout le lobe droit du foie, le péritoine n'était plus séparé de la poche suppurante que par des parois extrêmement minces, de sorte que la péritonite n'a été que le résultat de l'extension de l'inflammation à cette séreuse.

Enfin, une dernière considération, c'est que, malgré la terminaison fâcheuse de la maladie, nous n'avons absolument rien à nous reprocher à cet égard. La vie était menacée par les dimensions considérables que la tumeur avait acquises, les chances de guérison étaient complétement nulles, soit que nous abandonnassions le malade à lui-même, soit que nous eussions eu recours à un autre mode de traitement. Nous nous trouvions en présence d'une poche énorme dont la suppuration devait fatalement entraîner la mort du sujet, car jamais les parois d'un tel kyste n'auraient pu s'affaisser au point d'en oblitérer complétement la cavité. Donc, si nous avons précipité le dénouement fatal, la cause en est bien plus dans le degré auquel la maladie était arrivée que dans un traitement qui aurait été mal conçu et mal appliqué.

LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE AUX ÉTATS-UNIS

Par M. le docteur BELLTYN-HALL (de New-York).

En vertu des habitudes positives et du caractère pratique de notre nation, on s'imagine volontiers en Europe que le médecin américain n'est ni physiologiste, ni thérapeutiste. On ne lui conteste pas certaines aptitudes chirurgicales transcendantes, un véritable génie inventif pour les instruments et appareils, et une habileté opératoire de premier ordre, mais on n'a, paraît-il, qu'une confiance limitée dans ses connaissances en anatomie générale, en histologie et en chimie biologique. L'éclat des cours professés aux collèges médicaux de New-York, de Philadelphie et de Boston, pour ne pas parler des autres, proteste contre cette injuste manière de voir.

La thérapeutique aux États-Unis, se fait d'une manière extrêmement intelligente, et, à en juger par les revues médicales étrangères, nous voyons revenir chez nous, comme de prétendues nouveautés, des médications dont le Nouveau-Monde a été le berceau. J'en citerai un exemple: les médecins français qui ont si bien étudié l'épilepsie depuis dix ans, attribuent tout l'honneur de la vulgarisation, de la médication bromurée aux expérimentateurs anglais, et ils ne se réservent modestement qu'un rôle secondaire dans les succès thérapeutiques dûs à l'emploi perspicace et prolongé du bromure de potassium. Eh bien, la vérité historique n'est pas là, et je le dis ici sans vouloir désobliger qui que ce soit.

Dès 1850, et même un peu auparavant, nous expérimentions le bromure de potassium en Amérique contre l'épilepsie, et c'est de chez nous, de nos services hospitaliers et de nos recueils scientifiques, que sont parties les premières observations de guérisons. L'Angleterre n'a été pendant longtemps que l'entrepositaire discrète de notre mode de traitement, sans rien y ajouter. La France, l'Italie et l'Allemagne, continuaient à traiter les épileptiques avec la valériane, la belladone, l'atropine, les préparations de zinc, le valérianate d'ammoniaque, le bleu de Prusse, le nitrate d'argent, le camphre ou le galium album, et à enregistrer douloureusement un revers à chaque lit, lorsque le cri d'Archimède finit enfin par être poussé à Paris, puis à Venise et à Munich. On avait *trouvé* le bromure de potassium!

Il y a donc un quart de siècle que nous traitons avec la plus constante fidélité en Amérique, tous nos épileptiques, par la médication bromurée. En récapitulant seulement depuis dix ans, de 1865 à 1875, les résultats publiés dans les rapports officiels qui émanent des principaux établissements hospitaliers et asiles d'aliénés, voici sur 100 cas d'épilepsie, à quels chiffres on arrive: guérisons absolues et se soutenant depuis plus de cinq ans, 11; guérisons paraissant certaines, mais datant de moins de cinq ans, 17; améliorations extrêmement remarquables, 31; améliorations très-appréciables, 20; insuccès, 21; total: 100.

La guérison d'un malade dépend d'ordinaire du sel employé, et il est encore bien difficile d'obtenir aujourd'hui, dans le commerce, un bromure chimiquement pur. Dans ma pratique spéciale, je me sers souvent d'une préparation française, qui me semble à peu près irréprochable, le sirop de Henry Mure, qui est très-connu et très-fréquemment prescrit à New-York. Au lieu de déterminer, comme tant d'autres produits analogues, de l'irritation gastrique, de l'inappétence et de la diarrhée, il est stomachique, agréable, apéritif et tonique. On l'a beaucoup imité ici, et l'on en a fait de nombreuses contrefaçons.

Ainsi que je l'ai dit récemment « je crois fermement à la curabilité des névroses convulsives par la médication bromurée, et, dans mon opinion, le sirop de Henry Mure est le sulfate de quinine de l'épilepsie et de l'hystérie. Je n'étonnerai donc pas les médecins adonnés à la pratique des maladies nerveuses en leur disant que je compte aujourd'hui 52 pour 100 d'épileptiques guéris. La proportion des hystériques et des choréiques est bien autrement considérable. »

Dans l'épilepsie, ce qui importe au premier chef, c'est de décongestionner les méninges, le cerveau et la moelle épinière, de produire sur tout le système nerveux une sédation marquée et durable, et de faire perdre à l'économie l'aptitude presque périodique à entrer en convulsions. Or, nul médicament ne produit ces effets à un plus haut degré que le bromure de potassium, lors qu'il est chimiquement pur, comme dans le sirop de Henry Mure, et qu'il est sagement administré, car la tendance actuelle est de dépasser sensiblement les doses moyennes, qui varient de 3 à 5 grammes par jour chez les femmes, et de 5 à 7 grammes chez les hommes.

Telle est notre pratique courante, en Amérique, comme nous comptons encore passablement d'insuccès, ainsi qu'on l'a vu, et que nous ne considérons point les épileptiques comme des parias, mais comme des citoyens libres, nous essayons chez eux toutes les nouveautés pharmacologiques que l'on préconise à l'étranger. Le bromure de camphre est absolument inerte, le bromure ferrugineux constitue une incompatibilité; le bromure arsenical est une association fâcheuse; l'ergot de seigle, le nitrite d'amyle et la picrotoxine sont des agents dangereux; les bromures de calcium, de sodium, de lithium et d'ammonium, sont complétement inefficaces; les mélanges polybromurés sont des non-sens, mais nous tentons cependant les expérimentations avec une grande bonne foi. Il y a plus encore: dès qu'un paquebot nous apporte d'Angleterre ou de France un remède nouveau contre l'épilepsie, nous partageons en deux fractions égales les convulsifs non traités encore et qui entrent dans nos services et nous donnons parallèlement, aux uns la primeur, et aux autres l'antique bromure de potassium. Il arrive alors ce que l'on ne devine que trop, c'est que la primeur a perdu toute sa prétendue efficacité en traversant l'Atlantique et que nous n'avons plus qu'à former des vœux pour la stabilité thérapeutique des médecins du continent. Mais nos vœux sont bien stériles.

En somme, nous traitons ici tous nos épileptiques, sans aucune exception. Après avoir été les premiers à expérimenter le bromure de potassium, il y a vingt-cinq ans, nous avons adopté le mode d'administration — graduel et permanent — que les illustrations médicales de France ont prescrit avec tant de justesse et nous avons le bon esprit de savoir nous y tenir. Grâce au sirop de Henry Mure, au bromure de potassium (exempt de chlorure et d'iodure), l'épilepsie n'est plus comme autrefois la honte de la médecine, mais une affection nerveuse essentiellement curable. Il faut savoir le dire et le répéter, car notre état actuel de civilisation et de progrès ne permet plus de laisser un seul épileptique sans traitement, abandonné à lui-même et au plus périlleux hasard, ou livré aux plus sombres inspirations d'un désespoir devenu inconscient.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend:

1° des lettres de MM. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, et Léon Le Fort, professeur à la Faculté de médecine de Paris, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

2° Une note de M. le docteur Lajoux sur la *prédiction du sexe et de la force de l'enfant* (Comm.: MM. Delpech et Moreau).

LECTURE

M. RIGAUD, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, lit un mémoire intitulé: *Du rôle des muscles dans les luxations traumatiques.*

Voici les conclusions de ce travail:

1° Les muscles n'interviennent jamais directement pour effectuer les luxations traumatiques.

2° Les déplacements consécutifs que les os luxés éprouvent dans leurs rapports anormaux sont essentiellement produits par l'action des muscles.

3° Dans la méthode rationnelle de la réduction des luxations traumatiques par rétrogradation, les muscles ne s'opposent jamais et ne peuvent pas s'opposer à la réintégration des os luxés dans leurs rapports naturels; au contraire même, souvent ils y concourent. (Comm.: MM. Larrey, Richet, Gosselin).

RAPPORT

M. PERSONNE, au nom de la commission des remèdes secrets et normaux, lit une série de rapports, dont les conclusions négatives sont adoptées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ET D'APPAREILS

M. TRASBOT, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, présente des pièces anatomiques provenant d'une pouliche de dix-huit mois, morte récemment dans son service, et dont l'observation se résume en ces termes, au point de vue des lésions trouvées à l'autopsie : endocardite chronique avec végétations et insuffisances de la valvule mitrale; végétations et insuffisances des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire; large dilatation, végétation et insuffisance de la valvule tricuspide.

M. Trasbot appelle l'attention sur un point des commémoratifs. Lorsqu'elle était âgée d'un an, cette pouliche fut prise subitement d'une boiterie intense du membre droit, avec engorgement rouge et douloureux du boulet et du paturon. Cette boiterie dura trois semaines environ et devait être très-probablement de nature rhumatismale. Ce serait donc une nouvelle confirmation de la loi de coïncidence établie par M. Bouillaud entre les maladies du cœur et les rhumatismes (Comm.: MM. Bouillaud, Goubaux et Bouley).

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 décembre 1875.— Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. PRAVAZ (de Lyon), membre correspondant, assiste à la séance.

RAPPORT

M. VOISIN lit le rapport suivant sur la candidature de M. Guichard de Choisity, au titre de membre correspondant.

M. le docteur Guichard (de Choisity), médecin adjoint des hôpitaux (de Marseille), secrétaire de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux, adresse à la Société de médecine de Paris une lettre de demande de membre correspondant de notre Société, et à l'appui de sa demande, sa thèse, un mémoire sur le rash dans la variole, et deux opuscules, qui renferment la traduction de leçons et de mémoires du professeur Schiff.

1° La thèse soutenue à Paris en 1868, est intitulée : *Quelques mots sur le phlegmon des ligaments larges.* Dans ce travail, M. Guichard donne une étude complète de cette affection, fait l'énumération des différentes formes de phlegmon admises par MM. Monnat et Gallard, et des symptômes. Il insiste avec raison sur le signe diagnostique décrit par M. Béhier, c'est-à-dire sur la sensation d'un cordon dur, qui se rend d'une corne de l'utérus à l'épine iliaque antéro-postérieure, et que l'on peut découvrir en saisissant le fond de l'utérus avec le pouce et le médius de la main droite, et en faisant glisser ces deux doigts le long des côtés de l'organe.

Je regrette que, à propos de la terminaison par suppuration, notre confrère n'ait pas insisté sur la nécessité de frayer de bonne heure au pus une voie à l'extérieur, au lieu de laisser la collection purulente s'ouvrir d'elle-même, soit à l'extérieur, soit dans les cavités naturelles.

2° Le mémoire sur le rash renferme deux observations intéressantes de mort rapide survenue quelques heures après l'apparition d'un rash dans la première période de la variole.

3° Un des deux autres opuscules offerts par M. Guichard porte le titre suivant : *De l'inflammation et de la circulation*, par le professeur Schiff. Il renferme une série de leçons et de mémoires de Schiff sur l'inflammation, la pathologie cellulaire et sur la pression veineuse comme cause de l'œdème; sur l'influence du système nerveux sur la circulation et quelques expériences de transfusion du sang, sur les nerfs cardiaques, et le nerf vassal considéré comme nerf accélérateur des mouvements cardiaques.

Voici les principaux points qui sont exposés dans ces mémoires. Schiff admet la doctrine et les expériences de Cohnheim sur le passage des globules blancs à travers les parois vasculaires enflammées, et la participation indispensable des vaisseaux à la formation du pus, l'origine commune des globules blancs et des globules de pus.

Au sujet de l'opinion de Ranvier, que l'œdème suppose non pas seulement l'oblitération de veines, mais la participation nécessaire de l'affaiblissement ou de la paralysie du système nerveux ou des nerfs vaso-moteurs de la partie correspondante, Schiff a fait de nombreuses expériences, desquelles il conclut que l'oblitération temporaire de toutes les veines d'une région produit toujours l'œdème.

Le deuxième opuscule envoyé par M. Guichard est intitulé : *La pupille considérée comme esthésiomètre*, et est, comme le précédent, une traduction d'un mémoire du professeur Schiff; mémoire consacré à l'étude de l'état de la pupille pendant la chloroformisation.

Vous savez que le docteur Budin, et un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Coyne, ont écrit que, lorsque dans la chloroformisation la sensibilité est presque éteinte, la pupille, jusqu'alors dilatée, se rétrécit, et que l'anesthésie chirurgicale n'est complète que lorsque toute forte excitation de la sensibilité ne produit aucune dilatation réflexe de la pupille et qu'il y a atrésie de la pupille.

Schiff professe une opinion diamétralement opposée, à savoir que la dilatation pupillaire est la règle dans la narcose chloroformique.

« Ce qui est constant, dit-il, c'est que la pupille est toujours dilatée lorsque commence la narcose chloroformique, et reste dilatée jusqu'après la complète résolution de l'animal. »

Cette divergence d'opinions entre des observateurs également recommandables, résulte encore des travaux de Simpson (*Monthly Journal*, déc. 1847), de Thiernesse (*Gaz. méd. de Paris*, 1848, n° 35); de Jungken (*Deutsche Klinik*, 1851, n°s 5 et 6); de Dogiel (*Müller's archiv.*, 1866, p. 231), et de Gubler. Tous ils ont vu la pupille se dilater pendant la narcose chloroformique.

J'ai pensé qu'il serait intéressant de vous faire connaître l'opinion d'hommes chargés de produire la narcose chloroformique prolongée chez les femmes opérées d'ovariatomie, par Kœberlé et de Péan.

Voici la note que M. Elser (de Strasbourg) a bien voulu me transmettre :

« Généralement, la pupille est dilatée sous l'influence de la narcose chloroformique; mais cette dilatation n'est en rapport ni avec la durée, ni avec l'intensité du sommeil; il paraît y avoir à cet égard de grandes variétés individuelles.

Somme toute, l'examen de la pupille est un critérium peu fidèle relativement à l'action du chloroforme. Jamais M. Elser ne s'est guidé sur ce signe; l'état de résolution des muscles de la respiration et du pouls fournissent des données bien plus utiles. »

Je tiens, d'autre part, du docteur Péan, les renseignements suivants, écrits par son aide M. Barrault :

« Sous l'influence des inhalations de chloroforme, la pupille subit certainement des modifications :

1° Elle se contracte ;

2° Devient immobile.

1° Le *resserrement* ne devient bien apparent qu'au moment où l'on approche de la résolution musculaire générale, ou même lorsque celle-ci s'est déjà produite. S'établit-il lentement et graduellement ou, au contraire, presque subitement comme la résolution musculaire générale; je n'ai pas encore pensé à rechercher ce fait.

La contraction pupillaire, sous l'influence du chloroforme, me paraît être un fait constant (plus loin, on trouvera pourtant l'indication des exceptions); mais elle est éminemment *variable avec les individus*, et cela, à ce que je crois, indépendamment de la quantité de chloroforme inhalée et des degrés de l'anesthésie obtenue. Ainsi, chez quelques malades, — en fort petit nombre, — j'ai vu la pupille fortement contractée, n'avoir qu'une ouverture égale à une tête d'épingle; chez d'autres, au contraire, et c'est la grande majorité, presque la règle, l'orifice pupillaire se rétrécit seulement comme il le fait

lorsque l'œil est dirigé vers un *jour* un peu vif. (Ces ouvertures pupillaires correspondant, dans les deux cas, au degré *summum* où il est possible de conduire sans danger l'anesthésie chloroformique.)

Toutefois, *pour un même sujet*, il m'a semblé que le degré de resserrement de la pupille était bien en rapport avec la profondeur plus ou moins grande de l'insensibilité obtenue.

2° *La pupille devient immobile* lorsque, soulevant la paupière, on laisse des faisceaux lumineux tomber sur la rétine. Ce serait donc cette dernière qui serait devenue insensible.

Ce second signe est bien plus facile à saisir que le resserrement pupillaire, car ce dernier est parfois si peu marqué, chez certains sujets, qu'on pourrait hésiter.

L'immobilité est un phénomène constant, je ne l'ai jamais vu manquer. C'est le signe auquel j'attache le plus de valeur pour me renseigner sur l'état d'insensibilité du sujet.

L'immobilité pupillaire se produit avec la résolution musculaire générale, je le crois, du moins. Dès qu'elle cesse, l'anesthésie n'est plus parfaite, et il faut revenir aux inhalations chloroformiques.

Toutefois, la pupille étant bien immobile, le malade supportant sans se plaindre aucunement les divers temps de l'opération ; en un mot, l'anesthésie paraissant suffisante, il peut se faire, si l'on vient à pratiquer une manœuvre plus douloureuse que toutes les autres ou à agir sur un organe plus sensible, que l'immobilité pupillaire disparaisse ou moment où la violente douleur est sentie par le malade. Mais si le temps douloureux a été court, dès qu'il cesse la pupille revient d'elle-même à l'immobilité, et elle reprend en même temps un degré de resserrement à peu près analogue à celui qu'elle avait avant.

En résumé, si j'ai bien vu, la pupille deviendrait le siége de deux phénomènes : 1° immobilité, 2° resserrement.

L'*immobilité* serait le signe indiquant par excellence que le degré d'immobilité communément recherché pour les opérations chirurgicales est atteint.

Le *resserrement*, par contre, et bien qu'il soit variable avec les individus, pourrait, pour un même sujet, suivant le degré plus ou moins prononcé auquel il atteint, renseigner sur la profondeur de l'anesthésie obtenue.

J'ai dit que quelques malades ne présentaient à aucun moment de resserrement pupillaire. Au contraire, dans ce cas, il y a une dilatation considérable. Mais en même temps on remarque que la face, loin de pâlir, se colore, les joues se plaquent de rouge, la respiration est un peu embarrassée, en un mot, il y a des phénomènes d'asphyxie, quels que soient les soins et les doses que l'on emploie pour donner l'anesthésique. Assez souvent, les malades sont mal endormis et se plaignent sous le bistouri. Si l'on veut pousser l'anesthésie plus loin, en multipliant les vapeurs, la respiration s'embarrasse tout à fait, devient ronflante, stertoreuse, malgré qu'on ait la précaution de tenir la langue attirée hors de la bouche, d'enlever les mucosités et de faciliter l'entrée de l'air dans le poumon. »

Ces deux notes, provenant d'observateurs consciencieux, rappellent cette pensée de Schiff, que la différence qui existe entre les résultats donnés par Budin et les siens, s'explique peut-être en admettant que le chloroforme, qui est maintenant en usage à Paris est, par sa préparation et sa conservation un peu différent de celui qu'il emploie à Florence. Schiff ajoute que du chloroforme pris à Berlin, à Bone et à Londres, a produit les mêmes effets que celui de Florence.

En résumé, le chloroforme employé par des médecins également bons observateurs, jusqu'à la narcose absolue, produit sur la pupille des effets tout à fait différents, qui ne permettent pas de compter sur la forme pour juger de l'action du chloroforme.

Vous pouvez juger, messieurs, par ces citations de l'intérêt que présentent les mémoires que nous a adressés M. Guichard à l'appui de sa candidature.

Notre confrère est, de plus, médecin adjoint des hôpitaux de Marseille, membre des sociétés médico-chirurgicale et de médecine de cette ville. Il est ancien interne des hôpitaux de Marseille; médaille du choléra de 1865; docteur en médecine de la Faculté de Paris; vice-secrétaire de l'Association médicale des Bouches-du-Rhône.

Il me paraît devoir être pour la Société un correspondant utile et honorable.

Aussi j'ai l'honneur de vous proposer de le nommer membre correspondant de notre Société.

DISCUSSION

M. FORGET demande à M. Voisin si, dans son rapport il a trouvé les éléments nécessaires pour fixer l'état de la pupille correspondant à l'anesthésie parfaite, et indiquant cette anesthésie.

M. VOISIN ne peut rien préciser, il constate la divergence des opinions.

M. FORGET. A l'hôpital de la Pitié, M. Labbé a fait de nombreuses expériences, desquelles il résulte pour lui que l'atrésie de la pupille correspond à l'anesthésie complète, et indique le moment auquel on peut commencer et continuer l'opération. Pour moi, je crois que c'est là chose assez dangereuse, car j'ai vu la dilatation être l'état normal pendant l'anesthésie, et le danger commence avec l'atrésie pupillaire.

M. LUNIER. Partant de ce principe que l'effet chloroformique annihile ces formes nerveuses, j'ai pensé jusqu'ici qu'il s'ensuivait l'immobilité de la pupille. Mais s'il se produit aussi du rétrécissement, il y a lieu de tenir compte de ce phénomène.

M. VOISIN, Schiff soutient que la dilatation est l'effet produit, MM. Labbé, Coyne et Budin affirment que c'est le rétrécissement. J'ai là une note de M. Péan, qui indique, comme caractère de la narcose chloroformique l'immobilité, soit à demi rétrécissement, soit davantage, considérant la dilatation comme un indice d'asphyxie. Les observateurs sont donc loin de s'entendre.

M. LUNIER. Si j'ai bien compris, le chloroforme arrivé à l'effet anesthésique saisirait la pupille dans l'état où elle se trouverait à ce moment. Dans ce cas, il n'y aurait lieu de s'occuper de ses changements qu'à l'instant où la dilatation indiquerait le commencement du danger.

M. DE SAINT-GERMAIN. Depuis les expériences faites à la Pitié, j'ai observé moi-même sur mes malades, or l'on sait combien l'emploi du chloroforme est répandu à l'hôpital des Enfants. Eh bien, lors même qu'on pousse très-loin la narcose, on n'arrive jamais à l'atrésie. Ce que l'on obtient habituellement, c'est la dilatation et l'immobilité.

M. FORGET. Je suis heureux que mon observation ait amené de la part de M. de Saint-Germain cette affirmation qui concorde avec ce que j'ai vu jusqu'à présent. *(A suivre.)*

NÉCROLOGIE

CAFFE

Le corps médical de Paris vient de faire récemment une perte qui sera d'autant plus vivement sentie qu'il s'agit d'un de nos confrères le plus généralement aimés et estimés. M. le docteur Caffe, l'un des vétérans de la *Presse médicale*, a succombé à l'âge de soixante-treize ans aux suites de la longue maladie qui l'avait tenu depuis plus d'un an éloigné de Paris. M. Caffe ne devait pas seulement sa notoriété au journalisme, il la devait aussi pour une grande partie à l'enseignement et à la pratique, où il s'était également distingué, et surtout aux nobles qualités du cœur, qui avaient groupé autour de lui un grand nombre d'amis et de clients.

M. Caffe, qui avait brillamment inauguré sa carrière par l'enseignement des maladies des yeux, qu'il avait étudiées sous l'excellente direction du professeur Sanson, et par quelques travaux justement estimés sur cette branche si importante de la chirurgie, s'était plus particulièrement consacré par la suite au journalisme. Il était depuis plus de quarante ans rédacteur en chef du *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie*. Doué d'un grand esprit de droiture et d'indépendance et vivement pénétré du sentiment de dignité professionnelle, il s'est surtout distingué dans sa carrière de publiciste par la poursuite des abus qui entravent ou compromettent si souvent l'exercice de la médecine et la recherche de toutes les améliorations et de tous les progrès susceptibles de l'élever. Comme journaliste et comme praticien, M. Caffe avait su se créer de bonne

heure une très-honorable situation et un rang distingué qu'il a toujours maintenus intacts. Aussi ne comptait-il que des amis parmi ses confrères de Paris, et sa mort est pour tous un motif de sincères regrets.

Mais ce n'est pas seulement pour le corps médical que la mort de Caffe est une perte sensible. La Savoie, sa première patrie, perd en lui un citoyen qui ne l'a pas moins honorée par ses qualités personnelles que par l'ardent amour qu'il a toujours professé pour elle. Avant comme après l'annexion, il était le centre de la Société savoisienne de Paris. C'est à lui qu'était due l'initiative de la fondation de l'association de bienfaisance savoisienne dont il était resté le président d'honneur et qui depuis nombre d'années lui a fourni l'occasion de rendre à ses compatriotes les plus grands services, plaçant les uns, secourant les autres, donnant à tous des soins affectueux ou des conseils utiles.

Caffe ne s'est pas borné à ces bienfaits, qu'il a répandus si largement pendant sa vie, il a voulu les perpétuer après sa mort; et ses largesses se sont également partagées entre ses deux patries, sa patrie d'origine et sa patrie d'adoption. Il a légué à l'association générale des médecins de France une somme de 20,000 francs, destinée à accroître l'avoir de la caisse des retraites; il a légué à l'Académie de Savoie une somme de 25,000 francs, dont le revenu devra servir à la fondation d'un prix à décerner tous les deux ans. Enfin il a laissé à sa ville natale, à Chambéry, ses propriétés de Cognin-Saint-Cassin et Montagnel, dont le revenu sera affecté à l'entretien d'écoles laïques dans cette ville.

Aussi la ville de Chambéry, où il a voulu être inhumé, lui a-t-elle fait de magnifiques funérailles. Le consul d'Italie, dans un discours émouvant, a rappelé le dévouement de Caffe aux Italiens malheureux de Paris; l'un des députés de la Savoie, M. Parent a pris la parole au nom de tous ses compatriotes résidant à Paris, et qui étaient toujours sûrs de trouver en lui un protecteur éclairé, un ami et un bienfaiteur. M. Guilband, président de l'association locale des médecins de la Savoie a parlé au nom des nombreux médecins de cette contrée qui étaient venus lui rendre les derniers devoirs. Enfin le maire de Chambéry, M. Roissard, a dit avec éloquence ce qu'avait été Caffe dans la vie publique et dans les événements politiques auxquels il avait été mêlé.

Ni la fortune ni les honneurs n'avaient manqué à notre confrère. Il était officier de la Légion d'honneur et de l'Instruction publique, commandeur de l'ordre des Saints-Maurice et Lazare, décoré de l'ordre de la couronne d'Italie, d'Isabelle la Catholique, du Christ du Brésil, de Charles III d'Espagne, etc. Mais ces biens et ces honneurs et toutes ces conditions d'existence à la fois large et généreuse qui semblaient lui constituer un milieu de bonheur, ont eu plus d'une fois dans sa vie de tristes compensations dans les plus douloureuses épreuves, et il n'est nul d'entre nous qui ne se souvienne encore avec émotion de la perte cruelle qui a frappé si vivement du même coup le père et le gendre, l'un de nos plus distingués confrères. Aussi ne pouvons-nous exprimer ici nos vifs regrets et notre respect affectueux pour la mémoire de Caffe sans y joindre un sentiment de vive sympathie pour notre cher confrère M. Cornil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Paris. — La chaire de minéralogie est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *École de médecine de Caen.* — La distribution des prix pour l'année scolaire 1874-1875 a donné les résultats suivants :

Élèves en médecine. — 1re année. — 1er prix, M. Cartier. — 2e prix, M. Droullon.

2e année. — 1er prix, M. Yvon. — Mentions honorables : 1° M. Lemarignier; 2° M. Debierre.

Elèves en pharmacie. — 2e année. — 1er prix, M. Pigeon.

Prix Le Sauvage. — Concours de 1875. — 1er prix, M. Brionne. — 2e prix, M. Luce. — Mention honorable, M. Leménicier.

— *Corps de santé militaire.* — Sont proposés : 1° pour le grade de médecin principal de 1re classe : MM. Villemin, Vedrènes, Chapuy, Roudet, Champouillon, Maffre, Alix, Cuignet, Suret, Thierry de Maugras, Reeb, Mutel, Raoult-Deslongchamps, Leroux et Rozan.

2° Pour le grade de médecin principal de 2e classe : MM. Claudel, Costa, Lavigne, Messager, Raoult, Azaïs, Servier, Rizet, Duval, Cochu, Leplat, Arnould, Hamel, Sarazin, Papillon, Morache, Lagarde, Vallin, Hattute, Barberet, Aron, Muller, Mathieu, Libermann et Mourlon.

3° Pour le grade de médecin-major de 1re classe : MM. Noizet, Haro, Bontemps, Boudon, Boutonnier, Jacob, Fouque, Milon, Baldy, Biebuyck, Combier, Chauvel, Jean, Rebstock, Massoutié, Dieu, Lanoaille de Lachèze, Pingaud, Émery-Desbrousses, Papillon, Reech, Moussu, Janson, Pasquet, Nogier, Tardif, Poirée, Warion, Bresson et Sommeillier.

4° Pour le grade de médecin-major de 2e classe : MM. Bros, Tibal, Benoit, Martino, Aron, Guillemin, Ringeisen, Granjean, Colin, Billet, Linon, Davignon, André, Perrot, Gentit, Lavat, Lelorrain, Dornier, Strauss, Sedan, Zuber, Passot, Pau de Saint-Martin, Catteau, Ocana, Dubarry, Beauregard, Bodros, Doubre, Cottel, Lubanski, Laffitte, Anziani, Bois et Renaud.

— *Muséum.* — M. Renault (Bernard), docteur ès sciences, est nommé aide naturaliste au muséum pour être attaché à la chaire de botanique (organographie et physiologie), emploi nouveau.

M. Thominot, attaché depuis 1853 au laboratoire d'ichthyologie et d'erpétologie en qualité d'employé à la journée, est nommé préparateur de ladite chaire, en remplacement de M. Bocourt, appelé à d'autres fonctions.

— La *Gazette médicale de l'Algérie* nous annonce la mort très-regrettable de M. le docteur Perron, ancien directeur du collége arabe-français d'Alger, orientaliste éminent et l'un de ses plus distingués collaborateurs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 18. — SAMEDI 12 FÉVRIER 1876 49e ANNÉE. SAMEDI 12 FÉVRIER 1876. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la diapédèse des leucocytes chez l'homme, démontrée par l'anatomie pathologique.

Notre collaborateur, M. Revillout, signalait hier, à propos de la question de la leucocytose soulevée devant l'Académie de médecine, la connexité étroite qui rattache à cette question un très-court, mais très-remarquable travail que vient de publier tout récemment M. le docteur Léon Colin (du Val-de-Grâce) sur la diapédèse des leucocytes chez l'homme. Nous saisissons cette occasion pour exposer ici, en quelques mots, les résultats des observations cliniques intéressantes que M. Colin a faites à cet égard, et qui viennent prouver une fois de plus que si la physiologie expérimentale éclaire la pathologie et l'enrichit journellement de ses utiles découvertes, la pathologie lui rend souvent aussi d'inestimables services.

La question de savoir si, dans certaines conditions physiologiques ou morbides, les leucocytes traversent par transsudation ou diapédèse les parois des vaisseaux, pour venir se répandre ou se déposer dans les tissus voisins, était une question presque absolument insoluble, faute de pouvoir constater d'une manière certaine les traces de leur passage ou de leur séjour, vu l'absence de coloration de ces globules.

On a cherché, il est vrai, à lever la difficulté en injectant des matières colorantes dans le sang des animaux soumis aux expériences. Mais la validité même de ces expériences a été contestée, des causes d'erreurs en ont pu altérer la signification ; de sorte que la question était encore à l'étude et les pathologistes restaient partagés entre ces deux opinions, savoir si le phénomène de la diapédèse est réel, ou si ce que l'on a cru pouvoir expliquer par la transsudation des leucocytes n'était pas le fait d'une prolifération ou d'une genèse sur place de corpuscules lymphatiques au pourtour même des parois vasculaires.

C'était à la pathologie qu'il appartenait d'éclairer la question, et à M. Colin d'en être l'intelligent interprète. Il existe précisément, dit-il, un état de l'organisme dans lequel la coloration que l'on a cherché à imprimer aux leucocytes, dans les expériences, a lieu naturellement, et cet état, dont l'étude a amené notre savant confrère à considérer la diapédèse des leucocytes comme un fait normal chez l'homme, c'est l'intoxication palustre.

En décembre 1872, M. Colin présentait à l'Académie des sciences, et plus tard aux Sociétés de biologie et des hôpitaux, une note sur la migration du pigment sanguin à travers les parois vasculaires dans la mélanémie palustre. Il signalait, dès cette époque, l'existence de deux lésions remarquables dans l'intoxication palustre et la mélanémie, qui en est la conséquence : d'une part, une accumulation plus ou moins considérable du pigment dans la pulpe splénique ; d'autre part, des dépôts pigmentaires dans différents tissus, spécialement dans ceux qui sont en contact le plus intime avec le sang, dans les parois vasculaires. Or l'intermédiaire actif de cette migration, ce serait précisément les leucocytes qui saisissent et enveloppent les corpuscules étrangers se trouvant à leur contact et qui, grâce à leurs mouvements amiboïdes, peuvent pénétrer à travers la paroi des petits vaisseaux et s'épancher dans les tissus.

Depuis l'époque où M. Colin a fait cette communication, la doctrine de la migration des leucocytes chargés de pigment mélanique a reçu une confirmation nouvelle de la part de différents observateurs, et, en particulier, de MM. Cornil et Ranvier, de M. Kelsch et de M. le professeur Rouget (de Montpellier).

De cette série d'études et de recherches se confirmant les unes les autres, il résulterait — et ce sont là les conclusions de ce nouveau travail de M. Léon Colin — que la mélanémie palustre constitue, chez l'homme, un état comparable aux conditions recherchées par les expérimentateurs pour rendre appréciable l'extravasation des leucocytes par diapédèse.

Que dans cette affection le pigment marque, pour ainsi dire, les leucocytes, et que la marque reste après leur passage.

Si la coloration pigmentaire des leucocytes rend leur migration appréciable, la logique veut que cette migration puisse s'accomplir, sans être perceptible, dans d'autres états morbides et même dans des états physiologiques.

En un mot, la diapédèse des leucocytes est, chez l'homme, un fait désormais démontré constant, soit en santé, soit en maladie, mais qui n'est reconnaissable que dans la mélanémie.

Élargissant le champ de ces premières conclusions, M. Léon Colin montre comment chez les malades la migration est d'autant plus active que la chaleur fébrile est plus intense, la ten-

sion vasculaire et l'impulsion du liquide sanguin contribuant à cette suractivité. C'est ce qui explique comment, dans les pays où règne la malaria, il est commun de voir rapidement apparaître, chez les fébricitants, la teinte jaune terreuse qui est un des premiers indices de l'intoxication tellurique et de la pigmentation générale des tissus.

C'est en vertu du même fait que M. Colin se croit fondé à admettre que dans toute pyrexie autre que les pyrexies palustres, de même que dans toute maladie à réaction fébrile (pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, etc.), il y a également une abondante extravasation de leucocytes, mais de leucocytes non colorés, de globules blancs normaux, d'où la pâleur des téguments se substituant à leur teinte plus ou moins rouge. Enfin la migration des leucocytes, serait une des principales conditions du processus morbide dans certaines maladies fébriles et notamment dans la variole commune où ils constitueraient une proportion notable du contenu des alvéoles qui se creusent dans la couche moyenne du réseau de Malpighi, ainsi que cela paraît ressortir des recherches récentes de plusieurs micrographes, confirmées par M. Vulpian.

C'est avec des études de ce genre que l'on arrive à éclairer et à seconder l'une par l'autre, la physiologie et la pathologie.

Du pansement simple dans le traitement des plaies avec perte de substance.

Au moment où de tous côtés on discute la valeur de pansements nouvellement vantés, le pansement ouaté, le pansement de Lister, etc., il n'est pas sans intérêt de savoir ce que produisent les anciens pansements classiques modifiés peu à peu avec le temps, et mis en rapport avec les découvertes physiologiques.

M. Souilhé a recueilli dans le service de M. Desprès, les observations de toutes les plaies consécutives à des ablations de tumeurs traitées par le pansement simple. Ces faits sont au nombre de vingt-huit. Il y a dix-neuf ablations de tumeurs du sein chez des femmes d'un âge même avancé, et pour des tumeurs qui pesaient jusqu'à neuf livres. Sur ces dix-neuf cas il y a eu dix-neuf guérisons. Neuf ablations de tumeurs diverses n'ont donné lieu qu'une seule fois à la mort ; il s'agissait d'un gros encéphaloïde du creux de l'aisselle; la malade a succombé à une pleurésie du côté opposé ; mais il y a lieu de croire qu'elle avait été provoquée par une embolie veineuse partie du fond de la plaie.

Le pansement simple modifié par M. Desprès est fait de la sorte : on applique dans la plaie non réunie, un gâteau de charpie imbibée d'alcool camphré, méthode recommandée, on le sait, par Batailhé et mise en usage par Nélaton et ses élèves; la plaie est ensuite recouverte d'un linge troué enduit de cérat, et ce linge est recouvert de charpie et de linges mouillés que l'on maintient par un bandage approprié. Le pansement est arrosé toutes les trois heures. Tous les jours le pansement est renouvelé, à l'exception de la charpie qui se détache d'elle-même le neuvième jour.

A partir du moment où la charpie a été détachée par le pus, on pose simplement un linge troué enduit de cérat et placé sur la plaie. Un gâteau de charpie recouvre le linge troué, et l'on n'arrose plus le pansement. C'est ici qu'il existe une différence entre le pansement de M. Desprès et les pansements dits à l'alcool, où, jusqu'à guérison de la plaie, on emploie les lotions alcoolisées et les pansements humectés avec l'alcool pur ou étendu d'eau. M. Desprès juge que le pus maintient assez humide la plaie après le dixième jour.

Les conclusions du travail de M. Souilhé sont les suivantes :

Pour toute plaie avec perte de substance, la réunion immédiate est mauvaise.

Le pansement simple employé par les chirurgiens qui arrosent les plaies et les pièces de pansement avec l'eau et l'alcool camphré, est le traitement physiologique des plaies des parties molles avec perte de substance.

Le pansement simple, à l'inverse de ce qui a été proposé par les chirurgiens qui, par tous les moyens, cherchent à cacher la plaie, doit être renouvelé tous les jours, afin de surveiller le travail de réparation de la plaie.

Traitement de la folie et de quelques autres névroses par la lumière colorée.

Voilà une méthode de traitement qui n'est assurément pas banale et dont l'idée ne serait pas venue à tout le monde. Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de quelques tentatives heureuses de la transfusion du sang dans le traitement de quelques formes de l'aliénation mentale. L'idée ne manquait pas déjà de quelque originalité. Mais voici qu'il nous arrive des mêmes contrées une pensée beaucoup plus originale encore, celle d'en appeler pour le traitement de la folie à la coopération de la lumière solaire et de faire, comme les photographes, du soleil notre collaborateur.

On comprend que cette pensée n'a pu germer que dans la tête d'un physicien. C'est, en effet, à l'éminent physicien et astronome le Père Secchi (de Rome), que nous en sommes redevables. Ou plutôt c'est M. le docteur Ponza, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, qui a l'honneur de l'initiative, et le Père Secchi qui lui a fourni les instructions nécessaires pour mettre l'idée à exécution.

Quoiqu'il en soit, le fait est trop curieux pour que nous ne croyions pas devoir reproduire ici, sans en rien retrancher, la communication suivante que M. le docteur Ponza a faite récemment sur ce sujet aux membres de la Société médico-psychologique de Paris.

« Je venais de lire dans les journaux, qu'un capitaine de la marine anglaise, était arrivé, après des expériences très-suivies, à accroître énormément l'embonpoint de certains animaux en les faisant vivre continuellement sous l'influence de la lumière violette, et à obtenir un développement extraordinaire de végétation, soit des fruits, soit des légumes, en les couvrant de cloches de verre violet : vivement intéressé, j'écrivis immédiatement au savant et éminent Père Secchi, pour lui demander si l'heureuse influence de la lumière était due à ses propriétés électro-chimiques. L'illustre directeur de l'observatoire astronomique du Collége romain s'empressa de me répondre ce qui suit :

« L'idée d'étudier les troubles des aliénés, en rapport avec les perturbations magnétiques, et avec la lumière colorée et surtout violette, du soleil, est d'une importance remarquable, et je la crois bien digne d'être cultivée.

« Jusqu'à présent, on n'a pas encore, que je sache du moins, fait d'observations sur l'influence de la lumière colorée, ou pour mieux dire, de la lumière violette du soleil; il me semble qu'il serait très-important de faire une semblable étude.

« La lumière violette est, sans en pouvoir douter, celle qui agit chimiquement sur les végétaux; j'ignore si elle est aussi active sur les animaux.

« La solution pratique du problème pourrait se réduire à expérimenter sur des aliénés ou sur des malades atteints de névropathies, l'action des rayons moins réfrangibles du spectre solaire, car, on ne peut créer de la lumière violette autrement

qu'en soustrayant de la lumière solaire les rayons rouges, jaunes, bleus, etc.

« Il ne nous est pas possible de condenser cette lumière spéciale, mieux ou plus qu'elle n'est condensée dans la lumière naturelle du soleil; il est aussi très-difficile de trouver une substance qui laisse seulement passer les rayons violets. Une lumière très-riche en rayons violets, plus encore que celle du soleil, est la lumière électrique; mais pratiquement elle est inapplicable.

« La seule expérience pratique qu'on puisse tenter, c'est de filtrer pour ainsi dire la lumière solaire, de manière à écarter tous les autres rayons, et à n'avoir plus que les seuls rayons violets, plus réfrangibles. L'essai mérite d'être tenté, non pas seulement par curiosité pure, mais aussi parce qu'il semble qu'au point de vue de la germination, on arrivera à d'importants résultats.

« Cette teinte violette a je ne sais quoi de mélancolique, de dépressif, qui, physiologiquement, abat l'âme; c'est pour cela sans doute que les poëtes ont drapé la mélancolie de vêtements violets.

« Peut-être se peut-il faire que la lumière violette calme l'excitation nerveuse des malheureux aliénés maniaques. Et bien que, physiquement, rien ne puisse assurer du succès, comme il s'agit d'un fait physiologique, il me semble qu'il y a lieu de tenter l'expérience.

« Il faudrait, avant tout, s'assurer de la qualité des verres les plus convenables, les plus aptes à recevoir les rayons du soleil; pour cela, il faudrait les essayer, les faire traverser par un rayon solaire passant à travers un prisme, et avec ce même rayon prendre des épreuves photographiques.

« Les parois des chambres qui serviront aux expériences devront être peintes de la même couleur que les verres qu'on aura mis aux fenêtres; pour favoriser l'action de la lumière solaire, on aura soin de donner à la chambre le plus grand nombre de fenêtres possible, de manière qu'elle puisse recevoir directement la lumière à des heures différentes de la journée.

« Pour mettre à exécution ces conseils tout scientifiques, je vous proposerais de faire coucher les aliénés que vous allez mettre en observation, dans des chambres orientées au levant et au midi, à parois colorées comme les vitres, et de mêmes dimensions. »

Suivant donc les indications du Père Secchi, je voulus établir l'intensité réfringente du spectre solaire pour chaque espèce de verre coloré. J'obtins ainsi la certitude que mon expérimentation allait être conduite d'une manière exacte et sûre : voici comment je procédai.

Je fis donner à chaque chambre la teinte correspondant à la couleur des vitres posées aux fenêtres.

Dans la chambre teinte en rouge, à vitraux rouges, je fis coucher un lypémaniaque qui, depuis bien longtemps, était sombre, affecté d'un délire taciturne, et mangeait rarement de sa propre initiative. Trois heures après son installation dans cette chambre, je le visitai, et, à ma grande surprise, je le trouvai souriant, gai; il me demanda de lui faire donner à manger, ce qui fut aussitôt fait.

L'observation suivante n'est pas moins explicite :

B... (Joseph), lypémaniaque sitiophobe, qui restait tout le jour avec ses mains crispées contre sa bouche pour empêcher l'introduction de « l'air empoisonné », a été transfusé par la méthode Caselli en se servant d'une canule embouchée par un très-court tuyau en caoutchouc, à l'effet de déterminer une cyanose qui l'eût excité. Ma prévision a échoué; car il n'en fut rien. Il a supporté inébranlable la transfusion sans aucune amélioration dans son état lypémaniaque. Convaincu de l'efficacité de l'influence de la lumière rouge, je fis coucher mon homme dans la chambre à vitres rouges.

Le lendemain, B... se hâta de se lever et de demander son déjeuner, qu'il avala avec une avidité surprenante: actuellement il se porte très-bien, et dans quelques jours je pourrai le renvoyer chez lui.

Dans la chambre à vitres bleues, je fis coucher un maniaque très-agité, maintenu avec la camisole : moins d'une heure après, je le trouvai beaucoup plus calme. L'action de la lumière bleue est assez intense sur les nerfs optiques; j'en ai eu la preuve par le fait suivant. Un jour, en présence du docteur Bongiovanni, professeur de clinique médicale à l'université de Pavie, venu tout exprès à Alexandrie pour suivre mes expériences, je conduisis dans la chambre bleue le docteur Manfredi. Nous lui avions d'abord bandé les yeux, et pour le dérouter, nous lui avions fait faire plusieurs tours sous les arcades de l'asile : aussitôt que M. Manfredi fut entré dans la chambre à vitraux bleus, il nous dit où il était; il en avait été averti par une sensation d'oppression étrange.

J'ai fait coucher un aliéné dans une chambre à vitraux violets; le lendemain, ce malade me pria de le renvoyer chez lui, il se sentait guéri. Il a quitté l'asile, il est heureux et toujours bien portant.

Examinant au spectromètre les courbes de la lumière, on s'aperçoit immédiatement que les rayons violets sont parmi tous les autres, ceux qui possédent les rayons électro-chimiques les plus intenses; que la lumière rouge est aussi très-riche en rayons caloriques; que la lumière bleue, au contraire, est tout à fait dépourvue de rayons calorifiques, chimiques et électriques. Son influence bienfaisante est difficile à saisir. Étant la négation absolue de toute excitation, la lumière bleue réussit merveilleusement à calmer les agitations furieuses des maniaques.

Ces recherches me semblent d'une importance capitale dans le traitement de la folie; elles peuvent amener à des résultats satisfaisants dans la thérapeutique de beaucoup de névropathies, comme la chorée, l'hystérie, l'épilepsie, l'éclampsie puerpérale ou celle des enfants.

Le clinicien, en plongeant un membre malade dans une atmosphère électro-chimique, obtiendra peut-être par ce moyen des résultats qu'il demande inutilement à l'électricité, soit galvanique, soit faradique.

Pour les aliénés, on pourra obtenir des améliorations, souvent même des guérisons qu'il eût été téméraire d'espérer, en les faisant vivre dans une chambre à parois colorées en violet, comme les vitraux des fenêtres. »

D[r] Brochin.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE. — M. Dubuc.

De l'utilité de la sonde à demeure dans le traitement de certains rétrécissements de l'urèthre.

I

Maintenant que l'uréthrotomie interne, grâce aux perfectionnements apportés dans son appareil instrumental, grâce aux précautions plus minutieuses avec lesquelles on la pratique, grâce enfin à une meilleure entente des soins consécutifs qu'elle réclame, est considérée, et cela à juste titre, comme une opération sans danger, la fréquence de ses applications s'est considérablement accrue. Si la dilatation temporaire, faite avec

des bougies en gomme d'un numéro régulièrement croissant, demeure le traitement usuel employé contre les cas simples, on peut dire sans exagération que, dès qu'un rétrécissement de l'urèthre se montre rebelle, bon nombre de chirurgiens des plus autorisés demandent aussitôt à l'uréthrotomie la solution de la difficulté.

Ce n'est pas pour m'élever contre la prépondérance, suivant moi méritée de l'uréthrotomie, que j'ai entrepris ce travail; mon but a été d'établir qu'à côté d'elle, l'ancienne et puissante méthode de traitement par les sondes à demeure méritait d'être conservée, et qu'il se présentait assez souvent dans la pratique des cas compliqués où son emploi devait paraître plus formellement indiqué, d'autres dans lesquels elle était susceptible de soutenir avantageusement la comparaison.

Je compte justifier cette proposition en exposant un certain nombre de faits suffisamment détaillés, qui seront comme autant d'exemples des catégories auxquelles la sonde à demeure me paraît applicable.

Obs. I. — *Rétrécissement pénien dur, fibreux, élastique, datant de trente ans. — Deux uréthrotomies faites à dix ans d'intervalle. — Récidive. — Difficulté de la miction. — Rétention incomplète et altération de l'urine dans la vessie. — Cystite consécutive. — Échec de la dilatation temporaire. — Emploi de la sonde à demeure. — Cessation des accidents. — Rétablissement de la santé.*

Le 28 février 1873, j'étais appelé auprès de M. de ***, riche personnage occupant une haute situation sociale, qui venait d'arriver de l'étranger, où il avait passé l'hiver, ainsi qu'il avait l'habitude de le faire chaque année.

Agé de soixante-huit ans, maigre, nerveux, porté à l'hypochondrie, il me raconta qu'il avait eu, dans sa jeunesse, un grand nombre d'uréthrites, et qu'il était atteint, depuis trente ans au moins, d'un rétrécissement de l'urèthre, pour lequel il avait reçu successivement des soins de Jobert (de Lamballe), Nélaton, M. Ricord, et enfin de mon ancien maître Phillips. Jobert, vingt-cinq ans auparavant, lui avait sectionné son rétrécissement, et comme, dix ans plus tard, il se trouvait de nouveau fort souffrant, il avait appelé Phillipps, qui, après des tentatives inutiles de dilatation, avait pratiqué une nouvelle uréthrotomie dont le résultat avait été favorable.

Il suivait, à cette époque, et cela depuis fort longtemps, en vertu d'idées à lui, un régime débilitant qu'il cessa par les conseils de Phillips, pour avoir recours à une alimentation réparatrice. Ce changement eut le plus heureux effet sur sa santé, qui devint excellente.

Tous les ans, au printemps, Phillips faisait, pendant six semaines, quelques séances de dilatation, et cela suffisait pour maintenir les choses en l'état jusqu'à l'année suivante.

En 1870 et en 1871, la guerre et la mort de Phillips l'empêchèrent de recevoir les soins accoutumés; il continua néanmoins à jouir d'une santé satisfaisante, jusqu'en septembre 1872, et ne vit aucun médecin.

A cette époque, se trouvant en Italie et s'y fatiguant beaucoup, pour avoir voulu administrer de vastes domaines qu'il y possède, il commença à éprouver une assez grande difficulté à uriner et à ressentir dans l'intervalle des mictions, des cuissons qui avaient leur siége vers la partie profonde de l'urèthre et vers l'anus. L'urine qui, jusque-là, était restée limpide, se troubla peu à peu; elle contracta une odeur piquante, ammoniacale, et, abandonnée à elle-même pendant quelques heures, laissa déposer des matières glaireuses très-adhérentes aux parois du vase.

Les besoins d'uriner n'étaient pas encore très-fréquents; l'appétit était médiocre; le sommeil assez bon.

Le malade, effrayé et passant d'un extrême à l'autre, se mit au lit et n'en sortit plus, persuadé qu'ainsi il guérirait plus vite.

Il fit appeler un chirurgien qui, ayant tenté la dilatation temporaire, parvint, sans trop de peine, jusqu'au n° 13 de la filière au tiers de millimètre, mais qui, chaque fois qu'il voulut dépasser ce numéro, fut ramené en arrière; la miction restait difficile.

Les choses durèrent ainsi jusqu'à la fin de février 1873, époque à laquelle le malade se fit transporter, en canapé-lit, d'Italie jusqu'en son hôtel, à Paris, et m'appela auprès de lui, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Voici quelle était alors la situation :

En explorant l'urèthre extérieurement avec les doigts, on constatait l'existence d'une induration volumineuse, annulaire, commençant immédiatement derrière la fosse naviculaire, englobant le canal et se prolongeant 2 centimètres et demi environ plus loin en arrière; au-delà de ce point, et jusqu'au devant de l'anus, l'urèthre avait sa souplesse normale; ce rétrécissement, de nature fibreuse, laissait passer sans trop de difficulté une bougie à boule n° 9 de la filière au tiers de millimètre.

Les troubles fonctionnels consistaient dans des besoins d'urine fréquents, aussi bien la nuit que le jour; dans la difficulté de l'émission d'urine et surtout dans des cuissons ressenties, en dehors des mictions, vers l'anus et la partie profonde du canal.

L'urine, au moment de l'émission, était trouble, d'une couleur plus pâle qu'à l'ordinaire; elle présentait une odeur piquante d'ammoniaque et devenait fétide après quelques heures de repos, en même temps qu'elle laissait déposer des glaires souvent très-adhérentes au fond du vase.

Cette urine avait une réaction alcaline; examinée au microscope, elle présentait de nombreux cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien en couvercle de tombeau, de nombreux globules de pus et des cellules épithéliales paraissant venir à la fois de la vessie et des bassinets.

La prostate était dure, modérément hypertrophiée; les reins, palpés aussi soigneusement qu'on peut le faire à travers la paroi abdominale, n'étaient pas douloureux et ne semblaient pas augmentés de volume.

L'état général était médiocre; le malade était pâle, amaigri, mais sans fièvre; la langue était blanche, humide, l'appétit peu développé; les digestions se faisaient convenablement.

Mon diagnostic fut : rétrécissement fibreux, élastique, irritable de la portion pénienne; — cystite par stagnation et fermentation ammoniacale d'une certaine quantité d'urine dans la vessie; — peut-être un certain degré de pyélite. Le pronostic me parut assez sérieux.

Je prescrivis une alimentation tonique, de l'extrait mou de quinquina, et, pour me conformer au désir du malade, je repris la dilatation temporaire avec des bougies de gomme, sans en espérer un grand résultat.

Je fis ainsi tous les deux ou trois jours, du 1er mars au 3 avril, une séance de dilatation qui durait une demi-heure environ.

Dès le 15 mars, voulant démontrer au malade que l'état d'alcalinité et de décomposition de l'urine, avec toutes ses conséquences, tenait à ce que la vessie ne se vidait pas entièrement; je le fis uriner devant moi et, aussitôt qu'il eût fini, j'introduisis une petite sonde en gomme avec laquelle je retirai une quantité de liquide que j'évaluai à 150 grammes. Je lui dis qu'il aurait besoin d'être sondé une fois tous les jours, et je lui proposai de lui apprendre à introduire lui-même la sonde, mais il n'y voulut pas consentir, craignant, disait-il, de rendre ainsi la vessie paresseuse.

J'étais alors parvenu à introduire le numéro 12 de la filière au tiers de millimètre; l'urine n'avait pas beaucoup varié de ce qu'elle était au début du traitement. L'état général du malade s'était maintenu à peu près le même; aucun phénomène réactionnel ne s'était produit; le pouls ne s'était jamais élevé au dessus de 52, son chiffre normal. M. de *** refusait de sortir de son lit, non pas qu'il lui fût impossible de le faire, mais parce qu'il était persuadé que, s'il se levait, cela nuirait à sa guérison.

Le 25 mars, j'étais parvenu à introduire la bougie n° 14, mais elle passait avec peine; la difficulté de la miction et l'état de l'urine n'avaient pas varié.

Le 3 avril, j'avais dû me contenter d'introduire les bougies 11 et 12, c'est-à-dire que j'avais dû rétrograder, parce que le passage du n° 13 les jours précédents avait amené quelques phénomènes réactionnels. C'était l'exacte reproduction de ce qui s'était déjà passé à l'étranger.

Ce jour-là, 3 avril, je voulus démontrer encore une fois à mon malade qu'il y aurait un très-grand avantage à vider sa vessie et à faire ainsi cesser l'altération de l'urine ; je le sondai immédiatement après qu'il venait d'uriner avec une petite sonde n° 11, et je retirai encore 150 à 200 grammes d'urine; je lui proposai de nouveau de le sonder chaque jour et de laver ensuite sa vessie à l'aide d'une injection d'eau de goudron, mais il n'y voulut pas consentir.

Le 8 avril, nous étions toujours dans la même situation ; il manifesta le désir d'appeler M. Ricord en consultation, ce à quoi j'accédai bien volontiers.

Le diagnostic de M. Ricord fut le même que celui que j'ai exposé plus haut : rétrécissement fibreux très-épais, dur, élastique, irritable de la portion pénienne ; rétention incomplète d'urine ; décomposition de ce liquide dans la vessie et, par suite, irritation du réservoir urinaire ; probablement un certain degré de pyélite.

M. Ricord, sans hésiter, proposa l'emploi de la sonde à demeure, dans le double but d'agir sur le rétrécissement par le contact de l'instrument, d'en obtenir le relâchement, et aussi de permettre à la vessie de se vider complétement et régulièrement.

Le malade se récria beaucoup ; il redoutait, par suite de ses idées théoriques, toutes sortes d'inconvénients de la présence de la sonde, mais enfin il dut se résigner devant la ferme attitude de M. Ricord et la mienne.

Il fut convenu que je commencerais par un n° 10 et que, sauf complications, j'augmenterais d'un numéro tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'au n° 18 inclusivement.

Le traitement par la sonde à demeure fut ainsi commencé le 8 avril ; nous y ajoutâmes de la tisane d'*uva ursi*, additionnée de sirop de bourgeons de sapins au benzoate de soude, et un peu plus tard, quelques perles d'essence de térébenthine pour combattre la pyélite.

Nous employâmes des sondes de gomme élastique, à bout olivaire, à courbure fixe, comme étant mieux supportées par la vessie que les sondes-bougies droites.

14 avril. — Après avoir passé successivement, les jours précédents, les n°s 10, 11 et 12, j'introduis ce matin, sans difficulté, la sonde n° 14. Le traitement a été parfaitement supporté jusqu'ici ; les besoins d'uriner ne se font sentir qu'à des intervalles beaucoup plus longs ; le malade reste aisément quatre ou cinq heures sans en éprouver ; l'urine est moins trouble et a beaucoup moins d'odeur ; l'appétit est bon ; le pouls reste à 52.

Le malade, d'après notre conseil, commence à se lever et reste étendu sur une chaise longue.

17 avril. — Au n° 14 j'ai fait succéder, les jours derniers, les n°s 15 et 16 ; aujourd'hui, j'introduis la sonde n° 18, sans rencontrer la moindre résistance ; le rétrécissement, si rebelle à la dilatation temporaire, a, en effet, cédé avec une remarquable facilité à la sonde à demeure. Le traitement a d'ailleurs été supporté sans donner lieu à aucun incident.

18 avril. — J'ôte la sonde n° 18 ; il est convenu que le malade restera désormais sans sonde ; l'état général est excellent ; l'urine n'est presque plus trouble ; le malade se lève maintenant tous les jours.

Je ferai remarquer en passant que la sonde à demeure n'a amené aucun écoulement uréthral. L'induration du canal semble plus mince et plus souple qu'avant son emploi.

La sonde, une fois enlevée, le malade urine avec beaucoup plus de facilité qu'auparavant ; le jet n'est plus interrompu comme il l'était ; les cuissons ont à peu près disparu ; les besoins sont devenus moins fréquents.

Comme la vessie ne se vide pas entièrement, ce qui tient à une dépression de son bas-fond, produite par la longue lutte qu'elle a eu à soutenir contre le rétrécissement et par un certain degré d'hypertrophie de la prostrate, constaté au toucher rectal, il est convenu avec M. Ricord que je sonderai M. de... chaque jour, jusqu'à ce que les troubles locaux aient entièrement disparu, que l'urine ait repris son aspect normal et que le malade, qui comprend bien maintenant l'importance de cette précaution, soit en mesure d'y satisfaire en pratiquant lui-même le cathétérisme. Nous ajoutons une injection d'eau de goudron dans la vessie à la suite du sondage ; quatre perles d'essence de térébenthine à prendre en deux fois au moment des repas ; on continuera la tisane d'*uva ursi* avec le sirop de benzoate de soude.

Les choses suivent ainsi leur cours du 19 avril au 22 mai ; je pratique chaque jour le cathétérisme avec une sonde en gomme n° 14 ou 15, qui passe sans difficulté ; de temps en temps j'introduis la sonde après que le malade vient d'uriner, et je constate que la vessie retient toujours à peu près la même quantité d'urine ; c'est à dire 150 grammes environ. Le reste de la journée le malade urine sans peine, il ne remarque plus les interruptions du jet qui existaient auparavant ; les besoins sont peu fréquents ; mais il éprouve encore un peu de cuisson du côté de l'anus et du col de la vessie dans l'intervalle des mictions ; l'urine est beaucoup plus claire, toutefois elle contient toujours une petite quantité de pus, ainsi que d'assez nombreuses cellules épithéliales paraissant venir de la vessie et des bassinets ; on n'y trouve plus du tout de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien ; aussi, à partir du 8 mai, la réaction constatée avec le papier de tournesol est-elle devenue légèrement acide d'alcaline qu'elle avait été jusque-là.

Le malade reste levé toute la journée ; l'appétit est médiocre ; les forces ne reviennent qu'avec une certaine lenteur.

Le 22 mai, la sonde n° 14 passe avec beaucoup de difficulté ; il est utile de faire remarquer que le malade ayant eu chez lui, les jours précédents, à un petit intervalle, deux grandes réceptions, pendant lesquelles il avait dû faire les honneurs et rester longtemps debout, en avait éprouvé une notable fatigue ; c'est là ce qui peut expliquer cette légère rechute ; quoiqu'il en soit, je lui laisse à demeure la sonde n° 14 pendant les journées du 22 et du 23 mai, sans rencontrer aucune résistance de sa part.

Le 24 mai, je la remplace sans la moindre difficulté par une sonde n° 16 (le n° 18 aurait certainement passé de même, tant le canal était devenu libre), que je laisse en place une heure seulement.

Les jours suivants, je reprends le même traitement qu'avant la rechute, c'est-à-dire que je sonde le malade une fois tous les matins, et que je fais ensuite une injection d'eau de goudron dans la vessie.

A partir de ce moment et jusqu'au 7 juillet, date du départ du malade pour Évian, je ne trouve aucun incident à signaler. L'appétit s'est peu à peu rétabli, et les forces sont revenues progressivement. L'état local s'est aussi amélioré parallèlement.

L'urine, dont la quantité n'avait guère dépassé 700 à 750 grammes dans les vingt-quatre heures pendant la période précédente, s'est relevée à 1,200 grammes environ, chiffre qui représente l'état normal ; ce liquide, actuellement acide, est devenu de plus en plus clair, quoique renfermant encore une petite quantité de pus et quelques cellules épithéliales. La vessie jouit d'une meilleure contractilité, aussi je ne retire plus avec la sonde, le matin après la miction, que 70 grammes environ au lieu de 150 grammes que je trouvais au début. Enfin, les cuissons du côté de l'anus et du col de la vessie, qui persistaient encore, quoique d'une façon fort atténuée, ont fini par céder à quelques injections vésicales d'une solution très-légère de nitrate d'argent, que j'ai pratiquées dans les jours qui ont précédé le départ du malade pour les eaux.

J'ai eu des nouvelles de M. de ... dans l'été de 1875, par quelqu'un de son entourage ; il s'est bien trouvé de son premier séjour à Évian, y est retourné l'année suivante, et n'a pas cessé depuis lors de jouir d'une excellente santé.

Je crois pouvoir dire sans exagération que cette observation est véritablement intéressante par les déductions pratiques qu'elle comporte.

Il s'agissait d'un rétrécissement pénien très-épais, très-dur, très-invétéré, puisqu'il datait de trente ans au moins, d'un de ces rétrécissements qui font à la fois le désespoir du malade et du chirurgien par leur extrême ténacité et leur tendance invincible à récidiver ; aussi M. de ... n'avait-il pour ainsi dire jamais cessé d'être en traitement depuis le début de son affection.

On avait pratiqué l'uréthrotomie deux fois avec avantage ;

puis, par suite de circonstances indépendantes de la volonté du malade, les séances de dilatation temporaire, nécessaires pour maintenir le résultat obtenu, ayant été suspendues pendant un temps trop considérable, le rétrécissement avait peu à peu obéi à sa tendance propre qui n'était plus contrariée; il avait rendu la miction de plus en plus difficile et finalement amené une rétention partielle d'urine avec ses conséquences de fermentation alcaline, de cystite, de pyélite et probablement aussi de résorption urineuse.

L'état général avait périclité en même temps que l'état local, si bien que le malade, moitié par faiblesse physique, moitié par suite d'idées théoriques, s'était condamné pendant plusieurs mois au repos complet au lit.

Il importe de remarquer, dès à présent, que la rétention partielle d'urine ne tenait pas à un état d'affaiblissement momentané de la puissance contractile de la vessie en présence d'un obstacle permanent et de plus en plus prononcé, comme cela se voit dans le cours d'un grand nombre de rétrécissements; ici les choses dataient de si loin, que le réservoir urinaire avait fini par se creuser vers son bas-fond d'une dépression en quelque sorte définitive, dont il n'était plus en son pouvoir d'expulser le contenu, résultat auquel un degré modéré d'hypertrophie de la prostate, n'avait pas non plus été étranger. Il ne suffisait donc pas de lever l'obstacle uréthral pour voir disparaître la rétention; mais il résulte de ce qui précède qu'il y avait une double indication à remplir : faire cesser l'obstacle à la miction résultant du rétrécissement et d'autre part obtenir l'évacuation de la vessie.

La situation ainsi établie, et l'impuissance de la dilatation temporaire contre le rétrécissement une fois constatée, à quelle méthode de traitement fallait-il avoir recours? Il n'y avait guère que deux conduites à tenir : ou bien pratiquer pour la troisième fois la section du rétrécissement et, l'obstacle levé, la plaie du canal cicatrisée, combattre les inconvénients de la rétention par des cathétérismes et des injections vésicales suffisamment rapprochés, ou bien avoir recours comme méthode de traitement à l'emploi de la sonde à demeure.

Eh bien, je dis que, dans la circonstance présente, la sonde à demeure proposée par M. Ricord et à laquelle je me ralliai sans hésitation, devait être préférée à l'uréthrotomie. Cette dernière, ne remplissait, en effet, qu'une des indications, la moins pressante en quelque sorte, tandis qu'avec la sonde à demeure nous avions, outre la chance très-grande de vaincre la résistance du rétrécissement, la certitude d'obtenir l'évacuation complète de la vessie puisque nous pouvions débuter d'emblée par une sonde nº 10. Le résultat fut conforme à notre attente; le malade, malgré son état d'émaciation et d'excitabilité nerveuse, malgré sa répugnance théorique pour le moyen auquel nous avions recours, supporta le traitement sans en éprouver le plus léger accident. Si l'on veut se reporter aux détails de l'observation, on y verra qu'il nous suffit de 10 jours pour arriver à laisser à demeure sans difficulté le nº 18 (6 millimètres) que nous avions pris la résolution de ne pas dépasser, et dès les premiers jours l'état local se trouva considérablement amélioré. Il fallut ensuite continuer les soins, comme il eut été nécessaire de le faire, avec toute autre méthode de traitement. Au bout de deux mois et demi toute trace de souffrance locale avait disparu; la santé générale si profondément ébranlée était à peu près rétablie; le malade était en état de partir pour les eaux; il était seulement astreint à se sonder une fois par jour, sujétion à laquelle aucune autre méthode de traitement n'eût pu le soustraire puisque la vessie avait perdu le pouvoir de se débarrasser entièrement de son contenu. Il y avait toutefois amélioration, même sous ce rapport, car la quantité d'urine retenue par la vessie n'était plus que la moitié de celle du début.

Je n'hésite donc pas à conclure que dans un cas semblable de rétrécissement invétéré et rebelle, ayant amené la déformation de la vessie et la rétention permanente d'une certaine quantité d'urine, avec toutes ses conséquences fâcheuses, on devra s'adresser à la sonde à demeure qui remplit les diverses indications plutôt qu'à l'uréthrotomie interne qui, par elle-même, ne remédie qu'à une seule.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 février 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Perrin dépose de la part de M. Tachard un mémoire sur les *Applications du siphon à la thérapeutique chirurgicale.*

M. Labbé dépose, en son nom et au nom de M. Coyne, un *Traité des tumeurs bénignes du sein*; en son nom et au nom de M. Em. Bourdon, ses *Leçons de cliniques chirurgicales* recueillies par ce dernier.

RAPPORT

De l'insensibilité du moignon de l'épaule dans les luxations. — M. Nicaise donne lecture d'un rapport sur deux communications de M. T. Anger sur la *paralysie du rameau cutané du nerf circonflexe dans les luxations de l'épaule.* Dans la première, faite le 18 mars 1874, l'auteur avait signalé le fait anatomique. Il a eu tout récemment l'occasion de faire l'anatomie pathologique de cette lésion, et en a fait l'objet de sa deuxième communication. Voici en résumé cette observation que M. Anger a recueillie dans son service à l'hospice de Bicêtre sur un homme atteint de luxation de l'épaule et qui succomba, dix-huit jours après la réduction, à une affection pulmonaire et cardiaque. La réduction avait été faite, sans tractions violentes, au moyen de la bande de caoutchouc, mais, M. Anger avait constaté avant l'opération l'insensibilité du moignon de l'épaule qu'il indique comme signe précoce de la lésion du nerf. A l'autopsie, on trouve, comme lésions principales, la capsule articulaire déchirée, les fibres des muscles sous-scapulaires rompues; le tête de l'humérus y est logée. Il n'y a pas de déchirure des gros troncs nerveux, mais le nerf circonflexe, à un demi-centimètre au-dessous de sa division en trois branches, juste au niveau de la déchirure de la capsule, a été fortement contusionné. Il a pris une coloration rouge dans une étendue de plusieurs centimètres envahissant les trois branches. Au dessus et au dessous le nerf est blanc. Toute la région contuse est envahie par une gangue plastique. Il n'y a pas eu de fourmillement dans le membre, mais une paralysie absolue.

D'après ce qu'il a observé dans ce cas, M. Anger conclut à la possibilité de paralysies multiples, selon l'étendue et l'intensité de la lésion nerveuse. Ces observations sont encore peu nombreuses et l'auteur a eu le mérite d'attirer l'attention sur ce fait important comme pronostic.

Le travail de M. Anger et le rapport sont renvoyés au comité de publication.

COMMUNICATIONS

M. Baudon, médecin-major de la garde républicaine, donne lecture d'un travail sur l'*opportunité de la résection de la hanche dans les affections de cette articulation.* Plusieurs observations sont jointes à ce mémoire. (Commission : MM. Guérin, Tillaux, Lucas-Championnière).

Calcul vésical chez la femme. — MM. Nicaise et Desprès communiquent l'observation d'une malade que tous les deux ont

traitée successivement pour une affection calculeuse de la vessie. M. Nicaise, qui l'a vue le premier, a pratiqué deux fois la lithotritie, et M. Desprès a fait l'extraction du calcul. Il s'agit d'une femme chez laquelle, cinq jours après un accouchement, on constata une fistule vésico-vaginale. Traitée par la cautérisation, dans le service de M. le professeur Gayet, à Reims, elle sortit au bout de trois mois perdant encore un peu d'urine par le vagin. Quelques mois plus tard, après une maladie de six semaines, cet écoulement d'urine par le vagin n'avait plus lieu, mais les règles sortaient par la vessie. La fistule existait toujours, mais le vagin était oblitéré. Quand la malade entra dans le service de M. Nicaise, elle se savait atteinte de la pierre, et rendait depuis deux ans des calculs de petite dimension, accompagnés d'un sédiment gris rougeâtre. M. Nicaise tenta d'abord la dilatation de l'urèthre avec la laminaire. Après une application *très-douloureuse* de vingt minutes, il dut y renoncer. Le lendemain, après avoir donné le chloroforme, il obtint facilement la dilatation avec le dilatateur de Dolbeau pour la lithotritie périnéale. Le doigt introduit constata la présence d'un calcul adhérent, à la paroi postérieure de la vessie, en forme de plaque, et dont M. Nicaise put extraire tout le pourtour avec l'indicateur. Il existait une large fistule vaginale commençant un peu en arrière du col de la vessie et allant jusqu'au col utérin. La malade sort le 22 mars 1874, dans un état général satisfaisant. Au mois d'avril 1875, elle se présente à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guérin, suppléé par M. Nicaise. La miction est fréquente, douloureuse, M. Nicaise constate l'existence d'un calcul libre développé sur un fragment restant de la première opération. Il en fait le broiement, mais la malade est prise de varioloïde et, ne souffrant plus de la vessie, sort de l'hôpital après cette petite maladie, incomplètement débarrassée de son calcul.

Quelques mois après, elle est apportée par son mari à l'hôpital Cochin, dans un état de souffrance extrême. Elle urine toutes les dix minutes.

A un premier examen, M. Desprès ne trouve pas de calcul; le lendemain, il le sent engagé dans l'urèthre, puis il le perd de nouveau. Le 13 janvier, après avoir laissé pendant vingt minutes une éponge préparée, dont la présence a été très-pénible, il introduit le petit doigt et constate l'existence d'un calcul ovoïde, sans irrégularité, de la grosseur d'une noix épluchée. Le lendemain, après avoir appliqué encore l'éponge préparée, M. Desprès put introduire l'indicateur et constata que la vessie était fortement déviée à gauche. L'utérus faisait saillie dans cet organe; la lèvre antérieure était très-saillante, la postérieure beaucoup moins. L'extraction du calcul fut faite avec une tenette, mais le resserrement du col ne permit pas de l'extraire en entier.

Une autre difficulté provenait de l'arrière cavité formée par le vagin, dans laquelle le calcul s'engageait, ce qui explique le résultat négatif de la première exploration. Mais en s'aidant du toucher vaginal, M. Desprès put enfin l'extraire par fragments. Le peu qui en restait fut extrait le lendemain. L'opération avait duré quatorze minutes. Dès le lendemain, la malade n'urine plus que deux fois dans la nuit. Pendant les jours suivants, malgré l'amélioration rapide, l'urine était toujours trouble *le matin*. M. Desprès donne, de ce fait, l'explication suivante : cette malade était atteinte de pertes blanches qui s'écoulaient, comme le sang des règles, par la vessie. Elle sort guérie au bout de huit jours.

L'examen du calcul montre qu'il est formé de couches stratifiées, développées autour d'un calcul du rein ramifié, très-dur, dont l'absence de toute colique néphrétique antérieure ne pouvait faire soupçonner l'existence. Ce calcul s'était formé autour de ce noyau, comme il s'en forme autour de tout corps étranger introduit dans la vessie.

Les exemples de calcul de la vessie chez la femme sont rares. On n'en trouve que quatre exemples dans les Bulletins de la Société de chirurgie.

COMITÉ

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lannelongue sur les candidats au titre de membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Congrès périodique international des sciences médicales. — 5e session. Genève, 1877. — Selon le vœu exprimé à Bruxelles par le dernier Congrès périodique des sciences médicales, et en exécution de la décision prise par les médecins suisses réunis à Olten, la ville de Genève a été désignée comme siége de la cinquième session du Congrès.

Un comité d'organisation a été nommé par la Société médicale du canton de Genève, de concert avec la section scientifique de l'Institut national genevois. Ce comité est ainsi composé :

Président, M. le professeur C. Vogt. — Vice-président, M. le docteur Cl. Lombard. — Secrétaire général, M. le docteur Prevost. — Secrétaires adjoints : MM. les docteurs d'Espine et Reverdin. — Membres : M. le professeur Mayor; MM. les docteurs Dunant, Figuière, Julliard fils, Revilliod.

Le Congrès exclusivement scientifique durera une semaine; il s'ouvrira le dimanche 9 septembre 1877. La langue officielle sera le français. Toutes les communications relatives, soit au Congrès, soit aux questions qui pourront faire l'objet de ses délibérations, seront reçues avec reconnaissance par le comité. Elles devront lui être adressées avant le 1er juin 1875, époque à laquelle le comité fixera définitivement les statuts, le programme, et nommera les rapporteurs.

Le Congrès s'ouvrira sous les auspices du conseil fédéral suisse et des autorités du canton et de la ville de Genève.

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétariat général, docteur Prevost, à Genève.

Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces, accompagnées d'observations nouvelles recueillies à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Eugène Ory, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Cochin. — Paris, 1876, 1 vol. in-8° de 98 pages. Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 19. — MARDI 15 FÉVRIER 1876. 49° ANNÉE. MARDI 15 FÉVRIER 1876. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

COUR DE CASSATION (CHAMBRE CRIMINELLE).

Pharmacien. — Tolérance administrative. — Officier de santé débitant des médicaments. — Exception. — Compétence.

L'officier de santé débitant des médicaments, ainsi qu'il y est autorisé lorsqu'il n'y a pas de pharmacie ouverte dans la ville, peut exciper devant le tribunal correctionnel, devant lequel il est traduit pour avoir débité des médicaments alors qu'il y avait une pharmacie ouverte, que cette pharmacie est illégalement tenue par la veuve du pharmacien.

Le tribunal saisi doit statuer sur cette exception, qui résulte de la loi. Il ne peut s'en dispenser sous le prétexte que la veuve du pharmacien exerçait en vertu d'une permission administrative, et qu'il appartenait à l'autorité administrative seule de résoudre cette exception.

Comme nous venons de le dire, l'exception proposée résultant de la loi même, les tribunaux seuls doivent la juger, car il n'y a pas d'acte administratif à interpréter.

Cassation sur le pourvoi du sieur P., officier de santé, de l'arrêt de la Cour d'appel de Montpellier, Chambre correctionnelle, du 23 août 1875, qui l'a condamné à 25 francs d'amende pour vente illicite de médicaments.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE COMPIÈGNE

Médecins et pharmaciens. — Achat et débit de produits pharmaceutiques. — Exercice illégal de la pharmacie. — Action civile. — Pénalité. — Récidive.

Un pharmacien a le droit d'intervenir, comme partie civile, dans toutes poursuites dirigées à propos d'actes pouvant constituer l'exercice illégal de la pharmacie.

Ne se rend point coupable d'un pareil exercice le médecin qui fait venir des médicaments pour ses malades, alors qu'il est constant qu'il n'a servi que d'intermédiaire entre ces derniers et le pharmacien chez lequel ils se fournissaient habituellement, et que c'est à leur compte qu'a été porté le prix desdits médicaments.

Mais il n'en saurait être de même quand un médecin, qui habite une localité où il existe un pharmacien, achète pour son propre compte, chez un pharmacien du dehors, une certaine provision d'un produit médicamenteux dont il n'a pas encore prescrit l'emploi, et qu'il le débite ensuite avec bénéfice à sa clientèle.

En pareil cas, si ce produit renferme un médicament préparé d'avance à petite dose, en vue d'un emploi curatif déterminé, il y a lieu d'appliquer non l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777, mais bien l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, relatif au débit de drogues au poids médicinal.

Ce fait constituant une véritable contravention, la peine de la récidive, édictée par la loi du 27 pluviôse an XIII, ne peut être appliquée qu'autant qu'une première condamnation a été prononcée dans les douze mois précédents.

Voici dans quelles circonstances est intervenue cette décision qui intéresse vivement le monde médical et pharmaceutique.

Au mois d'août dernier, M. G..., pharmacien à R..., porta plainte en exercice illégal de la pharmacie contre le docteur C..., domicilié dans la même commune. L'instruction a établi :

1° Que le médecin faisait venir souvent d'une pharmacie de Compiègne des médicaments dont il avait ordonné l'usage, mais que le prix de ces médicaments était porté au compte de personnes auxquelles ils étaient destinés ;

2° Que, peu de temps auparavant, le docteur C... s'était fait envoyer de la pharmacie L..., à P..., six boîtes de cachets médicamenteux contenant à faible dose du sulfate de quinine.

Cet envoi était fait pour le compte du médecin qui, au fur et à mesure de ses prescriptions, revendait ses boîtes à sa clientèle. Il en avait déjà placé quatre au moment de la plainte.

Le ministère public crut voir dans ces faits l'infraction prévue et punie par les articles 6 de la déclaration du 25 avril 1777 et 25 de la loi du 21 germinal an XI.

En conséquence, le docteur C... fut cité devant le tribunal correctionnel, où intervint, comme partie civile, M. G...

Dans cette situation, le tribunal, après avoir entendu Me C..., avoué de M. G..., et Me B..., avoué du docteur C..., a, conformément aux conclusions de M. de Maintenant, procureur de la République, sauf en ce qui touche l'application de la peine, rendu le jugement suivant :

« Le tribunal,

« En ce qui touche l'intervention de G... :

« Attendu qu'en sa qualité de pharmacien G... a intérêt à se plaindre de tout acte de nature à nuire à l'exercice de sa pro-

fession et pouvant constituer un fait d'exercice illégal de la pharmacie ;

« Qu'il a donc qualité pour intervenir au débat,

« Donne acte audit G... de ce qu'il se porte partie civile;

« Et statuant tant sur son intervention que sur l'action du ministère public ;

« Attendu qu'il résulte de l'instruction, des débats et des propres déclarations du docteur C... que, dans le courant d'août 1875, ce dernier a porté lui-même chez plusieurs de ses clients, domiciliés dans les communes distantes de R..., et notamment chez les époux S..., diverses substances pharmaceutiques dont il avait prescrit l'emploi, telles que du quassia, de la centaurée, du sirop de Tolu et de bourgeons de sapin ;

« Que ces médicaments, commandés par le docteur C... chez un pharmacien de Compiègne, où ses clients se fournissaient habituellement, lui étaient expédiés soit par la poste, soit par un commissionnaire, et que le prix en était porté, par ledit pharmacien, au compte des personnes auxquelles ils étaient destinés ;

« Qu'on ne saurait voir dans cet acte un fait d'exercice illégal de la pharmacie, puisque le docteur C... s'est borné à servir d'intermédiaire entre sa clientèle et ledit pharmacien pour l'exécution de ces propres ordonnances, sans en tirer lui-même aucune espèce de profit;

« Mais, attendu qu'il est constant qu'à la même époque, C... a fait venir, pour son propre compte, d'une pharmacie de Paris, six boîtes de cachets médicamenteux renfermant du sulfate de quinine ;

« Que l'envoi de ces boîtes lui a été fait alors qu'il n'en avait pas encore l'emploi total, et que partie de cet approvisionnement, si faible qu'il soit, était faite en vue de prescriptions pouvant avoir lieu ultérieurement ;

« Attendu qu'une fois en possession de ce médicament, C... a remis dans sa propre demeure deux de ces boîtes aux époux B... et C..., et deux autres au domicile des dames M... et A..., en se faisant rembourser le prix fort indiqué sur l'étiquette desdites boîtes;

« Attendu cependant qu'il a reconnu lui-même dans l'instruction que, sans prétendre avoir droit à une remise de la part du pharmacien de Paris, il espérait néanmoins en obtenir une, ce qui constituerait pour lui un bénéfice en dehors du prix de ses visites ;

« Attendu que, dans de telles circonstances, le débit fait par C... à son propre domicile de produits pharmaceutiques achetés d'avance à ses risques et périls, même chez un pharmacien, constitue de sa part un acte d'exercice illégal de pharmacie :

« En ce qui touche l'application de la peine :

« Attendu que l'infraction commise rentre essentiellement dans les cas prévus par l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI et présente le caractère du débit de drogues au poids médicinal prévu par ledit article et puni par la loi du 29 pluviôse an XIII;

« Attendu, en effet, qu'il résulte des documents émanés de l'inventeur même des cachets médicamenteux que chacun de ces cachets renferme 10 centigrammes de sulfate de quinine, c'est-à-dire une dose préparée à l'avance en vue d'un emploi curatif et nettement déterminé ;

« Qu'en vain l'on soutiendrait que l'article 36 susénoncé ne s'applique qu'au cas de vente ou débit dans les places publiques, foires ou marchés ;

« Attendu que la loi a établi une distinction entre le débit au poids médicinal fait à domicile et la distribution des drogues sur les places publiques, et que les deux cas peuvent se confondre ;

« Attendu que, d'un autre côté, ce fait constituant une véritable contravention, il n'y a lieu de considérer le docteur C... comme en état de récidive, la première condamnation encourue par lui remontant à plus d'une année, et la poursuite actuelle ne se trouvant pas dans les cas prévus par l'article 483 du Code pénal ;

« Faisant application audit C... des dispositions de l'article 36 de la loi du 21 germinal an XII, ensemble de l'article unique de la loi du 29 pluviôse an XIII ;

« Le condamne à 25 francs d'amende;

« En ce qui touche les conclusions de G... en 500 francs de dommages-intérêts;

« Attendu que les agissements de C... ont pu causer à G... un préjudice, mais que ce préjudice doit être restreint au fait unique du débit de boîtes de sulfate de quinine relevé ci-dessus;

« Attendu qu'il appert des documents de la cause et de la propre déclaration de la partie civile que si G... avait fourni les quatre boîtes débitées indûment par C..., il aurait bénéficié d'une remise de 75 centimes par boîte;

« Qu'il y a donc lieu de lui tenir seulement compte de ladite remise à titre de dommages-intérêts ;

« Condamne le docteur C... à payer à G... la somme de 3 francs pour réparation du préjudice causé à ce dernier, etc. »

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lailler.

Tricophytie. Teigne tondante

Tandis que l'achorion Schæleinii donne lieu à une éruption à peu près toujours la même, le favus, le champignon tricophyton détermine par sa présence des éruptions très-différentes, ou qui n'ont entre elles que quelques points de ressemblance, suivant la région sur laquelle elles se développent. C'est pourquoi, au lieu de considérer la teigne tondante, l'herpès circinné, etc., comme des affections distinctes, M. Hardy propose de les réunir toutes sous la désignation commune de tricophytie.

La teigne tondante peut avoir son siége ailleurs que sur le cuir chevelu, et on peut la rencontrer sur d'autres parties du corps, où croissent des poils. C'est une affection contagieuse, fréquente dans les réunions d'enfants, dans les grandes villes surtout, mais non exclusivement. On l'observe fréquemment dans les écoles, les orphelinats, les lycées, les hôpitaux d'enfants.

La teigne tondante, teigne tonsurante, c'est-à-dire la tricophytie du cuir chevelu, est caractérisée au début par un peu de prurit, de démangeaison, par une production épidermique, exagérée, une sorte de pityriasis, mais partiel et circonscrit, de forme arrondie ou ovale, s'accompagnant quelquefois d'érythème et même d'herpès, mais très-rarement, à moins que ce ne soit sur la limite du cuir chevelu. Il y a vingt-cinq ans environ, M. Cazenave observa dans une épidémie de teigne tondante, au lycée Louis-le-Grand, la présence sur le cuir chevelu de vésicules d'herpès circinné.

Les parties affectées du cuir chevelu présentent une coloration spéciale ; elles sont grises, d'un gris ardoisé, et paraissent, pour me servir de l'expression d'un auteur, avoir été comme

barbouillées avec de l'encre. La surface est un peu mamelonnée, comme chagrinée, présentant une sorte de chair de poule, due aux saillies légères formées par les orifices des follicules pileux. Dans toute l'étendue de la surface malade, les cheveux sont cassés, les uns immédiatement à la surface du derme, les autres à 1 ou 2 millimètres au delà. Ils sont alors comme feutrés, enchevêtrés les uns dans les autres et dirigés dans tous les sens.

Mais il ne faut pas croire que vous trouverez toujours ce caractère. La surface envahie par le tricophyton est nettement délimitée par une apparence particulière, due à ce qu'un certain nombre de cheveux sont cassés. Mais pour que la douleur soit bien nette, il faut que la maladie soit confirmée. Presque toujours, cette apparence particulière est accompagnée d'un certain état furfuracé.

Quand on rencontre une seule région du cuir chevelu ainsi atteinte, il y a une grande probabilité pour que l'on ait affaire à la teigne tondante, mais on peut facilement confirmer le diagnostic en faisant, à l'œil nu, l'examen des cheveux. De plus, si avec une pince on exerce une légère traction sur les cheveux suspects, et que l'on essaie de les arracher, ils se cassent nettement, par un petit coup sec, tandis que dans une autre affection dont je vous parlerai plus tard, le sycosis, ils s'enlèvent facilement. Le corps des cheveux est lui-même un peu plus gros que d'habitude; il est comme boursouflé, dilaté; quelquefois sa base est un peu engaînée, comme enfarinée, si je puis me servir de cette expression, soit par l'épithélium, soit par le collier épidermique qui entoure l'orifice du cheveu. Ce fait est caractéristique de la présence du tricophyton.

Au microscope, on trouve que les cheveux ont augmenté de largeur; ils sont comme dissociés, cassés en balai à leur extrémité, et quand ils ont été cassés près de la racine, les parties qui repoussent renferment souvent un certain nombre de cellules de pigment. Quand on veut faire l'examen immédiat, il faut avoir soin de plonger les cheveux dans l'ammoniaque, qui dissout les matières grasses, dans l'acide acétique ou la glycérine, et alors, au bout de quelques minutes, voici ce qu'on observe : on remarque dans le corps du cheveu des groupes plus ou moins irréguliers de spores assez volumineuses, qu'on peut retrouver encore à sa surface et même dans le voisinage. Ces spores sont un peu plus considérables que celles du favus; elles sont de 4 à 5 millièmes de millimètre de diamètre. Cela dépend beaucoup et de la durée de la maladie, et du terrain sur lequel elle se développe. Assez souvent ces spores sont disposées bout à bout, en forme de chapelet; mais tandis que dans le favus on trouve un grand nombre de tubes de mycélium vides ou pleins de spores, leur présence est rare dans la teigne tondante. Quelques auteurs ont même complétement nié leur existence, mais à tort, car, pour ma part, je les ai constatés assez souvent.

D'autres ont été plus loin encore et ont prétendu que le tricophyton débutait dans le cheveu par des tubes de mycélium. C'est une erreur.

Quelquefois vous ne trouverez au premier abord ni tubes, ni spores, car la dissociation des éléments des cheveux est souvent nécessaire et demande un certain temps pour se produire : vingt quatre à trente-six heures.

Dans ces cas, où vous aurez besoin de dissocier les parties, vous aurez recours avec avantage à une solution de soude assez concentrée, au trentième, au quarantième; mais cet examen doit être pratiqué quelques heures seulement après qu'on a trempé les cheveux dans une solution, car si on le fait plus tard, à moins que l'on n'ajoute de la glycérine, l'eau s'évapore, et l'on pourrait prendre alors pour des spores ce qui n'est autre que des petits cristaux de soude.

Cet examen est nécessaire dans les cas douteux; mais toutes les fois que vous trouverez nettement marqué le caractère que je vous ai décrit plus haut, il n'est pas indispensable au point de vue clinique.

Les parties ainsi atteintes du cuir chevelu deviennent de plus en plus nombreuses; petit à petit, le tricophyton se multiplie et la tonsure augmente. Celle-ci est donc le premier signe apparent pathognomonique de la tondante, à condition, toutefois, que les cheveux se cassent.

Le début de la tondante est presque insaisissable. On ne peut pas, à moins d'inoculer le champignon et de suivre jour à jour l'expérience, ce que je me garderais bien de faire, savoir le moment précis du début; mais telle est la manière dont les choses se passent en général.

L'évolution de la teigne tonsurante peut être plus ou moins rapide, mais il faut toujours au moins douze ou quinze jours avant qu'on puisse arriver à la diagnostiquer. Quant à sa durée, elle est considérable, que la maladie soit traitée ou abandonnée à elle-même, sauf cependant quelques rares exceptions, quand, par exemple, on arrive au début, alors qu'il n'existe encore qu'une seule et unique plaque.

La guérison paraît pouvoir s'obtenir spontanément, et les malades guérissent toujours ou presque toujours sans alopécie.

Le diagnostic doit être fait quand il y a des tonsures ou quand il n'y en a pas. Quand celles-ci existent, il est quelquefois très-facile; il nous est cependant arrivé de rencontrer des enfants chez lesquels, à l'œil nu, nous avions diagnostiqué une teigne tondante, et dont les cheveux, examinés au microscope, ne présentaient aucun champignon. C'est qu'en effet les cheveux peuvent devenir cassants par toute autre influence que celle de la tondante. Mais dans ces cas, vous ne remarquez pas cette coloration grise, cette apparence chagrinée du cuir chevelu, ni enfin cette exagération de production épidermique et cette tendance au feutrage qui caractérisent l'affection qui nous occupe. En outre, vous ne trouvez rien au microscope. Je vous citerai comme exemple de l'erreur possible de diagnostic que je viens de vous rapporter, le cas d'un enfant qui était employé dans une fabrique de sucre, et chez lequel on remarquait une usure du cuir chevelu, qu'on pourrait confondre avec la tondante, usure due à l'habitude qu'a ce jeune garçon de porter des formes sur sa tête, sans avoir soin de la garantir par une coiffure. Rappelez-vous donc que cette usure mécanique du cuir chevelu, sous une influence quelconque, peut être susceptible de vous induire en erreur.

Voyons maintenant quel est le diagnostic de la tondante sans tonsure et avant toute espèce de traitement. Comment la différencier de l'eczéma et du pityriasis? Dans l'un et l'autre cas, la différence de l'éruption, sa non-délimitation, permettent le plus souvent d'établir le diagnostic *à priori*. De plus, vous ne trouvez pas, dans ce cas, les cheveux cassés qui caractérisent la tondante, et enfin les commémoratifs vous permettront de constater qu'il y a eu dans ces éruptions une période de suintement qui n'appartient pas à la tondante.

Pour les cas mixtes, c'est-à-dire dans lesquels la tondante se complique d'eczéma, vous aurez soin de rechercher outre les caractères de celui-ci, les cheveux cassés et les champignons propres à celle-là.

Dans le psoriasis, le diagnostic à faire est, en général, très-superficiel; mais jusqu'à un certain point, cette éruption pourrait simuler la teigne tondante. Vous trouvez alors au cuir

chevelu des squames grises, arrondies, mais ni tonsure, ni aucun autre caractère de la tondante. De plus, la lésion est disséminée sur d'autres parties du corps.

Quant au diagnostic de la teigne tondante et du favus, en général, il n'est pas difficile avant le traitement, et alors que la surface du derme a été débarrassée de ses croûtes. Dans le favus, le derme est rouge; il est gris dans la tondante. Mais il y a toute une série de diagnostics à faire, quand on a commencé le traitement, et alors que le malade a subi l'épilation. Voyons donc quels sont les caractères différentiels de la tondante après l'épilation.

On a d'abord cité quelques cas dans lesquels le favus coexistait avec la tondante. Mais cette coïncidence est excessivement rare, et quant à moi, je ne me rappelle pas l'avoir jamais constatée. Aussi ne m'y arrêterai-je pas. Néanmoins le fait est signalé dans l'atlas d'Abra, et Fox en aurait également observé quelques cas en Angleterre.

Après l'épilation, la surface du cuir chevelu dans le favus est rouge, lisse; en outre, l'épilation est complète ou presque complète, c'est-à-dire que tous les cheveux ont pu être arrachés, enlevés; tandis qu'il n'en est pas de même dans la tondante, où les cheveux se cassent et où l'on a alors la coloration grise, ardoisée, très-nettement marquée, tandis que les parties saines qui ont été épilées, reprennent leur coloration blanche; de sorte qu'on a alors une surface grise, incomplétement épilée, entourée d'une surface sèche, blanche, complétement épilée.

La teigne tondante est une maladie de l'enfance; on ne la rencontre pas chez l'adulte. Au moment de la virilité elle disparaît. Le sexe paraît être indifférent à son développement, cependant elle est un peu plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et cela s'explique par les mœurs et les habitudes différentes des enfants dans les deux sexes.

Arrivée à un certain âge, la guérison, comme je vous l'ai dit, paraît devoir être spontanée. On ne signale pas de traces anciennes, persistantes, de la tondante.

Beaucoup de moyens de traitement ont été mis en usage contre la tondante, mais je ne vous parlerai que de ceux qui ont fait leurs preuves. Le premier soin auquel on doit recourir, c'est l'épilation de la plaque et des parties avoisinantes; seulement ici, elle est extrêmèment difficile à cause de la facilité avec laquelle les cheveux se cassent sous la pince. Or, il faut savoir que non-seulement le parasite occupe la surface du derme, mais pénètre même presque dans le follicule du cheveu. Aussi l'épilation doit-elle être plus souvent répétée que dans le favus, et c'est probablement à cela qu'il faut attribuer la longue durée de la maladie.

M. Bazin cesse tout traitement après quatre ou cinq épilations, abandonnant à la nature le soin d'achever la guérison.

Quant à moi, je ne laisse sortir les enfants de l'hôpital que lorsque j'ai la preuve assurée de leur guérison, et j'ai par devers moi un certain nombre de faits dans lesquels des enfants abandonnés trop tôt, sont rentrés avec récidive.

L'épilation n'est qu'un moyen d'enlever le plus possible d'éléments de la maladie et de faire pénétrer plus profondément les substances anti-parasitaires dans l'épaisseur du cuir chevelu. Aussi, pendant qu'on la pratique, a-t-on soin de faire des lotions avec une solution de sublimé corrosif au trois centième ou au cinq centième. Outre cela, on se sert, d'habitude, d'une pommade au turbith minéral au trentième.

Une pratique à laquelle j'ai recours depuis quelque temps, c'est de faire raser les cheveux assez souvent une fois que la guérison a été obtenue. Elle a l'avantage de les faire repousser plus vite et avec plus de vigueur. Mais je crains qu'elle ne soit dans certains cas, à l'hôpital, une cause de réinfection, car j'ai vu des enfants atteints de pelade contracter, au moment où l'on s'y attendait le moins, une tondante qui paraissait avoir été transmise par le rasoir.

Outre l'épilation, qui est le moyen classique et celui qui fait loi, j'en ai essayé d'autres. C'est ainsi que j'ai employé le perchlorure de fer, le soufrage continué pendant cinq ou six mois, mais sans avantage. Les hyposulfites ne m'ont pas donné de meilleurs résultats. Enfin, ayant remarqué que certaines plaques de tondante guérissaient plus vite que d'autres, et qu'en général la guérison survenait d'autant plus rapidement, que le cuir chevelu s'enflammait davantage, j'ai eu recours à un procédé empirique, dont je vous ai déjà entretenu, au moyen duquel une femme m'avait dit avoir guéri son enfant. Après avoir fait couper les cheveux et raser le cuir chevelu, je fais faire sur la tête des enfants une application de pommade avec parties égales de chlorure de sodium et d'axonge. Sous l'influence de ce moyen inflammatoire, il survient une véritable dermite, à la suite de laquelle j'ai obtenu des cas de guérison assez rapides. Néanmoins, je ne vous donne ce moyen que comme un essai d'application d'inflammation substitutive et substituée à l'épilation.

A Lyon, on aurait obtenu certains résultats avec l'huile de croton.

Enfin, une précaution indispensable à prendre, dans le traitement de la tondante, c'est d'isoler autant que possible les enfants et de faire en sorte qu'ils n'aient aucun objet de toilette en commun.

Un autre point, très-difficile à établir, c'est celui de l'époque de la guérison. A quel moment l'enfant peut-il être regardé comme guéri? Pour moi, celle-ci n'est complète que du jour seulement où les cheveux ne se cassent plus par la traction, et alors qu'examinés au microscope, ils ne renferment aucun élément parasitaire.

THÉRAPEUTIQUE

De la place que doivent occuper les Dragées Dominique dans la thérapeutique moderne.

par M. le docteur Baron.

Depuis l'Étude en plusieurs articles, qui fut publiée l'année dernière dans la *Gazette des hôpitaux* sur les Dragées Dominique de Vals, cette préparation médicamenteuse a fait son chemin dans la thérapeutique des maladies pour le traitement desquelles sont indiqués les éléments chimiques des Eaux minérales de la source Dominique.

Il n'en devait pas être autrement : l'idée de recueillir les dépôts de cette source rare, d'extraire de ceux-ci les agents les plus actifs, et de ce choix, méthodiquement fait, composer un médicament sous forme de bonbon qui le rende facile à administrer chez tous les malades, cette idée devait être bien venue auprès du médecin. C'est aussi ce qui a eu lieu

Aujourd'hui les Dragées de la Dominique, sont entrées dans la pratique médicale et y rendent les services que l'on peut attendre d'un médicament qui a fait ses preuves.

Il n'est pas inutile, croyons nous, pour les médecins qui aiment à se rendre compte de ce qu'ils font d'après la constitution des agents qu'ils ordonnent, de revenir sur la composition élémentaire des Dragées Dominique et d'en faire apprécier la synthèse.

On sait d'abord que dans la minéralisation puissante de la source Dominique, la chimie a distingué en première ligne les sels de fer, d'arsenic et de phosphore, dont chacun connaît les propriétés et l'emploi qu'en fait la médecine rationnelle de nos jours.

L'élément ferreux s'y présente sous la forme de sulfate basique de

fer dont la formule chimique est celle-ci ($Fe^2O^3 SO^3$ = 25 gr. pour 100 de minéralisation totale.

L'élément arsenical, sous la forme d'arséniate basique de fer dont la formule est (Fe^2O^3) $2AsO^5$ = 13 gr. 50 pour 100.

L'élément phosphoré sous la forme de phosphate basique de fer dont la formule est (Fe^2O^3) PhO^5 = 7 gr. 50 pour 100.

Puis encore de l'oxyde de fer en excès, marquant 35,06 sur les cent grammes de minéralisation de l'eau elle-même.

Telle est la richesse des éléments de la source Dominique de Vals et telle doit être sans contredit la richesse de la matière que déposent les Eaux de cette source sur le terrain où on la recueille avec soin pour en préparer les Dragées médicamenteuses qui font ici l'objet de notre étude.

Nous ne dirons pas les travaux d'aménagement méthodique qui ont été faits par l'Administration des Eaux de Vals pour que rien ne fût perdu de ces dépôts naturels, mais encore pour qu'on pût les conserver sur place, et les en retirer à propos, lorsque le moment de les prendre, pour en faire la préparation des Dragées, est venu. Du reste l'analyse de la matière prise dans ces dépôts a été faite par M. Frédéric Wurtz, chef du laboratoire de la Pharmacie centrale de France, et l'épreuve a démontré, jusqu'à une fraction près, que la minéralisation de l'eau y est bien intégralement comprise.

Ainsi aucun doute ne reste possible à cet égard : il est constant et avéré que les agents thérapeutiques qui font la richesse de la source Dominique, si estimée pour l'excellence de sa composition médicamenteuse, se trouvent bien dans les Dragées, et y sont incorporés avec tout l'art dont on dispose dans le laboratoire que nous venons de nommer.

Il resterait à faire ressortir encore la préférence, que méritent les substances de matière médicale, lorsqu'elles proviennent du grand labora'oire de la nature, sur celles qui sont le résultat des travaux de la chimie; mais les médecins auxquels s'adresserait cette remarque nous dispensent de ce soin : ils savent par expérience qu'en fait de médicament, les produits de l'art chimique même perfectionnés sont inférieurs de propriétés curatives et d'activité aux produits naturels quand on peut les recueillir dans toute leur intégrité, comme on le fait pour les dragées de la Dominique.

Constatons donc avant tout qu'il y aura avantage, dans les cas nombreux où le praticien sera mis à même d'ordonner le Fer, l'Arsenic et le Phosphore à ses malades, d'avoir recours à cette préparation facile et agréable, et d'en prescrire les Dragées avec la confiance d'en obtenir les meilleurs effets curatifs.

Cela posé pour la connaissance intime de cette préparation, qui se recommande par elle-même, on sera maintenant de notre avis quand nous dirons qu'elle est bien venue en son temps, c'est-à-dire à une époque où elle pouvait remplir son objet et répondre à un besoin actuel de la médecine. Expliquons-nous à cet égard, quoique nos confrères comprennent d'avance ce que nous allons dire.

Il est certain que le médecin de notre temps a deux grandes préoccupations qui dominent sa pratique, et cela, soit qu'il exerce son art dans la clinique des hôpitaux, soit qu'il l'exerce dans la clientèle privée. La première de ces préoccupations se rapporte à l'espèce des médicaments, la seconde se rapporte à l'espèce des maladies. Il en a été ainsi de tout temps : il y a eu toujours une maladie régnante qui a captivé l'attention des médecins, et cette maladie a provoqué la vogue du médicament qui la guérit.

La maladie qui de nos jours captive l'attention du médecin est l'anémie; c'est-à-dire une constitution organique qui laisse à désirer du côté de la circulation et des propriétés vitales du sang. Cette constitution organique n'est pas seulement une maladie par elle-même, elle est encore le fonds de la plupart des maladies qui atteignent notre génération actuelle.

Toutes les affections nerveuses aujourd'hui sont grevées d'anémie; toutes les fièvres sont anémiques au fonds. Les enfants sont généralement anémiques ou lymphatiques; les vieillards sont tributaires de l'anémie. Les femmes surtout sont anémiques et pèchent par l'activité circulatoire et la vitalité du sang.

Le sang se compose de globules qui en sont les éléments principaux, mais les globules qui devraient être rouges pour avoir toute leur vigueur deviennent pâles ou blancs et diminuent de nombre dans le liquide où ils nagent, ce qui est le caractère fondamental de l'anémie et ce qu'on appelait autrefois le lymphatisme ou la décomposition sanguine.

Toutes les faiblesses de constitution, soit dans l'état de santé ordinaire, soit dans l'état de souffrance et de maladie, sont réputées aujourd'hui de nature anémique, et y avoir leur cause quand elles n'en sont pas les effets.

De telle sorte que lorsqu'on est malade de nos jours, il doit paraître rationnel aux médecins d'avoir recours aux médicaments qui ont pour effet de relever l'organisme de l'état de cette faiblesse générale, et dans les cas où la maladie réclame un autre agent d'action, comme dans les fièvres intermittentes, il est encore bon et utile d'associer au médicament antifébrile le médicament qui porte son action sur le manque d'activité circulatoire ou sanguine qui accompagne la maladie principale.

Il reste à se demander quel est, dans la matière médicale, l'agent que l'expérience de tous les siècles a reconnu comme le plus efficace pour ramener le ton voulu dans la circulation, en même temps que pour rétablir dans sa vigueur normale les globules sanguins, desquelles dépendent en quelque sorte la force et la santé de l'homme?

Ainsi posée la question, la réponse suit d'elle-même dans la pensée du médecin. Cet agent est le Fer, le premier des martiaux, ainsi que le désignaient les Anciens, pour dire le plus puissant des médicaments à employer contre toutes les débilités organiques.

La suite de cet article démontrera que le fer, pris dans les dépôts de la source Dominique de Vals, doit avoir des propriétés spéciales à raison de cette provenance. Nous verrons ensuite les effets qu'on doit attendre de l'Arsenic et du Phosphore associés naturellement au Fer dans cette minéralisation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 février 1876. — Présidence de M. Péligot.

COMMUNICATIONS

Électro-chimie. — M. BECQUEREL lit : 1° un travail sur les actions chimiques produites au moyen des décharges d'un appareil d'induction.

2° Une note sur les réductions métalliques produites dans les espaces capillaires.

« Il pourrait bien se faire que, dans la nature organique il se produisit des effets semblables dans les cas de rupture de tissus ou de vaisseaux; supposons, par exemple, qu'un vaisseau qui traverse un muscle éprouve une rupture en un point quelconque, il y a aussitôt diffusion du sang dans le muscle, formation d'un coagulum qui se trouve en contact d'une part avec le sang, de l'autre avec le liquide humectant le muscle; il doit se produire alors une action électro-capillaire, donnant lieu à une action réductive ou oxydante, suivant la nature du liquide, avec lequel le sang se trouve en contact quand il se coagule. Les produits qui se forment alors peuvent concourir à la fermeture de l'ouverture. Je me borne à indiquer les forces qui interviennent, étant dans l'impossibilité de connaître les produits formés.

Dans les plaies recouvertes d'une toile enduite d'une substance de nature à conduire à une guérison, de semblables effets sont produits sans aucun doute. »

Thermo-chimie. — M. BERTHELOT étudie la formation des éthers.

M. MARTHA-BECKER adresse un complément à ses communications précédentes sur l'éther.

Physique du globe. — M. A. CROVA transmet une note sur la répartition de la radiation solaire à Montpellier pendant l'année 1875.

Chimie organique. — M. REBOUL adresse une note sur un nouveau propylène chloré.

Chimie organique. — M. TSCHERNIAK présente une note sur les produits de l'action du chlorure de chaux sur les amines.

Pathologie. — M. J. GAYAT présente un travail intitulé : *De la conjonctivite granuleuse*, résumé de deux missions ayant eu pour objet l'étude des maladies oculaires en Algérie (*sera publié*).

Physique du globe. — M. TISSANDIER présente deux exemples intéressants de cristallisation des eaux météoriques.

Géologie. — M. ROBERT envoie une note sur les traces de dislocation que présente le terrain tertiaire dans la vallée de l'Oise.

L'étude des terrains tertiaires situés entre Pontoise et Creil, conduit l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

« D'après la configuration des terrains tertiaires qui forment, dans les environs de Précy, de chaque côté de la rivière, deux espèces de promontoires, à strates légèrement inclinées du sud-ouest au nord-est, il me paraît difficile de ne pas admettre que, dans le principe, ces terrains ne faisaient qu'un ; d'où il suit que, pour avoir livré passage à une rivière telle que celle de l'Oise, qui est si encaissée, il a fallu qu'il se soit produit sur ce point une *faille* énorme. Ne serait-ce pas de cette façon qu'on pourrait expliquer le tracé de ce grand cours d'eau, arrosant une grande vallée, qui ne serait alors que le résultat d'un déchirement du sol, par des forces souterraines, parallèlement aux plissements de la craie signalés par M. Hébert, dans le Nord de la France, et non d'un creusement par les eaux, qui l'auraient plutôt comblée en partie ? »

La séance est levée à quatre heures un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 février 1876. — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Numération des globules du sang chez les nouveau-nés. — M. LÉPINE, en son propre nom et au nom de ses élèves MM. Germond et Schlemn, communique les résultats qu'il a obtenus de la numération des globules du sang chez les nouveau-nés.

Il a eu recours, dans ces expériences, au compte-globules de M. Hayem, et le sang qui lui a servi était celui d'une piqûre du gros orteil ou de la région métacarpo-phalangienne. Voici les résultats qu'il a constatés : le lendemain même de la naissance, il y a une augmentation considérable du nombre des globules, augmentation qui, en moyenne, est d'un demi-million. Dès le second jour, au contraire, on constate une brusque diminution, qui va en se continuant sans interruption jusque vers le huitième jour. Cette différence en moins est, en moyenne, dans cet espace de temps, de douze cent mille globules. Lorsqu'au lieu de cette diminution régulière et progressive, on constate des alternatives d'augmentation et de diminution, ces alternatives correspondent habituellement à un état pathologique quelconque.

Restait à déterminer le rapport qui existe entre ces variations dans le nombre des globules et le poids de l'enfant. M. Lépine a reconnu que ce rapport était très-exactement inverse. On sait, en effet, que dans les premiers moments de la vie, le poids de l'enfant diminue d'une façon notable par suite de la perte du méconium; or, c'est précisément à cette diminution de poids que correspond l'augmentation de globules signalée par M. Lépine dès le premier jour de la naissance. Inversement, à partir du moment où le poids de l'enfant commence à augmenter graduellement, le nombre des globules dans le sang diminue proportionnellement. Si, par suite d'un état pathologique, on observe des alternatives d'augmentation et de diminution dans le nombre des globules, à l'augmentation correspond toujours une diminution du poids, et, inversement, à la diminution des globules correspond une augmentation du poids. Ainsi, chez deux enfants, le poids ayant été trouvé le même chez chacun d'eux, au quatrième et au douzième jour après la naissance, le nombre des globules a été également trouvé le même, ces deux jours.

Il résulte de tout ce qui précède, qu'il existe un rapport inverse très-exact entre le poids des nouveau-nés et le nombre des globules de leur sang.

Atrophie musculaire consécutive à une contracture secondaire. — M. PITRES fait une communication relative à un cas d'atrophie musculaire consécutive à une contracture secondaire, observé à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot. Il s'agit d'une malade, qui fut frappée, il y a plusieurs années, d'hémiplégie du côté droit. Les membres paralysés devinrent le siége d'une contracture secondaire et plus tard on vit apparaître dans le membre supérieur droit une atrophie des muscles de la main, de l'avant bras et de l'épaule. A l'autopsie, on trouva ces muscles pâles, flasques, jaunâtres et réduits à l'état de lamelles fibro-graisseuses. Dans l'hémisphère gauche du cerveau existait un foyer ocreux du volume d'une amande siégeant à la partie antérieure du noyau extra-ventriculaire du corps strié, et ayant détruit une grande partie des fibres de la capsule interne. De ce foyer partait une sclérose descendante que l'on pouvait suivre dans le pédoncule cérébral et la pyramide antérieure du côté gauche et dans toute la hauteur du cordon latéral droit. En outre on trouva dans une étendue de un centimètre environ, à la partie supérieure du renflement cervico-brachial une sclérose de la corne antérieure droite avec destruction des grandes cellules de cette corne.

M. CHARCOT fait ressortir l'intérêt que présente la communication de M. Pitres au point de vue de la pathologie spinale. On sait que, dans les cas d'hémiplégie permanente de cause cérébrale, la paralysie peut durer très-longtemps sans altérations appréciables, dans les muscles du côté paralysé. Ce n'est qu'après plusieurs mois qu'ils commencent à s'émacier. Dans les cas où apparaît l'atrophie musculaire, on peut en conclure qu'il existe une lésion des cornes antérieures de la moelle. Il est très-rare de voir la véritable atrophie musculaire progressive se développer sur un membre paralysé. Or dans le cas que vient de rapporter M. Pitres, M. Charcot avait annoncé, comme lésions, une lésion de la capsule interne en rapport avec l'hémiplégie permanente, une sclérose descendante et une lésion de la corne antérieure en rapport avec l'atrophie musculaire. Il s'agissait là, suivant M. Charcot, d'une atrophie musculaire symptomatique et secondaire et non d'une atrophie musculaire progressive primitive, protopathique. Toutefois, la lésion anatomique que produit cette dernière est également la destruction des cellules de la corne antérieure.

M. DUMONTPALLIER demande s'il existe une relation nécessaire entre la sclérose des cordons latéraux et la lésion des cornes antérieures dont vient de parler M. Charcot.

M. CHARCOT répond qu'il y a là deux états pathologiques très-distincts, l'un qui est l'atrophie musculaire progressive vulgaire, protopathique, dans lequel le cerveau peut être parfaitement sain, la lésion étant primitivement et purement spinale, et occupant les cornes antérieures de la substance grise, et l'autre dans lequel la lésion primitive est la sclérose des faisceaux latéraux, lésion à laquelle peut venir s'ajouter celle des cornes antérieures, et alors, au point de vue de la symptomatologie, à ce côté moteur, pour ainsi dire, caractérisé par la paralysie, la contracture, vient se joindre le coté nutritif, caractérisé par l'atrophie musculaire.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en 1873.

O. = officier de santé; M. C. = médecin cantonal. A moins d'indications contraires, tous les lauréats sont docteurs en médecine ou sages-femmes.

Prix de 1,500 *francs*, partagé entre : MM. Crouigneau, à Dijon

(Côte-d'Or); Monot, à Montsauche (Nièvre), et Sedan, médecin aide-major de première classe au 4e régiments de zouaves.

Médailles d'or. — MM. Bontemps, O. à la Motte-du-Caire (Basses-Alpes); Caussade fils, à Bordeaux (Gironde); Chevalier, à Provins (Seine-et-Marne); Guérin, M. C. à Remollon (Hautes-Alpes).

Médailles d'argent. — Mmes veuve Alaine, à Gespunsart (Ardennes); Bachelier, à Châtellerault (Vienne); veuve Bareau, à Cholet (Maine-et-Loire); Barret, à Ambérieu (Ain); MM. Barrion, à Châtillon (Deux-Sèvres); Baudouin, médecin aide-major de première classe au 13e régiment de chasseurs à cheval, à Paris (Seine); Mlle Bauduin, à Vannes (Morbihan); MM. Benoît, à Apt (Vaucluse); Bermont, à Norroy-le-Sec (Meurthe-et-Moselle); Bonnardot père, O. à Genlis (Côte-d'Or); Mmes Bonnetaud, née Rozier, à Panazol (Haute-Vienne); Boulade, à Tarnac (Corrèze); MM. Bravard, à Sury (Loire); Breton, à Vigeois (Corrèze).

MM. Cambriels, O. à Saint-Sauveur-de-Salangue (Pyrénées-Orientales); Catel, à Saint-Dizier (Haute-Marne); Mme Caumel, à Montflanquin (Lot-et-Garonne); MM. Chambon, vaccinateur au 9e arrondissement de Paris; Chégut, à Chavagnes (Allier); Clément, à Beaujeu (Rhône); Commaille, docteur ès-sciences, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Marseille; Couderc, à Salviac (Lot); Coudrin, O. à la Boissière-de-Montaigu (Vendée); Courcelle, à Laval (Mayenne); Courvoisier, à la 7e circonscription de Belfort.

MM. Dagaud, à Alby (Haute-Savoie); Daird, à Espelette (Basses-Pyrénées); Daniel, à la Seyne (Var); Mmes Dauzas (Joséphine), à Fleurance (Gers); Dard, à Troyes (Aube); M. Dartigues, à Sauveterre-de-Guyenne (Gironde); Mlle Daudé, à la Canourgue (Lozère); M. de Fleury, à Angoulême (Charente); Mmes Deprun, à Neuvic (Corrèze); Dougados, à Castres (Tarn); Dubois, à Calais (Pas-de-Calais); veuve Dufour, à Tonneins (Lot-et-Garonne); M. Dugat, à Orange (Vaucluse). Mmes Dumazet, à Mainsat (Creuse); Escassut, à Saint-Cernin (Cantal);

Mlle Faichaud, au Blanc (Indre); MM. Faraut (H.), à Nice (Alpes-Maritimes); Fougeron, O. à Massignac (Charente); Fouchard, à la Cambe (Calvados); Mme Françoise-Julien, à Murat (Tarn).

M. Gaillard, à Pontrieux (Côtes-du-Nord); Mmes Gallen, à Lorient (Morbihan); Gauthier, à Limoges (Haute-Vienne); Gentialon, à Saint-Jean-Soleymieux (Loire); Goron, à Lisieux (Calvados); Grenier, à Thiviers (Dordogne); M. Guillemaut fils, à Louhans (Saône-et-Loire).

Mmes veuve Hély, née Crotté, à Montereau (Seine-et-Marne); Hérard, à Chartres (Eure-et-Loir); MM. Hoursolle, à Bayonne (Basses-Pyrénées); Imbert, à Castellane (Basses-Alpes); Mme veuve Jacquemart, à Mouzon (Ardennes); M. Jeanbernat, à Toulouse (Haute-Garonne); Mmes Jeannin, à Bletterans (Jura); Journiac, à Mauriac (Cantal).

MM. Lallour, à Quimper (Finistère); Landeau, O., à Eysines (Gironde); Lannes, à Nailloux (Haute-Garonne), Lautaret, à Barcelonnette (Basses-Alpes); Leca, M. C. à Arbori (Corse); Mmes Lelarge, à Loches (Indre-et-Loire); Lepeltier, à Condé-sur-Noireau (Calvados); Leymarie, à Sarlat (Dordogne); M. Liscoët, à Saint-Pol-de-Léon (Finistère).

MM. Maritoux, à Liernais (Côte-d'Or); Marty, à Dixmont (Yonne); Mme Mathieu, à Nîmes (Gard); MM. Mauret, à Lacanau-Médoc (Gironde); Messier, à Badonviller (Meurthe-et-Moselle); Miroudot, à Villersexel (Haute-Saône); Mmes Morin, à Verdun (Meuse), Oury, à Chartres (Eure-et-Loir).

MM. Pacul père, à Vinça (Pyrénées-Orientales); Panis père, à Reims (Marne); Petit, à Moulins (Allier); Petit, à Givors (Rhône); Pichat, médecin à Pont-Beauvoisin (Savoie); Putel père, à Neuilly (Seine).

Mme Queyriaux, à Ussey (Corrèze).

MM. Renaud, à Gy (Haute-Saône); Reverchon, à Nogent (Haute-Marne); Rivairol, à Montauban (Tarn-et-Garonne); Mme Robin, à Mouzon (Ardennes); M. Rossignol, M. C. à Embrun (Hautes-Alpes); Mmes Rouchaud, à Saint-Apre (Dordogne); Roux (Urs.), à Tarascon (Ariége).

Mme Salter, à Sedan (Ardennes); M. Sapin, à Poule (Rhône); Mmes Saulnier, à Melleray (Sarthe); Seillier, à Beauvais (Oise).

Mlle Templer, à Vannes (Morbihan); M. Thomas, médecin-major de 2e classe au 24e régiment de dragons, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise); Toffard, O. à Lillers (Pas-de-Calais); Mme Tourneur, à Essonnes (Seine-et-Oise).

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Andral, membre de l'Institut, qui a succombé hier matin aux suites d'une courte maladie.

— Par décret en date du 28 janvier 1876, l'enseignement à l'école de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille est organisée ainsi qu'il suit :

Anatomie. — Physiologie. — Pathologie interne et pathologie générale. — Anatomie pathologique. — Hygiène et médecine légale. — Pathologie externe et médecine opératoire. — Clinique obstétricale. — Gynécologie. — Thérapeutique. — Matière médicale. — Botanique et zoologie élémentaire. — Chimie médicale. — Physique médicale. — Pharmacie. (Une chaire pour chacune de ces matières). — Clinique médicale (deux chaires). — Clinique chirurgicale (deux chaires).

Les suppléants, au nombre de huit, sont répartis de la même manière que pour l'École de médecine de Nantes.

— *Corps de santé militaire.* — Sont proposés : pour le grade de pharmacien principal de 1re classe : MM. Roussin et Massie.

2° Pour le grade de pharmacien principal de 2e classe : MM. Cauvet, Courant, Schmitt, Lefranc, et Fontaine.

3° Pour le grade de pharmacien major de 1re classe MM. Parant, Thomas, Judicis, Rives, Marcailhou, Guériteau, Ceisson, Gilet, Rebuffat et Arrufat.

4° Pour le grade de pharmacien major de 2e classe : MM. Leroy, Debraye, Camus, Garnier, Raby, Mather, Fromond, Delahousse, Demandre et Masson.

Traité de l'acide phénique appliqué à la médecine, par le docteur Déclat. — In-8° de 1,200 pages avec photographies, chez Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 20. — JEUDI 17 FÉVRIER 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 17 FÉVRIER 1876. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 16 février 1876.

Les « Nouveaux éléments de physiologie humaine », dus à M. Beaunis, méritent encore quelques observations critiques. C'est un résumé substantiel de nos connaissances dans lequel l'auteur semble n'avoir eu pour objectif que le mécanisme physique et chimique de l'individu, sans souci des modifications que la spécificité de l'agent vital imprime aux organes de la vie.

Il débute par des considérations générales sur la force et le mouvement, et il arrive à cette conclusion : que la pensée est un mode de mouvement, qu'elle a une origine matérielle appelée *âme* chez l'homme, en raison des qualités morales qui le distinguent, enfin, que dans tous les phénomènes physiques et vitaux, il n'y a que du mouvement. La vie, en conséquence, est un mode de mouvement provoqué, jamais spontané, et la science de la vie n'est qu'un chapitre de la dynamique générale.

C'est la déduction du principe de la corrélation des forces.

L'homme n'est pas un être à part, dans la nature, il appartient à l'ordre des *primates* dont il constitue la première famille, et les autres sont les *singes*. La différence, c'est qu'il est un peu plus parfait.

Il est composé d'éléments solides, liquides et gazeux dont l'étude et l'analyse très-bien faites, constituent une partie considérable de l'ouvrage sous la rubrique de chimie physiologique.

Cela fait, M. Beaunis aborde la physiologie de l'individu qui comprend la physiologie cellulaire, la physiologie des tissus, la physiologie générale et la physiologie spéciale.

La physiologie cellulaire est un chapitre singulier. Habitué à donner aux mots le sens du dictionnaire et à parler le français, je croyais que le mot cellule avait une signification rigoureuse et que j'allais lire quelque chose sur cet élément que l'on a dit être l'origine de tous les organismes connus. « Tout organisme, tout élément anatomique est une cellule ou dérive d'une cellule, dit M. Beaunis. » Eh bien, pas du tout. Il paraît que souvent la membrane d'enveloppe n'existe pas, et que ce qu'on appelle cellule est une masse demi-solide avec un noyau. Cela s'appelle une cellule *sans paroi*. J'ai déjà eu l'occasion de faire la critique de ce langage obscur et inadmissible, dans mon *Histoire des doctrines médicales* (1), à propos de la pathologie cellulaire, et je la renouvelle ici. Comment veut-on être compris, si l'on crée un langage à part pour exprimer sa pensée et si l'on donne, à des mots usuels compris de tout le monde, une signification opposée à celle que chacun doit comprendre. Quoi ! voilà une théorie qui s'annonce sous le titre de pathologie cellulaire et qui prétend démontrer, que tout dérivant d'une cellule avec paroi, les lésions histologiques, ne sont que des transformations cellulaires. Cela s'accepte pendant quelques mois. Puis on démontre que la cellule, telle qu'on l'entendait d'abord, *avec paroi*, n'existe pas au début de tout organisme nouveau et de toute lésion. Une pareille objection devrait être la condamnation et le rejet de la théorie cellulaire, mais pas du tout. C'est le mot cellule que l'on rejette, et auquel on va donner une signification nouvelle et absurde pour que la théorie n'ait pas tort. Des cellules sans paroi ! Mais si jamais ce sens pouvait être adopté, ce serait le bonheur des condamnés à l'emprisonnement cellulaire. Les prisonniers ne demandent que cela et n'ont pas d'autre rêve. Quel malheur que ce patois médical et physiologique ne puisse être adopté par l'État. Des cellules sans paroi ! mais c'est la boîte sans carton, c'est la cage sans barreaux, c'est la maison sans murailles, et on ne finirait pas si l'on voulait, par des analogies multiples, accabler la physiologie et la pathologie cellulaires ayant la prétention d'étudier les propriétés de cellules imaginaires, c'est-à-dire de cellules sans paroi et sans enveloppe.

Que la physiologie se fasse globulaire, s'il le faut, pour ces atomes de *protoplasma*, que l'on a pris à tort pour des cellules, mais qu'elle ne dise pas que c'est là de la physiologie cellulaire. La science ne peut que souffrir par de pareils abus de langage.

Quoi qu'il en soit, M. Beaunis expose la physiologie de ce qui est cellule et globule. C'est incomplet à mon sens, et il n'a pas étudié ce qui s'est fait avant lui dans cette direction, notamment mes recherches sur les attributs de la vie (2), où cette question est traitée dans tous ses détails. Il indique ensuite la physiologie des tissus connectifs, des épithéliums, du tissu musculaire et du tissu nerveux. Ce sont des chapitres intéressants et instructifs.

Il aborde ensuite la physiologie générale et la physiologie spéciale. Là se trouvent les recherches récentes sur la nutrition, sur la respiration, sur les glandes, sur le mouvement et sur l'innervation.

(1) E. Bouchut, *Histoire de la médecine et des doctrines médicales*. — Paris, 2 volumes in-8°. Seconde édition.

(2) E. Bouchut. *Des attributs de la vie*, deuxième édition, 1876.

Cette partie est très-intéressante, sobre de développements, claire et succinte. Elle donne une idée très-exacte de la physiologie expérimentale, et là, comme il y a peu de théories à faire, mais des faits à raconter, le livre est bon à lire. J'ai seulement remarqué des fautes d'histoire assez importantes, entre autres celle qui rapporte à un physiologiste vivant des découvertes qui ne lui appartiennent pas. Mais cela se fait très-généralement aujourd'hui. On glorifie les vivants et les puissants au détriment des morts.

J'apprécie beaucoup moins la portée psychologique et philosophique qui termine le livre. Comme psychologie, c'est insuffisant, et comme philosophie zoologique, les pages relatives à l'origine des espèces et de l'espèce humaine en particulier, sont passibles de bien nombreuses objections. Il ne me paraît pas possible de donner place au transformisme de Darwin, sans montrer au moins tout ce que cette doctrine contient d'hypothèses et d'absurdités qui font rire ceux qui prennent la peine de lire attentivement cet ouvrage. La nécessité créant des tissus et des organes et le besoin qu'a l'homme de plaire à la femme, lui ayant fait pousser la barbe comme ornement du visage est une plaisanterie qui, selon moi, enlève à un auteur la considération de ceux qui pratiquent sévèrement la science et se gardent avec soin de toute hypothèse que répudie l'observation.

Tel est le livre de M. Beaunis. Riche de faits dans la partie expérimentale de la physiologie, il est, dans ses parties doctrinales et philosophiques, un peu trop bourré de théories qui attendent leurs preuves. Il est clairement écrit et pourra être utile aux jeunes médecins qui recherchent un résumé des découvertes récentes de la physiologie. E. Bouchut.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Leçon sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1).

(Recueillie par M. Jalaguier, interne du service.)

II

Je me suis étendu longuement sur l'analyse de tous les phénomènes nerveux qui accompagnèrent cet herpès génital, d'abord parce qu'ils me frappèrent vivement, qu'ils eurent une certaine gravité et une assez longue durée, et puis parce que le malade, qui était intelligent et observateur, rendait très-nettement compte de ses sensations.

Eh bien, en les résumant, que voyons-nous? Une lésion bénigne, toute locale de la muqueuse préputiale, n'occupant qu'un ou deux centimètres carrés, composée de trois ou quatre érosions superficielles, qui, après être restée indolente pendant quelques jours, devient le siége de phénomènes tout à fait hors de proportion avec elle. Puis, ces phénomènes douloureux, primitivement confinés sur le prépuce, s'étendent de tous les côtés, envahissent le fourreau, le périnée, les fesses, les cuisses, les jambes, même le pied gauche, et ils sont en tout semblables, sauf l'intensité, à ceux qu'on observe dans les névralgies sciatique et crurale.

Il me semble que les rapports de causalité entre l'herpès préputial et ces accidents névropathiques des extrémités inférieures sont mis hors de doute par toutes les circonstances qu'a présentées cette singulière affection. Ne sont-ils pas survenus dans son cours, au moment où les érosions devenaient elles-mêmes le siége de douleurs névralgiformes? Ne se sont-ils pas calmés peu à peu, à mesure que l'hyperesthésie paroxystique du prépuce diminuait? Enfin n'ont-ils pas disparu à l'époque où s'est effectuée la cicatrisation des érosions herpétiques? etc., etc.

Ici, l'élément nerveux a donc été suscité par l'herpès et subordonné à lui, depuis le début jusqu'à la terminaison. Sachez qu'il n'y avait à ce moment chez le malade, ni fièvre, ni courbature, ni état névropathique général, ni même aucune des manifestations rhumatismales très-légères qu'il eut plus tard. Il était en parfaite santé. Comment et pourquoi fut-il atteint de cet herpès préputial? C'est ce qu'il m'a été impossible de découvrir. Comment cet herpès, d'abord indolent, devint-il plus tard douloureux? Voilà encore ce que je ne puis vous dire.

Quant aux *phénomènes* d'irradiation douloureuse, qui ont atteint des proportions extraordinaires que je n'ai pas rencontrées depuis au même degré, il me semble qu'on peut raisonnablement les ranger dans la catégorie des *actions réflexes*. Ils ne sont pas nés spontanément, remarquez-le bien, je vous prie; ils ont été suscités par d'autres phénomènes douloureux antérieurs à eux, qu'ils n'ont fait que réfléchir en agrandissant leur image et même en la *défigurant* au point de lui donner les traits originaux d'une modalité symptomatique, qui trouvait en elle-même sa raison d'être.

Mais pourquoi cet herpès, d'abord indolent, est-il devenu si étrangement douloureux, sans y être provoqué par aucune cause excitante locale ou générale? Ne dirait-on pas qu'un élément nerveux est venu s'associer à lui, sans y être poussé par quoi que ce soit, et qu'il a tout à coup changé la physionomie et modifié les allures d'une affection toute simple, qui parcourait innocemment sa carrière et ne demandait qu'à terminer ses jours en paix avec elle-même et avec l'organisme sur lequel elle s'était implantée?

III

Du moment que je fus sur la voie de l'herpès génital douloureux, je ne perdis pas et je cherchai même l'occasion de l'étudier. Mais j'en rencontrai peu; et puis tous les sujets ne se prêtent pas à cette étude. Combien trouvez-vous de gens qui vous disent vaguement qu'ils souffrent ici ou là, à tel ou tel moment, et qui sont incapables de descendre plus avant dans l'analyse de leurs sensations! J'ai eu cependant la chance de pouvoir recueillir, chez quatre ou cinq autres malades intelligents, qui se prêtaient à mes investigations et les secondaient par la netteté et la précision de leur récit et de leurs réponses, de nouveaux documents cliniques avec lesquels je suis en mesure de compléter l'histoire de l'herpès génital névralgique.

Le malade précédent n'en fut pas quitte, du reste, avec sa première attaque. Il en a eu d'autres depuis. Je vous l'ai dit, l'affection herpétique des organes génitaux est essentiellement sujette à récidives. Un de mes confrères et amis, M. le docteur Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage, qui a écrit sur elle une excellente monographie, l'a désignée avec raison sous le nom d'*herpès récidivant*. Chose remarquable, elle s'est toujours présentée chez mon malade avec les mêmes caractères douloureux. Aussi n'a-t-il jamais manqué de me consulter à chaque attaque. Aucune n'a été aussi forte que la première.

Continuons son histoire. J'ai pris chaque fois les notes les plus détaillées sur ce cas bizarre, et je n'aurai qu'à vous les lire.

Deux fois de suite, comme vous l'allez voir, l'herpès se pro-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 janvier.

duisit ailleurs qu'aux organes génitaux, mais dans leur voisinage, et il n'en fut pas moins douloureux.

Un an après sa première attaque, en août 1871, M. A... vint me consulter pour des douleurs vives qu'il éprouvait dans les lombes, du côté gauche. Il se croyait atteint d'une *rachialgie rhumatismale*. La veille ou l'avant-veille il avait ressenti quelques cuissons au pourtour de l'ombilic, principalement à gauche, au niveau d'un point où, un an auparavant, j'avais fait une piqûre d'épingle. Il faut vous dire que, pour le tranquilliser, lors de sa première attaque d'*herpès douloureux*, j'avais inoculé la sérosité purulente des érosions sur l'abdomen; il en était résulté une petite papule rouge, qui s'était flétrie au bout de deux ou trois jours.

C'est le 14 août 1871 que les sensations morbides avaient débuté dans les lombes et à l'ombilic.

Le 16, les picotements ombilicaux devinrent plus vifs, et en même temps la lombalgie prit un caractère décidément *névralgique*. Au lieu de la gêne, du malaise et de la sensation de courbature qui avaient existé les deux jours précédents, il y eut, à partir de ce moment, des irradiations douloureuses très-aiguës dans la région sacrée et vers la fesse du côté gauche, jusqu'au pli ischio-fémoral. Çà et là, dans ces diverses régions, la peau présentait de larges *plaques d'hyperesthésie*.

Le 17 (quatrième jour), il se forma un disque de rougeur diffuse à gauche de l'ombilic, et dans la soirée, sur ce disque d'hyperémie circonscrite, qui avait 1 ou 2 centimètres de diamètre, s'élevèrent huit ou dix petites vésicules d'herpès presque imperceptibles et transparentes.

Le 18, elles devinrent purulentes. Les douleurs lombaires et ischio-fessières, qui avaient persisté jusqu'alors sous la forme paroxystique, cessèrent tout à coup pour ne plus revenir.

Quant à l'herpès ombilical, il poursuivit son cours, s'éroda, puis se guérit au bout de cinq ou six jours sans provoquer de nouvelles douleurs. Mais une adénopathie symptomatique très-douloureuse survint dans le ganglion lymphatique le plus externe du pli inguinal.

Ici, comme vous le voyez, les perturbations de la sensibilité, les douleurs irradiantes ont précédé de quatre jours l'éruption du disque herpétique, et elles ont cessé du moment que les vésicules sont devenues purulentes et se sont ouvertes. La lésion cutanée a donc été secondaire, subordonnée, dans l'enchaînement des phénomènes. Ne vous semble-t-il pas qu'elle a servi de *crise salutaire* à la douleur?

Si vous ne connaissez pas *l'herpès zoster*, vous pouvez vous en faire une idée d'après ce que je viens de vous décrire. Seulement, dans le zona, il y a d'ordinaire cinq, six, ou même un plus grand nombre de plaques d'herpès, disséminées sur le trajet des nerfs, dans une des moitiés du corps. L'éruption de ces plaques est aussi précédée pendant quelques jours d'irradiations douloureuses, qui peuvent s'élever à un haut degré d'intensité. Pour M. Delioux, l'herpès est la crise de la névralgie. Je ne serais pas éloigné de partager cette manière de voir. Je vous engage à lire un excellent mémoire sur le zona publié par mon savant collègue et ami M. le docteur Jules Parrot.

Ne trouvez-vous pas curieux que la plaque d'herpès se soit développée dans le point précis où, un an auparavant, avait été inoculée la sérosité purulente de l'herpès génital?

(*A suivre.*)

HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG. — M. Eug. Boeckel.

Nombreux corps libres dans l'articulation métacarpo-phalangienne du médius. — Extraction par une large incision. — Pansement de Lister. — Guérison avec retour intégral des mouvements.

Observation recueillie par M. Fallet, interne du service.

Jean S..., âgé de cinquante-quatre ans, employé, se présente, le 20 juillet 1875, à la salle 105, pour une affection articulaire de la main gauche. C'est un homme robuste, d'une bonne constitution, qui n'a eu d'autres maladies antérieures qu'une attaque de choléra en 1854, et des douleurs rhumatismales dans la jambe gauche, en 1870.

Il y a cinq mois environ, le malade heurta violemment la face dorsale de sa main droite. Il n'en fit pas grand cas d'abord; mais un mois plus tard, la main commençant à enfler et à devenir douloureuse, il consulta M. le docteur Levy, qui prescrivit des badigeonnages de teinture d'iode. Ceux-ci causèrent une forte vésication de la peau, sans influer sur la marche de la tumeur, qui augmenta lentement de volume.

On fait entrer le malade à l'hôpital, et l'on constate alors que la tête du troisième métacarpien gauche et l'articulation correspondante sont le siége d'une tuméfaction diffuse de 4 centimètres et demi de diamètre dans tous les sens sans changement notable de couleur à la peau, et qui n'occupe que la face dorsale de la main sans envahir la face palmaire. Les mouvements du médius sont très-limités et très-douloureux; la première phalange du doigt n'est pas envahie, mais la tête du métacarpien paraît augmentée de volume, et ce gonflement s'étend jusque vers le milieu du métacarpien. La tumeur est rénitente, élastique sur certains points, mais présente en outre une plaque dure, non adhérente à l'os, et qui donne lieu à une espèce de crépitation lors des mouvements qu'on lui imprime. M. Boeckel compare cette sensation à celle que donnent les grains riziformes des kystes tendineux du poignet. Il ne peut pas se prononcer sur la nature précise de la tumeur, et hésite entre une arthrite déformante et un néoplasme en partie ossifié; mais, vu les douleurs et l'incapacité de travail qui en résulte, il se propose d'extirper la masse morbide et de réséquer, en cas de besoin, la tête du métacarpien.

L'opération est pratiquée le 23 juillet 1875, d'après la *méthode antiseptique de Lister*.

Après anesthésie chloroformique, on fait une incision de 7 centimètres sur le milieu de la face dorsale de la main, le long du bord externe du tendon extenseur du médius, à partir de la tête du métacarpien. L'articulation est ouverte du premier coup, et l'on voit paraître un corps cartilagineux d'un blanc-bleuâtre qui se trouve être complétement libre. On l'extrait ainsi que six autres corps logés dans les différents replis de l'articulation. La synoviale est épaissie, gélatineuse et a donné naissance à cinq prolongements, contenant d'autres corps cartilagineux en partie ossifiés. On les incise avec des ciseaux courbes.

La tête articulaire est alors largement à nu; elle est un peu déformée par la pression des corps mobiles, mais nullement altérée, du reste. On se décide donc à ne pas y toucher. Trois petites artérioles sont liées avec du catgut (corde à boyau phéniquée), qu'on coupe près du nœud; puis toute la plaie est réunie par huit points de suture entortillés et recouverte par le taffetas ciré et la mousseline de Lister. Ce n'est qu'alors qu'on cesse la pulvérisation d'eau phéniquée.

On moule ensuite une gouttière plâtrée sur l'avant-bras et la main placés dans l'extension, et l'on applique une vessie de glace sur la région de la plaie.

Dans la journée, le malade éprouve quelques douleurs, que l'on calme par une petite injection de morphine. Température du soir, 37°,6.

Les corps articulaires libres sont formés par du cartilage hyalin, à cellules très-régulières. Le plus grand mesure 15 millimètres de long sur 10 millimètres de large et 2 d'épaisseur; deux autres sont un peu plus petits; les quatre derniers n'ont que le volume d'un

grain de blé aplati. Parmi les cinq corps articulaires encore fixés à la synoviale, deux sont complétement ossifiés, présentant des corpuscules osseux du type physiologique ; les autres ne le sont qu'au centre.

24 juillet. — La nuit a été bonne; le malade n'a pas souffert. On renouvelle le pansement sous le brouillard phéniqué; dans la cavité articulaire, il s'est accumulé une certaine quantité de sérosité, à laquelle on donne issue avec un stylet, après avoir retiré la moitié des épingles. Un très-petit tube de caoutchouc est placé dans le trajet du stylet, pour prévenir de nouvelles accumulations. Puis on remet le taffetas, la mousseline et la vessie de glace. Température, 37° matin et soir.

25 juillet. — Renouvellement du pansement, qui est imbibé d'un peu de liquide. Température, 37°.

26 juillet. — Enlèvement des dernières épingles et suppression du tube de caoutchouc et de la glace. Le trajet ne donne, dans les vingt-quatre heures, qu'une tache de sérosité purulente. Température, 37° le matin et 38°,2 le soir.

28 juillet. — Suppuration très-faible. Température 36°,8 le soir.

31 juillet. — Il y a encore un très-léger suintement par la fistulette ; aussi le pansement à la mousseline n'est plus renouvelé que tous les deux ou trois jours. Le malade demande à quitter l'hôpital; on le lui accorde, à condition qu'il garde sa gouttière plâtrée et par conséquent l'immobilité jusqu'à entière siccité de la plaie.

10 août. — L'opéré se représente à la visite. La cicatrisation est achevée depuis plusieurs jours ; il n'y a plus même de croûte. On enlève l'appareil plâtré et l'on recommande des bains de malt et des exercices gradués pour rétablir les mouvements des doigts.

Le 2 décembre, S... est présenté à Société de médecine de Strasbourg. La cicatrice du dos de la main est à peine visible, et les mouvements du médius sont aussi libres que du côté opposé; la flexion de la première phalange va jusqu'à l'angle droit comme dans l'état normal, et l'extension est complète.

Dans l'opinion de M. Boeckel, ce résultat si favorable est dû en grande partie au pansement de Lister, qu'il emploie depuis une année sur une assez large échelle. L'ensemble des observations sera publié prochainement.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nouveau cas d'aphasie ou de la perte de la parole, provenant de la perte des mouvements coordonnés nécessaires à l'acte de la prononciation des mots, sans nulle lésion des facultés intellectuelles,

Par M. le professeur Bouillaud.

I.

Le malade est un avocat d'une trentaine d'années, de Châtellerault, ville dans laquelle habitait aussi un des aphasiques dont j'ai déjà publié l'observation, bien connue d'ailleurs du malade actuel et du médecin qui le soignait, lorsque le 28 décembre dernier il vint me voir, accompagné de sa jeune femme.

Dans une des nuits du mois de juin 1875, tout à coup, et sans aucune cause connue, il s'aperçut, avec une émotion profonde, qu'il était paralysé du côté droit, et qu'il avait perdu la parole, sans que d'ailleurs son intelligence eût éprouvé la moindre atteinte. En effet, il comprenait parfaitement et les paroles, et les idées, et les sentiments de sa femme, que l'accident, si brusque et si peu prévu dont il venait d'être frappé, avait en quelque sorte bouleversée et plongée dans une extrême affliction. Quelque sensible qu'il fût, moralement et intellectuellement, à l'état de sa femme et à son propre état, il était absolument impossible au malade de témoigner cette sensibilité par aucune parole.

Puisqu'il comprenait les discours qu'on lui adressait, il aurait pu, à défaut de réponses parlées, recourir aux réponses écrites. Mais malheureusement, comme il arrive, à peu près constamment dans le cas d'hémiplégie du mouvement, avec perte de la parole, cette hémiplégie portait sur le côté droit de la main, et la main de ce côté était par conséquent inhabile à l'écriture, dont elle est l'organe.

La paralysie du mouvement du côté droit du corps disparut graduellement, et le malade alors put écrire un certain nombre de mots, donner, entre autres actes de cette espèce, sa signature. En même temps, il pouvait prononcer plus ou moins péniblement, quelques mots isolés, mais non les associer, les nombrer, les syntaxer en quelque sorte, soit en discours, soit même en simples phrases.

Son intelligence et son caractère avaient d'ailleurs conservé leur intégrité. Il connaissait les personnes, les choses, les lieux, les temps, les affaires, les intérêts de toute espèce, et conservait ses affections accoutumées. Il continuait à se livrer aux jeux de cartes dont il avait l'habitude. Il avait aussi conservé la faculté de la musique, du calcul, de la lecture, pourvu bien entendu qu'il ne s'agit pas de prononcer les paroles des airs chantés, des calculs opérés, des lectures faites.

II.

Voici quelle était la situation psycho-physiologique de M. X..., le 28 décembre dernier. L'expression de la physionomie, l'attitude générale de sa personne étaient celles d'un homme jouissant de la plénitude de ses facultés intellectuelles et morales. Le jeune avocat comprenait, à merveille, notre conversation, mais il ne pouvait y prendre part que par quelques mots le plus souvent monosyllabiques, sans suite réglée, sans ordre, et plus ou moins laborieusement articulés. Je lui fis lire mentalement quelques passages d'un journal, écrire quelques mots, signer son nom, ce qu'il exécuta de la manière la plus satisfaisante, avec aisance même, surtout sa signature. Enfin la voix et tous ses sons inarticulés, les mouvements de la langue, des lèvres, des joues étaient conservés.

III.

Il ne me restait plus qu'à bien déterminer et à formuler, pour ainsi dire, l'espèce de son aphasie. J'y procédai par voie d'élimination, de la manière suivante :

Ce n'était pas la volonté de parler qui manquait; le malade, au contraire, en avait une extrême envie, et il était avocat.

Les idées et les sentiments ne faisaient aucunement défaut.

Les mots eux-mêmes n'étaient pas oubliés, absents, incompris, puisque le malade continuait à prendre part mentalement à la conversation, qu'il pouvait lire, par la pensée, comprendre les mots écrits ou imprimés et en écrire lui-même quelques uns, son nom propre en particulier.

Les divers organes extérieurs, par le concours desquels les sons vocaux sont produits et articulés, étaient également dans leurs conditions normales, et il n'existait aucun signe d'une lésion quelconque dans les nerfs, au moyen desquels le cerveau exerce son influence sur les mouvements coordonnés nécessaires à cette articulation des sons vocaux, qui constitue la prononciation.

Toutes ces inconnues du problème à résoudre étant dégagées, j'ai beau chercher, il ne m'en reste plus qu'une autre à examiner, à savoir celle de l'influence du cerveau elle-même. Or, tous les autres facteurs de l'aphasie étant ainsi éliminés, il n'existe plus que l'influence nerveuse indiquée, à laquelle nous puissions rattacher cette aphasie, par le rapport ou la loi de cause à effet. Donc, il s'agit bien chez le malade, comme le porte le titre de notre observation, d'une aphasie produite par l'absence de la faculté de coordonner les mouvements nécessaires à la prononciation ou à la voix articulée.

IV.

Mais il ne nous suffit pas d'avoir rigoureusement déterminé quelle est, chez notre malade, l'espèce d'aphasie ou de perte de la parole, l'une de ces sublimes facultés, que l'homme seul, entre tous les animaux, a reçues en partage; il faut aussi remonter au siége de sa lésion génératrice dans telle ou telle région du cerveau. Or, depuis un demi-siècle, sur la foi de faits déjà nombreux, nous avons cru pouvoir annoncer que, dans les cas du genre de celui dont il vient d'être question, qui se comptent aujourd'hui par plusieurs centaines, cette lésion avait son siége dans le lobe antérieur ou frontal des

hémisphères cérébraux; aucun de ceux exactement observés n'est venu démentir cette localisation.

Nous disons nouvelle, bien que, avant nous, le célèbre auteur d'un système de localisation des facultés intellectuelles et morales dans le cerveau eût placé le sens ou la mémoire des mots et du langage des paroles dans une région spéciale de la partie antérieure de l'organe indiqué. En effet, dans nos « Recherches cliniques », publiées en 1825, sur la perte de la parole, il ne s'agissait pas de la perte des sens, de la mémoire des mots, mais spécialement de la perte des mouvements coordonnés nécessaires à l'articulation ou à la prononciation des sons vocaux, signes représentatifs des mots, comme ceux-ci sont les signes représentatifs de nos idées ou de nos pensées de toute espèce.

Jusqu'à l'époque, ci-dessus rappelée, nul auteur n'avait eu même l'idée de rechercher quelle était la partie des hémisphères cérébraux qui régissait les mouvements coordonnés, consacrés à l'acte de la prononciation des mots. Cette localisation était d'autant plus nouvelle que l'époque où elle fut publiée (1825) était bien voisine de celle (1823) où M. Flourens avait localisé dans le cervelet les mouvements coordonnés en général, et déclaré formellement que le cerveau lui-même n'y concourait par aucune action immédiate ou directe, mais uniquement sous le rapport de la volonté. Aussi m'étais-je permis dès lors de combattre cette opinion, non-seulement en raison même de l'espèce particulière de mouvements coordonnés, au moyen desquels s'exécute la prononciation des mots, mais aussi en raison d'autres mouvements, soit des yeux, soit des membres supérieurs, etc., auxquels le cerveau préside également, au titre d'organe législateur.

V.

Je ne terminerai pas cette communication sur l'aphasie ou perte de la parole, sans ajouter, fût-ce uniquement à titre d'encouragement et de consolation pour les personnes qui peuvent en être affligées, que j'en ai vu plusieurs cas, convenablement traités, se terminer, quelquefois très-promptement, par une entière guérison, et que, dans les cas moins heureux, l'aphasie, exempte de toute complication, ne compromet nullement la vie des malades.

DE LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

RÉSUMÉ DE DEUX MISSIONS AYANT EU POUR OBJET L'ÉTUDE DES MALADIES OCULAIRES EN ALGÉRIE.

Par M. le docteur J. Gayat.

Il existe en Algérie, à l'état endémique, dans la région du Tell et dans celle du Sahara, ainsi que dans chaque race d'habitants, une maladie d'yeux caractérisée essentiellement, et à son origine, par l'hypertrophie des glandes lymphatiques de la conjonctive, d'où résultent de petites élevures arrondies, ou granulations, et l'irritation de la muqueuse. C'est la conjonctivite granuleuse simple, qui se complique souvent d'hypertrophie des papilles et qui, en s'aggravant, compromet l'intégrité des membranes profondes et des milieux de l'œil.

Nous avons étudié cette maladie dans le Nord de l'Afrique, dans deux missions que nous a confiées M. le ministre de l'instruction publique. Nous l'avons suivie, dans nos voyages en Europe, sous les noms divers d'ophthalmie militaire ou des armées, d'ophthalmie contagieuse des écoles, de granulations et de lymphômes de la conjonctive. De nos observations personnelles et des renseignements recueillis entre le 52° et le 33° degré de latitude nord, entre le 18° longitude est, et, le 4° longitude ouest, il résulte pour nous l'opinion que cette maladie, connue sous plusieurs noms, est toujours, dans son essence, la conjonctivite granuleuse; mais elle emprunte, aux climats et aux conditions sociales des individus sur lesquels elle se développe, des caractères particuliers qui, tout en étant secondaires, peuvent tromper l'observateur et faire croire à l'existence de maladies différentes.

Une cause fréquente de son développement est la contagion par le moyen de la sécrétion qui l'accompagne. La matière de cette sécrétion, inoculée sur un œil sain, ne reproduit pas fatalement une conjonctivite granuleuse, mais souvent une conjonctivite catarrhale ou purulente. Ce mode de développement par contagion s'observe dans les armées, dans les ateliers et les écoles où l'on n'a pas soin d'éviter l'encombrement, l'impureté de l'air, l'insuffisance de la nourriture, l'humidité, autrement dit, la malpropreté et l'affaiblissement de l'individu.

Pour l'Algérie et les pays limitrophes, Maroc et Tunisie, des causes locales très-actives viennent s'ajouter aux précédentes; nous nous bornerons à citer : les vents brûlants et poussiéreux du sud, l'atmosphère chargée de sable, la réverbération solaire (Larrey); les écarts entre la température moyenne des jours et celle des nuits (Mackensie). Il faut bien invoquer toutes ces causes réunies pour expliquer des faits d'observation aussi graves que les suivants : dans beaucoup d'écoles primaires, nous avons trouvé une proportion de granuleux s'élevant au chiffre de 40 à 50 pour 100. Cette proportion s'est élevée, pour certaines salles d'asile (Bel-Abbès, Orléansville, Sétif, Alger), au chiffre effrayant de 90 à 95 pour 100.

Les soins habituels d'hygiène domestique, opposés aux causes précédentes, suffisent, à enrayer le début de la conjonctivite granuleuse et à ajourner les conséquences de la maladie une fois développée. C'est à leur application inconsciente qu'on doit attribuer l'immunité relative des personnes vivant dans l'aisance, ainsi que les cas, malheureusement rares, de guérison spontanée.

Parmi les soins de l'hygiène qui incombent à l'administration, il lui importe avant tout de se protéger contre les agents de contagion sur lesquels elle a autorité. Eu égard au caractère endémique de la conjonctivite granuleuse, elle publiera, pendant très-longtemps et à intervalles rapprochés, des instructions populaires affirmant la possibilité de guérir le mal et rappelant les dangers de sa contagion. L'aménagement des locaux publics, l'ornementation des promenades, l'alignement et l'orientation des rues seront subordonnées aux exigences locales d'un climat chaud et d'un sol aride.

En même temps, il faudra recourir aux soins médicamenteux dont l'efficacité est incontestable, mais il est de toute nécessité qu'ils soient appliqués par le médecin lui-même et qu'ils ne soient plus confiés aux directrices d'asile ou autres personnes de même condition, dont la main entretient et propage, sans le savoir, le mal qu'elle cherche à combattre. Chaque malade sera muni de médicaments et de linges de toilette affectés exclusivement à son service personnel. Parmi les produits médicamenteux, nous recommandons le nitrate d'argent, l'acétate de plomb, les sulfates de cuivre et d'alumine, le tannin; chaque médecin adaptant la dose, la forme, la durée et la fréquence de leur usage aux cas particuliers.

Pour lutter contre le développement prodigieux de la conjonctivite granuleuse dans les écoles et dans les asiles, l'enfant n'y sera admis qu'après un examen attestant l'état sain des yeux. Si, pendant qu'il fréquente ces établissements, il contracte le mal, le séjour lui en sera interdit jusque apres guérison.

La loi récente, qui incorpore dans les contingents d'Algérie les fils d'israélites et d'étrangers nés sur le sol de la colonie impose à l'administration locale des précautions bien minutieuses dans l'examen des recrues, car on peut dire que, chez les israélites, dans les races espagnole et maltaise implantées en Algérie, la majorité des individus est affectée ou l'a été par les granulations de la conjonctive. Le gouvernement devra redoubler de soins, s'il veut épargner à l'armée d'Afrique les épidémies d'ophthalmie granuleuse qui, sous des climats moins favorables à leur développement, ont causé de si grands ravages dans plusieurs armées d'Europe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Desprès, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de *pathologie chirurgicale*.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'elle vient d'être représentée par une délégation aux obsèques de M. Andral. Pour honorer la mémoire de ce savant illustre, le conseil a décidé que la séance serait levée aussitôt après l'élection d'un membre libre.

ÉLECTION

La commmission présente, en première ligne, M. Bertillon.
— — en deuxième ligne, M. Chéreau.
— — en troisième ligne, M. Briau.

Le nombre des suffrages exprimés étant de 73, majorité 37, au premier tour de scrutin,

M. Bertillon obtient. . . 26 voix.
M. Chéreau — . . . 25 —
M. Briau — . . . . 16 —
M. Ferdos — . . . 1 —
Bulletins blancs. . . . . 5 —

Au second tour :

M. Chéreau obtient. . . 40 voix.
M. Bertillon — . . . 28 —
M. Briau — . . . . 1 —
Bulletins blancs. . . . . 4 —

En conséquence, M. Chéreau est proclamé membre libre.

La séance est levée à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 février 1876 (1). — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

Hémorrhagie cérébrale. — M. DUSSAUSSAY présente des pièces et des dessins relatifs à une femme de cinquante sept ans, qui a succombé récemment dans le service de M. Millard, à Lariboisière. Cette femme avait présenté une hémiplégie droite complète, de l'aphasie et de la contracture du troisième au sixième jour de la paralysie. A l'autopsie, on a trouvé une hémorrhagie à gauche, siégeant au-dessus des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et au-dessus du corps strié.

M. CHARCOT fait observer que cette observation est absolument en rapport avec les données qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'exposer. Cette femme, en effet, a présenté une contracture précoce avec hémiplégie complète. Or, dans ces cas, il est à supposer que le foyer hémorrhagique occupe les fibres motrices de l'écorce grise, les masses centrales étant indemnes. Cette malade aurait pu présenter une attaque d'épilepsie partielle, telle que l'a décrite M. Charcot dans la dernière séance. Il se peut même qu'elle ait eu cette attaque sans que personne s'en soit aperçu, car on ne peut rester constamment auprès de ces malades pour les observer. Dans ce cas, les lésions constatées à l'autopsie sont en parfait accord avec les hypothèses qu'on pouvait supposer pendant la vie. C'est donc là un de ces faits qui peuvent vraiment servir à l'étude des localisations cérébrales, car c'est un fait bien observé, avec une bonne topographie du cerveau.

Dégénérescence des tubes nerveux au niveau des bulles de pemphigus. — M. DEGERINE a eu l'occasion d'observer sur un malade mort paralytique dans le service de M. Vidal, une dégénérescence des tubes nerveux dans les nerfs, au niveau de bulles de pemphigus qui existaient sur les bras, les avant-bras et la face externe des cuisses.

M. CHARCOT demande si la moelle a été examinée chez le malade.

M. DEGERINE ne l'a pas encore examinée, mais il l'examinera et donnera ultérieurement les résultats de cet examen.

M. HANOT signale un travail anglais qui a pour but de démontrer que cette dégénérescence des tubes nerveux est la règle dans la paralysie générale.

Durée de la contractilité musculaire et de l'excitabilité nerveuse après la mort par les anesthésiques. — M. PETIT communique les résultats d'expériences qu'il a entreprises sur ce sujet dans le laboratoire de M. Vulpian. Il résulte de ces expériences que l'excitabilité nerveuse et la contractilité musculaire persistent bien plus longtemps après la mort par les anesthésiques (injections sous-cutanées ou intra-veineuses de chloral, d'éther ou de chloroforme), qu'après la mort par arrêt du cœur ou hémorrhagie. Il existe une analogie complète entre ces faits qu'on observe après la mort par les anesthésiques, et ceux qu'on observe après la mort par l'oxyde de carbone.

La séance est levée à cinq heures et demie.

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 février.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Liste des prix de la Faculté pour l'année scolaire 1875-1876. — *Prix Corvisart.* — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans des faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

CONCOURS DE 1876. — La question proposée est : *De l'insuffisance des valvules aortiques.*

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 300 francs en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être deposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chatauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de Médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Viennéy, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné, en même temps, l'indication des pièces à fournir.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze,

un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé tous les deux ans au meilleur ouvrage sur *la phthisie* et sur *la fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité.

Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Pour 1876, le prix sera attribué au meilleur travail sur la phthisie.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le ministre celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable).

CORRESPONDANCE

Amblyopie hystérique.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans le numéro du samedi 5 février de la *Gazette des Hôpitaux*, un compte rendu d'un travail sur l'amblyopie hystérique, publié dernièrement par M. Landolt dans les *Archives de physiologie*.

Deux ans avant M. Landolt, j'ai étudié cette singulière affection dans le même service de M. Charcot, à la Salpêtrière, et dès le 30 mai 1873, j'ai publié dans le *Mouvement médical* une observation d'amaurose hystérique, dans laquelle, le premier, je crois, mais en tout cas bien avant M. Landolt, j'ai signalé l'existence d'une lésion pouvant se produire sous l'influence d'un état hystérique très-prolongé. Cette lésion consistait, comme dans le cas de M. Landolt, dans la dilatation et la sinuosité des vaisseaux rétiniens, et particulièrement des veines, et dans l'infiltration séreuse péripapillaire.

Quinze mois plus tard, j'ai soutenu à l'École et sous la présidence de M. Charcot, ma thèse inaugurale intitulée : *Des troubles de la vision dans l'hystérie*, dans laquelle j'ai répété cette même observation, et où j'ai signalé l'anesthésie périphérique de la rétine, anesthésie d'abord incomplète et n'existant que pour certaines couleurs, et qui, progressivement, devient absolue.

J'ai décrit, enfin, plusieurs autres phénomènes, qui m'ont paru assez dignes d'intérêt, et que M. Landolt a méconnus, ou sur lesquels il n'a pas cru devoir insister.

J'espère, M. le rédacteur, que vous voudrez bien insérer cette lettre, qui n'est nullement, croyez-le bien, une réclame en ma faveur, puisque je ne suis pas spécialiste, mais bien une protestation contre ces procédés germaniques, qui consistent à s'attribuer, sans façon aucune, un mérite qui appartient à d'autres.

J'ai l'honneur de vous envoyer un exemplaire de ma thèse, afin que vous puissiez juger de la légitimité de ma demande.

Veuillez agréer, etc., Dr Bonnefoy,

Médecin du bureau de bienfaisance du 12e arrondissement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — M. Jossic, directeur du service de santé au port de Brest, est élevé à la première classe de son grade.

MM. Duplouy, Barthélemy (A. J. C.) et Griffon du Bellay sont promus au grade de médecin en chef.

MM. Carpentin, Moisson, Aude et Savattier sont promus au grade de médecin principal.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination à deux places de médecins au Bureau central sera ouvert le jeudi 20 avril 1876, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription sera ouvert le mercredi 22 mars 1876, de midi à trois heures, pour être clos définitivement le mercredi 5 avril, à trois heures.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — La première partie du tome XVIIIe de la première série commençant par la lettre A ; la première partie du tome Xe de la deuxième série commençant par la lettre L ; la deuxième partie du tome IIIe de la troisieme série commençant par la lettre Q; viennent de paraître aux librairies G. Masson et P. Asselin, pl. de l'École-de-Médecine.

Elles contiennent les principaux articles suivants : *Climat*, par M. Fonssagrives ; — *Cochinchine*, par MM. Leroy de Méricourt et Layet ; — *Cœur*, par MM. Chauveau, Arloing, Campana, O. Larcher ; — *Morve*, par MM. Bouley et Brouardel ; — *Mouvement*, par M. Gavarret ; — *Moyenne*, par M. Bertillon ; — *Muguet*, par M. Archambault ; — *Mulâtre*, par M. Rochas ; — *Résections*, par M. E. Spillmann ; — *Respiration*, par M. Cartet ; — *Responsabilité médicale*, par M. Tourdes ; — *Responsabilité légale des aliénés*, par M. Falret. — Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau ; de Botanique, par MM. Baillon, De Seyne et Planchon ; la Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. — Prix de chaque demi-volume : 6 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 21. — SAMEDI 19 FÉVRIER 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 19 FÉVRIER 1876. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Artérite syphilitique intra-cérébrale.

Pendant la courte durée de la suppléance de M. Lancereaux à la chaire de clinique de la Charité (ancien service de M. Bouillaud), notre attention a été particulièrement appelée sur une malade atteinte d'hémiplégie avec contracture, et chez laquelle M. Lancereaux diagnostiqua, sous quelques réserves toutefois, une lésion encéphalique syphilitique, et comme point de départ très-probable des phénomènes cérébraux, une lésion syphilitique des artères cérébrales. Ce diagnostic était fondé, à défaut d'antécédents certains, en partie sur la marche particulière et l'ordre de succession un peu irrégulier des phénomènes, mais surtout sur l'analogie que présentait ce fait avec d'autres observations antérieures, où la détermination étiologique et la lésion artérielle scientifique n'étaient pas douteuses.

Voici en deux mots l'histoire de la malade :

Elle avait été prise, il y a deux ans, de céphalalgie avec exacerbations nocturnes. Quelques temps après, on avait constaté chez elle l'existence de petites tumeurs aux bras et aux cuisses, quelques-unes ulcérées et dont on retrouve aujourd'hui les cicatrices avec l'aspect caractéristique des cicatrices syphilitiques, c'est-à-dire avec cette apparence nacrée, ces irrégularités de forme, ces dépressions et ces adhérences aux parties sous-jacentes que tout le monde connaît. A la suite de ces derniers phénomènes, il était survenu une paralysie du bras; paralysie passagère qui ne dura que quelques jours, mais pour revenir plus tard, et cette fois, en envahissant tout le côté et restant persistante.

C'est dans cet état que la malade était entrée dans le service. Aujourd'hui, à la flaccidité des muscles frappés de paralysie a succédé de la contracture. Il n'y a d'ailleurs rien au cœur ni à l'aorte. Les poumons sont également sains. L'intelligence est intacte.

Nous avons dit que M. Lancereaux avait diagnostiqué chez cette malade une lésion cérébrale syphilitique, bien que les accidents primitifs n'aient point été constatés dans ce cas et que la malade ait nié, de très-bonne foi sans doute, des antécédents qu'elle peut avoir parfaitement méconnus, d'ailleurs. Ce diagnostic, avons-nous ajouté, était fondé surtout sur l'analogie qu'avait présentée dans cette circonstance l'évolution des phénomènes avec des observations antérieures. Voici, en effet, dans leur expression la plus résumée, quelques-uns de ces faits :

Un homme âgé de trente-cinq ans a, en novembre 1870, un chancre syphilitique; éruption généralisée et plaques muqueuses au bout de trois ou quatre mois. Au printemps de l'année suivante, il survient un rupia syphilitique aux membres inférieurs, et en même temps des douleurs ostéocopes se continuant avec des intermittences jusqu'à la fin de 1873. Traitement spécifique. Ici, comme on le voit, les antécédents syphilitiques ne sont pas douteux.

Au mois de mai 1874, ce malade, en proie depuis quelques jours à une céphalalgie intense, est pris tout à coup d'étourdissements et de vomissements, suivis de vertiges et de lipothymie. Un médecin appelé auprès de lui quelques heures après ces accidents, constate une hémiplégie complète du côté gauche.

Un mois après cette hémiplégie, le mouvement revient dans le bras; quatre mois plus tard, le malade peut marcher avec l'aide d'une personne. A ce moment, survient une attaque convulsive, épileptiforme, qui se répète deux mois plus tard et revient ensuite périodiquement environ deux fois par mois.

En août 1875, le bras paralysé était devenu douloureux, les doigts étaient immobiles, le malade marchait en fauchant; intelligence normale.

— Dans un autre cas également observé par M. Lancereaux, il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, entrée dans son service à Lourcine le 11 février 1875, et qui avait eu, quatre mois après son mariage, remontant à six ans, des plaques muqueuses aux parties génitales et à la gorge, et quelques plaques cutanées sur la face. Quatre grossesses successives, depuis lors, avaient toutes été suivies d'avortement. Guérie, en apparence du moins, après plusieurs traitements spécifiques énergiques, cette femme fut prise pour la première fois en octobre 1873 d'une violente céphalalgie frontale; puis un jour elle tomba sans connaissance dans sa chambre; le lendemain, elle était paralysée de tout le côté gauche, avec des troubles de la vue, de l'embarras de la parole, déviation de la bouche à droite, etc. Elle entre alors dans le service de M. Empis, à la

Charité, où elle est soumise de nouveau à l'usage de la liqueur de Van Swieten et de l'iodure de potassium, pendant environ deux mois et demi. Au bout de cinq à six semaines, elle peut imprimer quelques mouvements à sa jambe ; puis, deux mois après, elle remue le bras.

Bref, voici quel était l'état de la malade au moment de son entrée dans le service de M. Lancereaux. Intelligence très-lucide; contractures des deux membres gauches, mais ayant été plus intenses auparavant. L'avant-bras est à demi-fléchi sur le bras, la main en pronation et légèrement fléchie sur l'avant-bras, les doigts fléchis et le pouce en dedans.

Le membre inférieur était dans l'extension, les orteils légèrement fléchis. Très-légère atrophie du membre supérieur. Quand la malade essayait de remuer son bras ou sa jambe, le membre était agité de légers mouvements convulsifs plus marqués au pied qu'à la main, qui diminuaient progressivement et cessaient au bout de deux ou trois secondes de durée.

Diminution de la force des muscles masticateurs. Langue libre; pas de troubles de la sensibilité tactile, peu de troubles des sens.

Jusqu'ici, on voit l'analogie de ces trois faits entre eux, mais rien ne montre encore le lien commun qui les rattache les uns et les autres à la lésion diagnostiquée ou présumée, à l'artérite syphilitique intra-cérébrale. C'est ce qui resterait à établir.

Nous trouvons les éléments de cette démonstration ou tout au moins de cette présomption dans d'autres faits, dont nous renvoyons l'exposé à samedi prochain, pour ne pas donner une étendue exagérée à cet article.

Plusieurs cas de plaie de tête avec lésion cérébrale ayant eu des terminaisons très-diverses.

Le hasard nous a fait rencontrer, à très-peu de distance, deux cas de plaies de tête avec grands délabrements, et dont l'issue a été très-différente, l'un ayant été très-promptement suivi de mort, l'autre présentant un exemple remarquable de guérison. Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans quelque intérêt de les rapprocher ici.

Nous avons observé le premier fait dans le service clinique de M. Richet à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un homme qui fut conduit à l'Hôtel-Dieu peu de temps après avoir fait une chute d'un premier étage. Il avait une large fracture du crâne avec issue de sérosité sanguinolente par l'oreille, perte complète de connaissance, état comateux et contracture musculaire dans les membres supérieurs des deux côtés, ce qui porta M. Richet à présumer qu'il devait exister une contusion des deux côtés du cerveau, ou tout au moins une altération cérébrale par contre-coup du côté opposé à la lésion cérébrale directe. La motilité paraissait conservée dans les membres inférieurs. Il y avait une insensibilité générale, mais pas absolue ; il se produisait, à l'occasion des excitations exploratrices, des signes de sensibilité, mais avec un retard notable dans leur manifestation ; il existait, enfin, une incontinence d'urine.

Cet homme étant venu à succomber, on a constaté l'existence d'une large fracture du temporal gauche, se propageant à la base du crâne, jusque tout près du trou occipital ; les fragments étaient largement écartés. En examinant le cerveau, on trouva une suffusion sanguine considérable des deux hémisphères. Toute la corne sphénoïdale du cerveau, du côté de la fracture (côté gauche), était dans un état d'attrition, comme broyée. Mais ce qui n'était pas moins remarquable — et ce qui expliquait l'existence de la contracture dans les deux côtés — c'est que la partie homologue du côté opposé, la corne sphénoïdale droite, était le siége d'un épanchement et d'une lésion également profonde de la pulpe cérébrale. Il s'était fait là, manifestement, une violente contusion par contre-coup.

Les pièces, dont nous ne faisons connaître ici que l'état apparent le plus grossier, seront l'objet d'un examen attentif dont il pourra être intéressant peut-être de faire connaître plus tard les résultats, surtout s'ils sont de nature à jeter quelque jour sur les questions encore obscures qui se rattachent à l'histoire de la contusion du cerveau.

— L'autre fait, beaucoup plus intéressant encore, à cause de son issue inespérée, appartient à la clinique de M. Gosselin à la Charité, où le sujet était récemment de passage. Il s'agit d'un ancien matelot, qui a reçu, il y a seize ans (il était tout jeune alors), un coup d'une telle violence sur la tête qu'il en résulta une large plaie avec fracture comminutive du frontal, esquilles, mise à nu de la cavité crânienne, encéphalocèle et très-probablement aussi lésion de la substance cérébrale... Malgré ces immenses désordres, le malade s'est rétabli, et aujourd'hui il présente une large cicatrice à la peau du front, avec dépressibilité des parties molles. La cicatrisation, ou réparation osseuse, ne s'est pas faite, tant avait été considérable la perte de substance. Aussi peut-on percevoir aisément, à travers les téguments, les mouvements dont est animée la masse encéphalique.

Ainsi que nous le faisait remarquer, M. Gosselin, on voit combien est grande, au point de vue du pronostic, la différence que présentent les plaies de tête, même à désordres à peu près égaux, suivant les conditions différentes d'âge et de constitution des individus, différence telle qu'on voit des sujets succomber rapidement à des lésions du crâne quelquefois très-minimes et presque insignifiantes, en apparence — tel est notamment le cas des vieillards ou des individus, jeunes ou vieux, entachés d'alcoolisme — tandis qu'il n'est pas très-rare, chez les sujets jeunes et à l'abri de toute affection diathésique, comme était le matelot en question, de voir la guérison survenir après les plus grands désordres.

Tel a été, en particulier, le cas, rappelé à cette occasion par M. Gosselin, d'un jeune homme de vingt-et-un ans qui reçut, pendant le siége de Paris, un coup de feu à la tête ayant produit des désordres graves du crâne avec ébranlement du cerveau, suppuration sous-crânienne consécutive, et qui a guéri parce qu'il était dans les mêmes bonnes conditions de jeunesse et de santé. Nous nous rappelons avoir vu plusieurs faits de ce genre pendant les sinistres journées de nos guerres civiles.

Une question pratique a été soulevée, au sujet de ce matelot, par M. Gosselin. Cet homme prétend être devenu épileptique depuis son accident. M. Gosselin n'a pas vu d'attaques, il ne peut se prononcer, par conséquent, sur la réalité du fait. Mais on sait que des convulsions épileptiformes et même de véritables attaques d'épilepsie ont été observées à la suite de lésions cérébrales traumatiques de ce genre. Il s'est demandé si, en admettant la réalité de l'épilepsie dans ce cas, il y aurait, par ce fait même et dans la pensée de l'existence possible d'une esquille qui irriterait le cerveau, une indication suffisante pour tenter l'opération du trépan. Il n'est point de cet avis : d'abord parce qu'il manque de certitude à l'égard de l'existence même de l'épilepsie, et, en second lieu, parce que cette existence, lui fût-elle démontrée, rien n'établirait l'utilité que pourrait

avoir cette opération, en présence de cette cicatrice large, simple et extensible, qui exclut l'idée d'une compression ou d'une irritation du cerveau par une esquille.

En conséquence, il a laissé partir cet homme sans lui rien faire.

Emploi de l'ésérine dans les troubles de la vision consécutifs à certaines maladies aiguës et dans la presbytie.

On connaît ces paralysies consécutives aux grandes pyréxies et aux maladies aiguës, dont la Revue a entretenu plusieurs fois et à diverses époques, ses lecteurs. Il existe des troubles de la vision qui paraissent se rattacher à cette grande classe de paralysies secondaires. Ces troubles sont caractérisés par de l'asthénopie, de la faiblesse des muscles intrinsèques de l'œil.

M. le professeur Gubler s'est préoccupé du moyen de combattre ces phénomènes. Il croit avoir trouvé un moyen, sinon de détruire, au moins de pallier ces phénomènes morbides, dans l'ésérine, dont nous avons fait connaître les principales propriétés thérapeutiques à l'époque où nous avons exposé les résultats des recherches de M. le docteur Martin Damourette, sur ce sujet.

Voici comment M. Gubler procède à l'emploi de l'ésérine dans cette circonstance, d'après l'exposé qu'il en a présenté lui-même à ses collègues de la Société de thérapeutique. Pour remédier à cette asthénopie, il suffit, dit-il, de faire tomber quelques gouttes d'une solution de sulfate d'ésérine dans l'œil qui en est atteint. Au bout d'une heure ou deux, la vision devient nette.

Mais ce résultat n'est pas atteint d'emblée. Au début, dans les quinze à vingt minutes qui suivent l'instillation de l'ésérine, la pupille, de large qu'elle était, devient étroite, punctiforme, et à ce moment la vision est plus trouble dans l'œil soumis à l'ésérine que dans l'autre.

Quand ces premiers phénomènes ont disparu, que la pupille se dilate à nouveau, et qu'après avoir été punctiforme elle devient moyenne, la vue devient très-nette. Mais il faut recommencer le lendemain, sans quoi les troubles de la vision se reproduiraient.

La formule du collyre qu'emploie M. Gubler est au 1/500e ou au 1/200e.

M. Gubler a fait du sulfate d'ésérine une autre application qu'il n'est pas moins intéressant de faire connaître. Il l'a appliquée au traitement de certains cas de presbytie, notamment dans cette presbytie qui n'est pas constante, mais qui semble revenir par saccades. Chez une femme d'un certain âge qui vit tout à coup diminuer sa vision, en même temps qu'elle souffrait des yeux, pensant qu'il avait affaire à un état pathologique du système moteur de l'œil, il conseilla le collyre à l'ésérine. Le résultat de l'usage de ce collyre fut de rendre la vision plus claire et de calmer la douleur. Depuis lors cette personne a eu, à diverses reprises, des troubles de la vision revenant par accès. Chaque fois elle a d'elle-même repris son collyre, et chaque fois, paraît-il, avec le même succès.

C'est un moyen à soumettre à de nouvelles épreuves.

Influence de la lumière sur certaines névropathies.

A l'occasion de notre article de la Revue de samedi dernier 12 février, sur le traitement de la folie et de quelques autres névroses par la lumière colorée, M. le docteur Charpignon (d'Orléans), nous communique les observations suivantes que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Sans vouloir préjuger, dit notre honorable correspondant, ce qu'il peut y avoir de pratique dans l'influence dynamique de la lumière colorée sur certains systèmes nerveux, je crois utile de faire connaître que je me suis livré à ce genre d'expériences, il y a déjà trente-cinq ans, et que j'en ai indiqué le résultat, en 1843, dans une brochure intitulée : *Études physiques sur le magnétisme animal*, soumises à l'Académie des sciences.

« Certes, je ne soutiendrais pas aujourd'hui toutes les idées théoriques qu'on trouve dans ce travail d'un esprit jeune et investigateur, mais je maintiens la vérité et l'exactitude des faits.

« Dans ce travail, reproduit et commenté dans ma *Physiologie du magnétisme*, publiée en 1848, je disais :

« Si la lumière peut influencer les corps inorganiques en « décomposant leur électricité naturelle, elle agit aussi sur « l'électricité de certains systèmes nerveux.....

« Plusieurs individus, en état de somnambulisme, ne peuvent « supporter la lumière naturelle ou artificielle. Il leur faut « une obscurité complète, et alors leurs facultés acquièrent « un si grand développement que la vision devient possible.....

« Un autre phénomène, plus extraordinaire, est venu aug- « menter nos observations sur l'influence si peu connue de la « lumière. Je me suis convaincu que la lumière fixée sur les « corps, c'est-à-dire *la couleur*, agissait sur ces systèmes ner- « veux exceptionnels. Ainsi, les couleurs rouge et violette « impressionnent réellement ces malades.

« J'ai remarqué ce phénomène en voyant une somnambule « se plaindre de la tête, se tourmenter et s'agiter sans qu'on « puisse en trouver la cause. Enfin elle saisit un mouchoir qui « enveloppait sa tête et son cou, et, le jetant au loin, elle dit « qu'il était la cause de son malaise. Répétant l'expérience « avec d'autres mouchoirs, chaque fois que la tête fut couverte « d'un mouchoir rouge le malaise revint. J'ai rencontré d'au- « tres névropathiques qui, en état de crise, présentaient les « mêmes phénomènes lorsqu'elles portaient quelque étoffe « rouge. »

« Le docteur Despine (d'Aix), qui s'était livré à des expériences du même genre, s'exprime ainsi dans ses *Observations de médecine pratique faites à Aix-les-Bains*, publiées en 1838.

« L'impressionnabilité aux couleurs est un phénomène « digne de remarque. Le *rouge ponceau* mettait en crise notre « jeune malade, Estelle. Une autre, Annette R..., fut mise en « crise dans une voiture publique par un parapluie de *soie* « *rouge*...

« Le *violet* a constamment fatigué toutes mes malades (ca- « taleptiques naturelles). Ce fait paraît tenir à la classe des « phénomènes galvano-métalliques. J'y reviendrai pour indi- « quer tout ce que j'ai obtenu et ce que j'ai observé à ce « sujet. »

« Ces citations prouvent que l'influence de la lumière rouge et violette, expérimentée dernièrement par le docteur Ponza pour le traitement de certaines névroses, et établie théoriquement par le Père Secchi, a été expérimentée et signalée, dès 1838, par le docteur Despine (d'Aix), et par moi en 1844. Elles démontrent également la réalité de faits observés à des époques si différentes par des expérimentateurs inconnus les uns aux autres, dans leur personne comme dans leurs travaux. »

Dr BROCHIN.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE. — M. Dubuc.

De l'utilité de la sonde à demeure dans le traitement de certains rétrécissements de l'urèthre (1).

II

Obs. II. — *Double rétrécissement uréthral remontant à six ans au moins. — Pas d'autre traitement que la dilatation temporaire. — Récidive. — Difficulté de la miction. — Rétention incomplète d'urine. — Petites pierres arrêtées dans l'urèthre derrière le dernier rétrécissement. — Bougies et sondes à demeure pendant sept semaines. — Expulsion des graviers. — Rétablissement de la miction et de la santé générale.*

M. V..., trente-cinq ans, d'une bonne constitution, vint me trouver pour la première fois le 31 juillet 1872 ; il était alors atteint d'une épididymite du côté gauche qui lui était survenue spontanément et qui céda sans peine au repos au lit, à des frictions d'onguent napolitain et, plus tard, à un emplâtre de *Vigo cum mercurio*.

Il me raconta que, plusieurs années auparavant, il avait contracté une blennorrhagie qu'on avait traitée par des injections fortement astringentes, et qui avait été suivie assez rapidement d'une difficulté croissante à uriner ; il s'était alors décidé, lorsque la miction fut devenue extrêmement difficile, à s'adresser à Phillips, qui, ayant constaté l'existence d'un rétrécissement, le soumit à un traitement par la dilatation.

Il eut le bénéfice de ce traitement pendant cinq ou six ans; il lui arrivait seulement d'expulser, de temps à autre, des petits graviers blanchâtres arrondis. Peu à peu il finit par se relâcher de la précaution, que lui avait indiquée Phillips, d'introduire une bougie en gomme à des intervalles réguliers, si bien qu'au moment où je le vis, il éprouvait de nouveau une difficulté notable à uriner. Je ne pouvais songer à agir sur l'urèthre tant que l'inflammation épididymaire ne serait pas calmée, je remis à un moment plus favorable l'exploration du canal et le commencement d'un nouveau traitement.

Le 26 août 1872, je revis M. V..., qui éprouvait des difficultés de plus en plus grandes à uriner ; les besoins étaient devenus fréquents, impérieux, très-difficiles à satisfaire, attendu que l'urine ne sortait que par un jet très-petit, irrégulier, fréquemment interrompu ; le malade, malgré tous ses efforts, ne pouvait parvenir à vider entièrement sa vessie ; la nuit, il était obligé de se lever cinq ou six fois pour obtenir à grand' peine quelques gouttes d'urine. L'inflammation épididymaire avait cédé ; il ne restait plus qu'un petit noyau d'induration à la queue de l'épididyme.

Je procédai à l'exploration de l'urèthre avec un explorateur à boule n° 18 ; je fus arrêté d'une façon très-nette à 9 centimètres du méat ; un explorateur n° 12 put franchir ce premier obstacle, mais fut arrêté à son tour 3 cent. plus loin, à 12 cent. du méat ; il existait donc au moins deux rétrécissements, dont le second était plus serré que le premier, et ne put être franchi par aucun explorateur à boule.

Après des tentatives multipliées, je parvins à faire pénétrer jusqu'à la vessie une bougie en baleine filiforme que je laissai à demeure en ayant soin de ne l'enfoncer que le moins possible dans le réservoir urinaire, pour lequel cette espèce de bougie est très-irritante à cause de sa rigidité. Dès le lendemain, je pus substituer à la bougie en baleine une bougie en gomme également filiforme ; comme la précédente, je la laissai à demeure.

Il résulta de la présence de la bougie une moindre difficulté à uriner et, peu à peu, le rétrécissement commença à céder ; je pus ainsi augmenter le calibre des bougies, et bientôt leur substituer des petites sondes avec lesquelles je vidai la vessie qui, d'elle-même, ne se débarrassait pas entièrement de son contenu ; tout cela se passa sans donner lieu à aucun phénomène réactionnel, bien que le malade continuât sa profession assez fatigante d'inspecteur d'une grande compagnie d'assurances.

Lorsque je pus passer des sondes ou bougies n°s 7 et 8, il m'arriva, en leur imprimant un mouvement de va-et-vient dans l'urèthre, de percevoir très-nettement un frottement ayant son siége dans la partie profonde du canal, derrière le rétrécissement. Cela indiquait l'arrêt en cet endroit de graviers, probablement de nature phosphatique, comme ceux que le malade avait l'habitude de rendre avant que son rétrécissement eût diminué de calibre ; il existait à ce niveau une sensibilité extrêmement vive.

Je pris le parti de continuer l'usage des sondes à demeure, qui étaient parfaitement supportées et qui, vu leur petit calibre (n° 8), n'empêchaient même pas le malade de vaquer à ses occupations les plus urgentes.

J'étais arrivé, depuis quelques jours, à introduire le n° 10 de la filière au tiers de millimètre, lorsque, le 12 octobre, six semaines environ après le début du traitement, M. V... qui, d'après mon conseil, avait retiré la sonde au moment où sa vessie était distendue, et où il éprouvait un vif besoin d'uriner, sentit que le jet d'urine, chassé avec force du canal, entraînait quelque chose ; il trouva, en effet, dans le vase, deux petites pierres qu'il recueillit et qu'il m'apporta ; elles étaient de forme allongée, comme un noyau d'olive, mais notablement moins grosses, d'un gris jaunâtre à l'extérieur, blanches à l'intérieur et friables, présentant les caractères du phosphate de chaux.

Je procédai, séance tenante, à l'introduction d'une sonde en gomme n° 10 ; je constatai que la partie profonde de l'urèthre était toujours le siége d'une sensibilité très-vive ; j'y sentis un frottement caractéristique indiquant qu'il existait encore au moins un gravier ; je laissai la sonde à demeure, me promettant d'en augmenter le calibre successivement, autant que le permettrait le rétrécissement, qui était d'une ténacité extrême.

Je parvins à introduire un n° 13 avant qu'il ne sortît rien du tout.

Le 18 octobre, le malade, ayant renouvelé la manœuvre précédente, c'est-à-dire ayant retiré sa sonde, alors qu'il éprouvait un grand besoin d'uriner, sentit de nouveau que le jet d'urine entraînait un corps étranger, lequel fut également retrouvé dans le vase. Ce gravier ne présentait pas une forme allongée, comme les précédents ; il était de forme globuleuse, un peu moins gros qu'un pois, gris jaunâtre à l'extérieur, blanc à l'intérieur ; sa surface extérieure présentait deux facettes.

En introduisant la sonde, on constatait toujours de la sensibilité dans la partie profonde du canal ; là où avaient séjourné les graviers, mais on n'y sentait plus aucun frottement.

La sonde ôtée, le malade urinait d'ailleurs avec facilité et sans aucun effort ; les besoins d'uriner étaient devenus beaucoup plus espacés ; la nuit, il ne se réveillait plus qu'une seule fois. Il n'avait pas éprouvé un seul accès de fièvre pendant la durée du traitement.

A partir de ce jour, je continuai encore pendant quelque temps la dilatation, mais faite d'une manière temporaire ; il me fut impossible de dépasser le n° 14.

Le malade, qui se trouvait dans une situation très-satisfaisante, qui ne se réveillait plus la nuit, dont l'appétit et les forces étaient revenus, prit congé de moi à la fin d'octobre, en me promettant d'introduire, de temps en temps, une bougie, afin de conserver le résultat acquis.

Je le revis en 1873 ; sa santé était excellente, grâce à la ponctualité avec laquelle il avait continué d'introduire ses bougies.

La sensibilité de la partie profonde de l'urèthre, qui avait persisté longtemps après l'expulsion des graviers, avait fini par disparaître. Il n'était survenu aucune rechute du côté de l'épididyme.

Il s'agit dans cette observation d'un malade porteur de deux rétrécissements, qui avait subi un traitement par la dilatation temporaire six ans auparavant ; depuis lors et pendant un certain temps grâce à la précaution qu'il avait prise d'introduire régulièrement des bougies, l'émission de l'urine avait pu s'accomplir librement. Il lui arrivait seulement d'expulser de temps à autre des petits graviers phosphatiques, phénomène qui n'est pas rare chez les individus atteints de rétrécissements et qui indique l'existence d'une irritation passagère de la vessie, amenant momentanément l'état neutre ou légèrement alcalin de l'urine. Puis, notre malade ayant renoncé à l'introduction des bougies, le rétrécissement, abandonné à

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 février.

lui-même et obéissant à sa tendance propre, se reproduisit peu à peu, au point de rendre la miction de plus en plus difficile et de s'opposer à l'expulsion des graviers. Les choses en étaient là lorsque, sans cause appréciable, il lui survint une orchite. Ce fut alors qu'il vint réclamer mes soins et me fit l'historique qui précède.

Je dus m'appliquer d'abord à obtenir la guérison de l'épididymite et remettre à plus tard de m'occuper de son rétrécissement. Lorsque cela fut devenu possible, je constatai que j'avais affaire à un double rétrécissement dont le dernier était tellement serré que je ne pus le traverser, après beaucoup de difficultés, qu'avec une bougie de baleine du plus fin calibre, remplacée, aussitôt que possible, par une bougie filiforme de gomme laissée comme elle à demeure. Grâce à la présence de cette bougie, la miction devint beaucoup plus facile et le rétrécissement céda peu à peu. Quelques jours plus tard, lorsque j'étais déjà arrivé à passer des n°s 7 et 8, je reconnus l'arrêt, derrière le rétrécissement, de petites pierres dont je n'avais pas pu jusqu'alors soupçonner l'existence dans le canal.

La question se posait, comme dans le cas précédent, entre la continuation de la dilatation par la sonde à demeure et l'emploi d'une méthode plus rapide telle que l'uréthrotomie interne.

Sans vouloir prétendre que les graviers, par leur présence, eussent contre-indiqué formellement l'emploi de l'uréthrotomie dont, en se déplaçant, ils auraient pu venir irriter la plaie récente, je crus, vu la tolérance que j'avais constatée chez ce malade pour l'usage des bougies et des sondes, qu'il valait mieux continuer dans cette direction. J'y étais encouragé par d'autres faits assez nombreux du même ordre, sauf l'existence du rétrécissement, que j'avais eu l'occasion d'observer.

Je fais allusion à des personnes sujettes à la gravelle et exemptes de rétrécissement, chez lesquelles j'avais vu des graviers plus ou moins volumineux s'arrêter au niveau ou en arrière du bulbe ; j'introduisais en pareille circonstance, entre le gravier et la paroi du canal une petite sonde que je poussais jusqu'à la vessie et que je laissais à demeure ; je recommandais au malade de la garder au moins douze heures, quelquefois vingt-quatre heures ou même davantage, jusqu'à ce qu'elle ne fût plus serrée et d'attendre pour la retirer qu'il éprouvât un vif besoin d'uriner; il avait alors la satisfaction, souvent dès la première tentative, d'expulser son gravier avec le jet de l'urine ; c'était d'ailleurs un moyen que j'avais vu mettre en usage par Phillips dans des cas semblables.

Ici le résultat a été tel que je viens de l'indiquer et que je l'avais espéré; seulement comme le rétrécissement était ancien, très-dur, très-tenace, il fallut six semaines de dilatation par les bougies et les sondes à demeure pour obtenir un calibre permettant l'expulsion des deux premiers graviers et une semaine de plus pour celle du troisième.

Il est possible, et je tiens à en faire la remarque, que l'irritation entretenue dans l'urèthre par les graviers ait contribué à la résistance un peu exceptionnelle du rétrécissement à l'action de la dilatation permanente de même qu'elle avait contribué, je pense, à la production de l'épididymite.

Comme correctif, je signalerai que pendant tout ce temps, le malade, en raison de la parfaite tolérance de son urèthre pour les instruments et du volume relativement peu considérable de ceux-ci, put continuer ses occupations les plus urgentes et cela sans rechute de l'épididymite dont il avait été récemment guéri. Il venait se faire soigner chez moi et ne gardait un repos complet que le dimanche, d'après la recommandation que je lui en avais faite.

Ceci démontre, pour le dire en passant, que le précepte des auteurs, d'après lequel tout malade soumis au traitement par la dilatation permanente doit être pour le moins condamné au séjour à la chambre, sur une chaise longue, est trop rigoureux. Qu'il soit indispensable d'agir ainsi dans certains cas et que, dans tous, le résultat favorable du traitement en devienne plus rapide, j'y souscris; mais je dis que lorsqu'on a constaté la parfaite tolérance du canal pour les sondes à demeure, que celles-ci sont d'un volume modéré et flexibles, que d'ailleurs le malade a d'impérieux devoirs à remplir, on peut tout en lui recommandant de se fatiguer le moins possible, lui laisser cependant une certaine liberté de mouvements.

M. V... qui fait l'objet des remarques actuelles, expulsa ses graviers et vit céder son rétrécissement sans avoir été obligé de cesser ses occupations. Il se tint pour suffisamment guéri lorsque je pus passer une bougie de 4 millimètres 2/3 (N° 14) et, en effet, l'émission de l'urine s'accomplissait sans aucune difficulté; toute souffrance locale avait disparu en même temps que la santé générale s'était rétablie. L'année suivante, le résultat acquis s'était maintenu parce qu'il avait eu la précaution d'introduire régulièrement des bougies. Dans un cas semblable, je donnerais de nouveau la préférence à la sonde à demeure sur l'uréthrotomie interne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Calcul vésical chez la femme. — M. Labbé. On peut observer chez la femme des calculs de petit volume n'entraînant pas d'accidents, ou seulement des accidents légers d'incontinence d'urine, qui cessent dès qu'on en a fait l'extraction. M. Labbé en a observé deux cas. Mais il a vu aussi deux cas malheureux causés par des calculs volumineux. Une malade, traitée à la Clinique pour un calcul de 5 à 6 centimètres de longueur sur 2 centimètres et demi de largeur, avait une cystite aiguë. La lithotritie fut faite, mais des accidents formidables survinrent, grands frissons, urines purulentes. M. Labbé fit alors l'extraction des fragments après avoir fait la dilatation de l'urèthre, mais la malade succomba à des lésions vésicales et rénales, qui furent constatées par l'autopsie. Chez une autre femme, à la Pitié, la dilatation fut faite, après avoir donné le chloroforme, pour extraire un énorme calcul allongé, développé autour d'un étui introduit dans la vessie. L'extraction fut facile, mais il survint de la cystite, de la pyélite, de la pyélo-néphrite, et la malade succomba.

Instruit par ces exemples, M. Labbé se proposerait, si, de nouveau, il avait à extraire un corps étranger de l'urèthre, calcul ou autre, si surtout la vessie et probablement les reins étaient en mauvais état, de pratiquer la taille vaginale préconisée par Simon (d'Heidelberg). Cette opération, peu dangereuse, rend facile l'extraction du corps étranger, ainsi que l'irrigation de la vessie et l'écoulement des liquides.

La dilatation forcée, avec le doigt, qui a été conseillée, n'est pas une opération innocente. Chez une femme atteinte depuis trois ans d'une incontinence d'urine causée par un petit polype de l'urèthre, M. Labbé a vu cette opération suivie d'une suppuration sous-muqueuse du canal de l'urèthre et de toute la vessie.

M. Nicaise a recherché le calcul avec le lithotriteur chez la malade qui fait le sujet de cette observation, mais il n'a trouvé alors aucun calcul libre; il n'y avait qu'une plaque calcaire, dont il a fait l'extraction partielle avec le doigt. Quant à l'opération en elle-même, si elle est faite lentement, progressivement, elle n'expose pas à des

accidents. M. Nicaise l'a faite dix fois l'année dernière et n'a jamais eu de suites graves.

M. DUPLAY pense que les deux calculs observés par MM. Nicaise et Desprès étaient absolument différents. L'un était une plaque calcaire adhérente, comme on en observe dans les trajets fistuleux par où peut s'écouler l'urine. L'autre s'est développé autour d'un fragment du premier. Le mode opératoire employé par M. Desprès est très-ancien. Il est même le seul qui ait été conseillé pour les cas de gros calculs, à cause de la très-grande dilatabilité de l'urèthre de la femme, qui permet d'y faire passer des corps du volume d'une noix.

M. VERNEUIL. L'analyse chimique des fragments pourrait seule indiquer leur véritable nature, car on a déjà observé de la lithiase du vagin dans des cas d'oblitération de ce conduit. Dans ce cas, la malade est menacée de nouveaux accidents dans un temps plus ou moins éloigné, si elle n'est pas soumise à un traitement interne. La dilatation n'est pas aussi innocente que le disent MM. Nicaise et Duplay. M. Verneuil a vu la mort survenir cinq jours après la dilatation pratiquée pour un rétrécissement de l'urèthre, accident, soit dit en passant, très-rarement observé chez la femme.

M. MARJOLIN a eu à extraire une fois un crayon, qu'une petite fille s'était introduit dans l'urèthre. C'est à la dilatation qu'il a eu recours, dilatation faite avec l'éponge préparée qu'il a presque toujours préférée aux autres moyens de dilatation.

M. DESPRÈS, se basant sur la dureté du noyau, lui attribue une origine plus ancienne que ne le pense M. Nicaise. L'analyse chimique la démontrerait. La dilatation de l'urèthre est une méthode enseignée par la nature elle-même pour débarrasser la vessie d'un corps étranger. M. Desprès donne, comme M. Marjolin, la préférence à l'éponge préparée.

M. DUPLAY. L'analyse chimique ne prouverait qu'une chose, c'est que le calcul s'est développé dans la vessie. Le noyau central se retrouve dans tous les calculs, mais, au centre de ce noyau, on peut voir le point de départ de sa formation, qui, dans ce cas, était un petit fragment de la plaque calcaire. Il est formé très-probablement de carbonate de chaux.

M. NICAISE. L'évolution de ce calcul et l'observation de la malade qui le portait indiquent qu'il s'est formé dans une urine alcaline et non dans une urine acide. Il serait dans ce cas formé d'urates, mais on n'a jamais observé chez cette femme de troubles du rein.

RAPPORT

Rétinite pigmentaire. — M. PERRIN donne lecture d'un rapport sur un travail que M. Poncet a lu devant la Société de chirurgie, le 17 novembre dernier, sur la *Rétinite pigmentaire*. Les faits qu'il rapporte ont été consignés dans la thèse de M. Tachard, présentée l'année dernière à la Société de chirurgie. L'auteur étudie l'origine et l'évolution de cette maladie. Dans le principe, on confondait sous ce nom tous les cas dans lesquels on apercevait des taches de pigment sur la rétine; mais cet accident n'a pas toujours le même signification, car on le rencontre aussi dans la choroïdite. Dans la rétinite pigmentaire, les taches de pigment sont une complication et non la maladie tout entière, car elle a d'autres signes ophthalmoscopiques qui existent toujours, tandisque les taches manquent quelquefois. Lorsqu'il existe, il est localisé dans la région équatoriale de la rétine. Il est produit par la dégénérescence des cellules polygonales. Il y a donc deux formes de rétinite pigmentaire, l'une avec pigment, l'autre sans pigment. M. Perrin a observé trois fois cette dernière forme, notamment dans l'héméralopie. Le signe le plus important de la maladie est alors le rétrécissement concentrique du champ visuel, qui peut être considérable.

L'auteur est inscrit parmi les candidats au titre de membre correspondant.

ÉLECTION

La Société procède à la nomination d'un membre titulaire. La commission présentait : en 1re ligne M. Théophile Anger ; en 2e ligne, *ex æquo*, MM. Delens et Gillette.

Après deux tours de scrutin M. T. Anger est élu.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IX

Que devient l'élément médical français dans ce grand mouvement, et à côté de cette Faculté voisine écrasante? Le gouvernement d'Alsace-Lorraine a laissé, aux mains de trois ou quatre médecins français qui ont même opté pour notre nationalité, deux services importants à l'hôpital civil, l'un de médecine et l'autre de chirurgie. Ces services sont les seuls où veulent entrer nos anciens compatriotes ; ce n'est réellement qu'avec difficulté et parce qu'il n'y a plus de place dans les services des médecins français, que les malades de la consultation se décident à entrer dans les salles des professeurs allemands. M. le professeur E. Bœckel, membre correspondant de la Société de chirurgie, a su maintenir à l'hôpital civil, les hautes traditions de notre chirurgie française. J'ai vu dans son service d'intéressants malades, et notamment quatre ou cinq cas de fractures du crâne traités par la trépanation préventive, guéris ou en voie de guérison. M. le docteur Jules Bœckel, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil, a réuni dans un intéressant mémoire (2) toutes les observations de la pratique hospitalière de 1872 et 1873 relatives à cette matière.

La *Gazette médicale de Strasbourg* vit toujours : en 1876 elle aura trente-cinq années d'existence ; son rédacteur en chef M. J. Bœckel tient avec soin ce recueil au courant des publications d'outre-Rhin et d'outre-Vosges.

Il ne conviendrait point enfin qu'un médecin français, de passage à Strasbourg, quittât cette ville sans parler du professeur Kœberlé. Cet éminent maître a eu l'obligeance de me conduire près de ses opérées et de me montrer ses statistiques. Vous n'ignorez pas que, tout en attachant une grande importance aux influences saisonnières et climatériques, M. Kœberlé opère au cœur même de la ville de Strasbourg, dans une spacieuse maison de santé appartenant à une communauté religieuse. Il opère ses malades par série de quatre ou cinq et ses succès sont nombreux; la dernière série de cinq cas a compté quatre guérisons, quant à la cinquième malade elle est morte guérie (selon notre expression très-juste et pourtant si fort raillée surtout dans la pratique civile). Au bout d'un mois pendant lequel le travail de cicatrisation avait marché à merveille, la malade eut un refroidissement pendant la nuit et elle fut emportée en trois jours par une pneumonie. M. le docteur Liouville avait assisté à l'opération de cette malade.

M. le professeur Kœberlé vient de publier un intéressant mémoire sur la *Réunion des plaies* (3) dans lequel il expose avec détail ses idées sur l'infection purulente, sur l'action de l'air dans le traumatisme. « Le contact de l'air sur une plaie récente, dit-il, prolongé même pendant une heure et plus, ne s'oppose pas à la réunion immédiate. Quand même un peu d'air resterait enfermé dans une anfractuosité, ou s'il y avait un peu d'emphysème consécutif à l'ablation d'une tumeur, ce que l'on ne peut pas éviter dans certaines circonstances, cet air non renouvelé ne donne lieu à aucun accident. L'oxygène se résorbe très-vite ; il est absorbé par les globules sanguins, et l'azote qui reste ne tarde pas à disparaître. Lorsque l'action de l'air est prolongée et est renouvelée (c'est-à-dire lorsque l'oxygène est en excès) ou bien est en rapport avec des substances oxydables, il concourt à la décomposition putride du sang et de la sérosité qui sont soustraits à la circulation. C'est alors un agent actif de la septicémie. » Vous rapprocherez ces idées, monsieur le rédacteur, de celles qu'a fait naître l'application de la ouate dans les traumatismes, par notre savant maître Alphonse Guérin, et vous conclurez comme moi que l'accord est loin encore d'être fait touchant l'action de l'air sur les plaies.

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 janvier.
(2) Examen critique des doctrines de la trépanation dans les plaies de la tête. Paris, chez Masson; Strasbourg, chez Treuttel et Würtz.
(3) Travail lu à la Société de médecine de Strasbourg le 2 juillet 1874. Strasbourg, Schultz, 1875.

M. le professeur Kœberlé entre dans d'intéressants détails et conseils sur la manière dont il faut procéder pendant le cours de l'opération d'ovariotomie : il indique les pièces à pansements, les objets dont il se sert et notamment il insiste sur les pinces dites hémostatiques auxquelles il a ajouté *un cliquet à trous* qui facilite leur enlèvement. M. Kœberlé se sert avec avantage de ces pinces depuis dix ans ; elles sont de son invention, bien qu'elles portent le nom d'un chirurgien de Paris, auquel il en a envoyé, dit-il, un modèle il y a quelques années : c'est là une question de priorité au sujet de laquelle l'éminent chirurgien de Strabourg se propose d'envoyer une note rectificative à nos journaux et à notre Société chirurgicale de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 février 1876, est déclaré d'utilité publique l'agrandissement du lazaret de Trompeloup (Gironde).

— *Prix Bordin.* — L'Académie des sciences a prorogé à 1877 la question proposée pour l'année 1875, dans les termes suivants : « Étudier comparativement la structure des téguments de la graine dans les végétaux angiospermes et gymnospermes. »

Les enveloppes de l'embryon, qui constituent les téguments de la graine, doivent leur origine aux diverses parties de l'ovule ; mais ces parties ont subi de très-profondes modifications pendant le développement de la graine et de l'embryon qu'elle renferme.

L'Académie demande aux concurrents d'étudier dans les graines, dont les téguments présentent à l'état adulte les différences les plus notables, les changements qui s'opèrent dans les diverses parties de l'ovule, primine, secondine et nucelle, chalaze, micropyle, et mamelon mcropylaire de la nucelle, depuis le moment de la fécondation jusqu'à la maturité de la graine.

Ces recherches doivent comprendre non-seulement les graines des végétaux angiospermes, mais celle des gymnospermes (conifères, cycadées et gnétacées), qui ont été moins étudiées à ce point de vue, les premières, quoiqu'ayant été déjà l'objet de recherches partielles assez nombreuses, et particulièrement d'un travail intéressant de M. Ad. Targioni-Tozzetti (*Memorie della Accademia delle scienze di Torino*, t. XV, 1855), méritent cependant un examen plus étendu et plus complet.

Les Mémoires, manuscrits ou imprimés, relatifs à cette question, en français ou en latin, devront être adressés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1877.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de « trois mille francs. »

— *Prix Alhumbert.* — La grande classe des Champignons se distingue de tous les autres groupes du règne végétal par l'absence constante dans tous ses tissus de la matière verte des feuilles ou chlorophylle. Cette absence de la chlorophylle indique des relations très-différentes entre ces plantes et l'atmosphère ambiante et, par suite, un mode de nutrition aussi très-différent de celui des autres végétaux.

Quelles sont les sources où les champignons puisent le carbone et l'azote qui entrent dans leur constitution? Quels sont les autres éléments qui, joints à l'oxygène et à l'hydrogène, sont nécessaires à leur développement?

Les expériences faites sur quelques Mucédinées peuvent déjà répandre un certain jour sur ce sujet, mais ne suffisent pas pour expliquer le mode de nutrition et d'accroissement des grands champignons qui prennent naissance dans le sol ou sur le tronc des arbres, dans des conditions très-différentes des moisissures, et dont la masse des tissus s'accroît souvent avec une grande rapidité.

Des champignons déjà soumis à la culture, l'Agaric des couches (*Agaricus campestris, L.*) le Polypore de la pierre à champignon, ou « *Pietra fongaia* » des Italiens (*Polyporus tuberaster, Fries*), et quelques autres qui se prêteraient peut-être à une culture expérimentale, conduiraient sans doute à des résultats intéressants.

En proposant pour sujet de prix « l'étude du mode de nutrition des champignons », l'Académie demande que, par des expériences précises, on détermine les relations du mycélium des champignons avec le milieu dans lequel il se développe, ainsi que les rapports de ce mycélium et du champignon complétement développé avec l'air ambiant, et qu'on constate ainsi l'origine des divers éléments qui entrent dans la composition des champignons soumis à ces expériences.

Le prix consistera en une médaille de la valeur de « deux mille cinq cents francs ».

Les ouvrages et mémoires, manuscrits ou imprimés, en français ou en latin, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1876.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La folie du doute (avec délire du toucher), par le docteur Legrand du Saulle. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Des phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure, par le docteur Vaussy. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur le purpura simple à forme exanthématique, par le docteur Laget. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 22. — MARDI 22 FÉVRIER 1876. 49e ANNÉE, MARDI 22 FÉVRIER 1876. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Congestion cérébrale et apoplexie vermineuse. — Ischémie et hyperémie réflexes de l'encéphale. — Névroses de seconde dentition.

Il est entré cette semaine dans mon service, deux enfants dont la maladie rare et d'interprétation difficile présente un grand intérêt. Vous verrez souvent des angines, des croups, des coqueluches et des fièvres typhoïdes, mais des névroses congestives réflexes de l'encéphale, cela s'observe beaucoup moins habituellement. Enfin comme à l'étude de ces faits, se rattachent différents problèmes de pathogénie et de thérapeutique importants, je vais vous en parler aujourd'hui.

La première de ces malades âgée de dix ans et couchée au numéro 22, de la salle Sainte-Catherine, est une fille forte, vigoureuse, de bonne santé habituelle. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, elle était comme de coutume à son atelier de travail. A onze heures, elle part vivement, sans pouvoir rien supposer de fâcheux, pour chercher les provisions du déjeuner. A peine est-elle dans la rue, qu'elle tombe sans connaissance sur le pavé, par suite d'un étourdissement subit. Un agent de police la relève et la met en lieu sûr, puis, le soir, la reconduit chez sa mère. Cette perte de connaissance et cette chute dans la rue ne furent accompagnées ni de morsure de la langue, ni de contusion grave. Il n'y eut même pas de mouvements convulsifs. Ce fut du coma avec résolution générale des membres. Quand elle revint à elle, il ne lui resta ni paralysie musculaire, ni contracture, ni aucun trouble des sens.

Elle avait seulement une violente douleur profonde dans la tête, accompagnée de battements douloureux du cerveau.

A son entrée à l'hôpital, elle souffrait encore beaucoup de la tête et je ne trouvai chez elle aucune autre lésion qu'une seconde dentition irrégulière et incomplète.

Les yeux, examinés à l'ophthalmoscope, n'offraient qu'une pléthore veineuse rétinienne, qui me parut être en rapport avec la pléthore intra-crânienne.

Je lui ai fait faire une saignée de 200 grammes qui l'a tout aussitôt débarassée de ses douleurs.

L'autre malade couchée au numéro 19, a six ans, et depuis six semaines, elle a tous les jours vingt ou trente attaques épileptiques caractérisées par la perte de connaissance, le nystagme, la déviation conjuguée des yeux à gauche, des mouvements convulsifs dans les membres et une catalepsie du bras droit. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, pas d'écume aux lèvres ni d'incontinence fécale ou urinaire. Ces attaques, dont j'ai été témoin, durent deux ou trois minutes, et cessent, sans être suivies de sommeil, en laissant toute l'intelligence et la liberté des mouvements.

L'état général est d'ailleurs excellent et sauf de *l'analgésie* généralisée, il n'y a pas de trouble dans la santé.

La seule circonstance à indiquer, c'est qu'elle rend depuis un mois un grand nombre de lombrics, et que, hier seulement, elle en a rendu onze, sans avoir de coliques ni de souffrances des voies digestives.

Les yeux, vus à l'ophthalmoscope, offrent une grande hyperémie de la papille et des vaisseaux rétino-choroïdiens.

Il semble, au premier abord, difficile de rapprocher ces deux faits l'un de l'autre. Cliniquement la forme est tellement différente, que cela semble impossible, puisque, dans le premier, vous avez seulement une attaque apoplectique sans convulsions, et dans l'autre, des crises d'apparence épileptique. Mais, anatomiquement, le rapport est plus intime, et dans les deux cas, il s'agit d'une *névrose congestive de l'encéphale*.

Dans le premier cas, je vois une congestion cérébrale apoplectique due à une action réflexe de seconde dentition, et dans le second, une congestion cérébrale épileptique par action réflexe de lombrics des voies digestives.

Chez les enfants, ces accidents sont très-communs, et bien souvent méconnus. Ils ont des formes variables. Ici, c'est une céphalalgie opiniâtre, qui arrête les études et fait craindre la méningite, surtout s'il y a eu antérieurement quelque exemple de cette maladie dans la famille ; là, ce sont des attaques épileptiques, qui sont cette épilepsie signalée par Hippocrate comme guérissant à la puberté ; ailleurs, ces chorées si fréquentes dans la seconde enfance ; enfin, un grand nombre des névroses de la seconde enfance. Je vois journellement des faits de ce genre que l'on considère, soit comme des cas de tumeur cérébrale, soit comme des prodromes de méningite, sans que l'événement justifie ces craintes. Il importe donc de savoir qu'il y a, dans la seconde enfance, des névropathies dont le pronostic n'est pas grave, et qui étant provoquées par des troubles passagers de la circulation cérébro-spinale, guérissent facilement. C'est dans cette catégorie qu'il faut placer les céphalalgies, les épilepsies et les chorées dues au travail de la seconde dentition. Bien que les enfants ne souffrent pas de

ce travail, son influence n'est pas moins réelle et la douleur ne fait rien dans la production des phénomènes réflexes.

Une plaie du sourcil cicatrisée ne fait pas souffrir, et, cependant, l'action inconsciente de la névrite du nerf temporo-frontal n'en revient pas moins dans le nerf optique pour occasionner l'atrophie de ce nerf et l'amaurose.

Le tænia des adultes, qui produit l'épilepsie, ne détermine aucune sensation douloureuse de l'intestin.

La sortie des dents de sagesse peut n'être pas douloureuse et cependant produire des céphalées insupportables.

On peut donc citer, en clinique, un grand nombre d'exemples de névropathies réflexes se produisant sans que le point de départ ou la cause éloignée agissant sur le nerf grand sympathique, soit accompagnée de douleur perçue par les malades; qu'on souffre ou qu'on ne souffre pas, peu importe, des phénomènes nerveux variables peuvent se produire par seconde dentition indolore ou par affection vermineuse inconsciente de l'intestin. Seulement, pour ce qui concerne la seconde dentition, il y a un phénomène que je crois encore peu connu, qui a une grande importance, et sur lequel j'appelle votre attention. C'est, chez les enfants, le volume des secondes dents comparé aux dimensions insuffisantes de l'arcade dentaire. Voyez la mâchoire d'un enfant de dix ans. Dans bien des cas les dents sont irrégulièrement placées, montent les unes sur les autres, se trouvent sur deux rangs, ou ne peuvent percer la gencive, empêchées qu'elles sont par les premières dents tardives à tomber. Ces dents sont larges et grandes, elles ont le volume qu'elles auront toujours, car elles ne grossiront plus comme grossit le reste des organes. *Ce sont des dents d'homme dans une mâchoire d'enfant*. Or, je vous en fais juges, pensez-vous que, selon l'idiosyncrasie et l'état nerveux des enfants, ces dents serrées les unes contre les autres, ne pouvant trouver leur place, n'aient le pouvoir d'agir par action réflexe sur les centres nerveux pour occasionner la chorée, la céphalalgie ou les convulsions. Pour moi, je suis convaincu de la réalité de cette influence dont vous avez la preuve dans ces nombreux cas d'épilepsie puérile disparaissant à la puberté, c'est-à-dire lorsque la mâchoire de plus en plus large a pris les dimensions qu'elle doit avoir d'une façon définitive.

Maintenant, il est à peine besoin de vous le dire, si ces actions réflexes se font en général par le grand sympathique, comme dans le cas des névropathies vermineuses de l'intestin, le fait n'est pas constant. L'action réflexe peut se produire par irritation nerveuse ascendante d'un nerf de la vie de relation, comme cela s'observe dans les lésions périphériques de la cinquième paire. C'est le cas des névropathies de l'irritation des nerfs dentaires.

Action du nerf grand sympathique ou des nerfs de la vie de relation, les conséquences sont les mêmes, il se produit des ischémies ou des hyperémies de la substance nerveuse déterminant des troubles fonctionnels passagers, plus ou moins graves. Ces désordres sont : la congestion cérébrale, l'épilepsie, la chorée, la céphalalgie, etc., qui en dépendent. Sur la première de nos malades, c'est une congestion cérébrale apoplectique, et, chez la seconde, ce sont des convulsions épileptiformes. Seulement comme la cause de ces accidents est tout à fait différente, j'ai dû recourir à une thérapeutique spéciale dans chaque cas.

Chez la première malade, j'ai fait pratiquer une saignée de 150 grammes, et sous l'influence de ce moyen, les douleurs de tête ont cessé. L'enfant a retrouvé son bien être et a pu sortir guérie de l'hôpital. — Quant à l'autre malade, comme il y avait une cause vermineuse, j'ai donné la santonine, le kousso et le calomel associés dans du miel. L'enfant n'ayant que cinq ans, elle n'a pris que 25 centigrammes de santonine et 20 centigrammes de calomel. Puis elle a pris 10 grammes de kousso et elle a complétement guéri. Ses convulsions épileptiformes ont complétement cessé.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 février 1876. — Présidence de M. Paris.

CORRESPONDANCE

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance :

Le deuxième et dernier fascicule du « Cours de physique pour la classe de mathématiques spéciales », par M. E. Fernet. — Une brochure portant pour titre : Le Climat de l'empire russe, par M. Vojeikof », traduction de M. H. Brocard. — Un ouvrage de MM. H. Bonnet et Poincarré, intitulé : « l'Anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale », ouvrage adressé pour le concours des prix de médecine et chirurgie.

M. le secrétaire perpétuel annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. G. Andral, décédé le dimanche matin 13 février. Il était le doyen de la section de médecine et chirurgie, à laquelle il appartenait depuis l'année 1843.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître à l'Académie qu'elle vient de perdre, en outre, dans la matinée, le doyen de ses membres libres, M. le baron A.-P. Séguier. M. Séguier avait été nommé académicien libre en 1833.

COMMUNICATIONS

Thermo-chimie. — M. BERTHELOT continue ses recherches sur les éthers hydracides, sur la formation des amides et sur l'hyposulfite de potasse.

Physiologie. — M. Marey adresse une note sur les mouvements que produit le cœur lorsqu'il est soumis à des excitations artificielles.

Thermo-chimie. — M. Maumené fait une très-intéressante communication sur un élément nouveau de la détermination des chimi-calories. L'auteur termine ainsi : « Ainsi des liquides très-divers éprouvent une altération moléculaire facile à mettre en évidence par des actions chimiques, sans que leur nature ait changé; la seule influence de la chaleur, une influence purement physique, bien évidente par le retour complet à l'état moléculaire antérieur, après quelques semaines, leur donne une sorte de trempe, pendant laquelle leurs actions chimiques produisent des nombres de chimi-calories extraordinaires. »

Chimie-biologique. — M. J. DUVAL présente une note sur un acide nouveau préexistant dans le lait frais de jument, et qu'il propose de nommer « acide équinique. »

Embryogénie. — M. GERBE adresse une note sur l'aptitude qu'ont les huîtres à se reproduire dès la première année.

Morsure des crotales. — M. Sacc transmet quelques documents recueillis par lui au Texas sur le traitement employé contre la morsure des crotales.

Il dit avoir été témoin de la guérison d'un jeune homme de seize ans, mordu à la cheville droite par un « Crotalus horridus », qu'on nomme, dans le pays « Copperhead ». L'enflure ayant déjà gagné la hanche, on appliqua sur la plaie un onguent formé avec des des oignons broyés et du sel en poudre fine; on fit ensuite avaler au blessé un verre de whisky. Après quelques heures de sommeil, on put constater que la plaie était profonde, mais l'enflure avait disparu, excepté autour de la morsure. Ce traitement est celui qu'on emploie d'ordinaire; il est toujours efficace (1). M. Sacc dit avoir fait usage lui-même, avec succès, en 1852, du sel marin délayé dans

(1) L'Académie entend laisser à l'auteur toute la responsabilité du fait qu'il signale.

l'eau, pour faire disparaître, en très-peu d'instants, l'enflure de la langue déterminée par la piqûre d'une guêpe.

Irritabilité musculaire. — M. Sacc communique aussi les observations qu'il a faites au Texas sur la conservation de l'irritabilité des masses musculaires de la tortue de mer après la mort.

L'animal ayant été complétement dépecé, le contact d'une masse musculaire avec un plateau de cuivre détermine des contraction qui l'en font sortir. Une heure après, le contact de l'acétate de soude en poudre produit encore des soubresauts capables de projeter le sel à distance.

La séance est levée à trois heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 février 1876. — Présidence de M. Parrot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Lésions des faisceaux primitifs des muscles volontaires dans l'atrophie musculaire progressive et dans la paralysie saturnine. — M. Renaut, en son propre nom et au nom de M. Debove, communique une note sur ce sujet.

On sait, dit-il, depuis longtemps, en clinique, que les muscles volontaires atteints d'atrophie progressive conservent jusqu'à la fin leur sensibilité et leur contractilité électriques. Leur contractilité volontaire subsiste également, impuissante, il est vrai, à produire le mouvement, à cause de l'affaiblissement du muscle. Elle persiste néanmoins dans son intégrité en tant qu'on la considère comme un acte physiologique, indépendant de l'effet utile produit par la contraction.

Dans les paralysies survenues sous l'influence de l'intoxication saturnine chronique, au contraire, l'atrophie musculaire est accompagnée rapidement de la perte de la contractilité et de la sensibilité électriques. Consécutivement, le muscle cesse de se contracter sous l'influence de la volonté (Vulpian et Raymond). Nous nous proposons d'exposer, dans cette note, les différences anatomiques qui séparent les deux genres précités d'atrophie musculaire et d'expliquer par elles la diversité des symptômes observés.

Lorsqu'on isole convenablement et que l'on colore ensuite à l'aide du puro-carminate d'ammoniaque, ou de la purpurine, les faisceaux primitifs des muscles volontaires atteints d'atrophie musculaire progressive simple (1), on voit que la substance musculaire a seulement diminué de volume, de telle sorte que les faisceaux, comparés à ceux d'un muscle sain, sont devenus plus ou moins grêles et parfois filiformes. Le sarcolemme est conservé dans sa complète intégrité et s'applique exactement à la surface du faisceau. Au-dessous de lui s'observent de nombreux noyaux, dont un grand nombre sont divisés et juxtaposés deux par deux ou trois par trois, et logés dans des encoches creusées dans la substance musculaire.

Cette dernière, diminuée de volume, n'est interrompue sur aucun point. Sur des préparations faites par des méthodes convenables, les deux striations, longitudinale et transversale, sont absolument conservées. Sur les faisceaux exactement tendus, quelque grêles qu'ils soient, on reconnaît avec la plus grande netteté le disque épais, la bande claire qui sépare deux disques épais successifs, et le disque mince qui la traverse.

Il résulte de ce qui précède que les phénomènes inflammatoires, dont le faisceau primitif est le siége, se sont bornés, presque généralement, dans le muscle atteint par l'atrophie musculaire progressive, à la segmentation et à la multiplication des noyaux, d'une part, et, de l'autre, à la diminution de la substance contractile, considérée seulement dans son volume, mais restant intacte dans sa structure. Cette dernière substance peut être réduite dans le faisceau primitif atrophié, à quelques fibrilles juxtaposées, conséquemment incapables de produire un travail moteur appréciable, mais demeurant aptes à se contracter isolément, sous l'influence des excitants divers du muscle, naturels ou superficiels.

Les modifications histologiques, qui surviennent dans les muscles atteints d'atrophie musculaire progressive, rendent donc un compte exact des phénomènes observés sur le vivant, c'est-à-dire de la conservation de la contractilité volontaire, de la sensibilité et de la contractilité électriques qui subsistent jusqu'au moment précis où la substance musculaire a complétement disparu dans les faisceaux primitifs.

Nous avons, l'un et l'autre, successivement signalé la multiplication des noyaux musculaires dans l'atrophie musculaire progressive et les lésions des muscles atteints par la paralysie saturnine. Nous ne pouvons entrer ici dans l'historique de la question. Nous nous proposons de le faire complétement dans un travail ultérieur. Mais si l'on compare les faisceaux primitifs des muscles volontaires atteints par l'atrophie progressive et par la paralysie atrophique due à l'action lente du plomb sur l'organisme, il est facile de reconnaître que dans cette dernière les lésions sont totalement différentes de celles qui caractérisent l'atrophie musculaire progressive. Les muscles extenseurs, atteints par le plomb, offrent tous les caractères de la myosite suraiguë, telle qu'on l'obtiendrait en passant dans un muscle un séton et en l'y laissant à demeure. Les faisceaux primitifs ne sont plus cylindriques mais moniliformes. De distance en distance, les noyaux ont proliféré et sont accumulés dans le sarcolemme qu'ils gonflent, sous forme d'amas. A ce niveau la substance musculaire est étranglée, ou complétement coupée de telle façon que les noyaux distendent le boyau sarcolemmique et qu'au-dessus et au-dessous d'eux existe un fragment de substance contractile. Cette végétation des noyaux musculaires se reproduit de distance en distance, de telle sorte que la substance musculaire est fractionnée en segments, et que la continuité du faisceau est interrompue.

On s'explique, dès lors, comment un muscle ainsi lésé est absolument incapable de se contracter, soit sous l'influence de la volonté, soit consécutivement à l'application des divers excitants physiologiques, puisqu'il est formé de fragments discontinus et qui n'ont plus d'action sur les extrémités tendineuses.

Nous ne reviendrons pas ici sur les différents modes suivants lesquels s'effectuent la fragmentation, la dissociation et la résorption de la substance musculaire dans les faisceaux primitifs atteints de myosite plombique.

Ces différents détails ont été en effet l'objet d'un travail présenté l'an dernier par l'un de nous à la Société de Biologie. Nous avons voulu seulement démontrer, dans cette note, que les différences physiologiques observées sur le vivant, dans les muscles atteints d'atrophie progressive et d'atrophie plombique, ont leur raison d'être dans des lésions anatomiques relativement grossières, et résultant de deux modes de dégénération qu'il importe de séparer.

Localisations cérébrales. — M. Pitres communique un nouveau fait recueilli dans le service de M. Charcot et dans lequel il s'agit d'une lésion corticale très-étendue en surface et qui ne donne lieu qu'à des phénomènes à peine appréciables. Les masses centrales étaient absolument indemnes et, en considérant les parties du cerveau qui étaient atteintes, on conçoit aisément que, malgré son étendue, cette lésion n'ait pas donné lieu à des phénomènes plus accusés. Cette observation est donc une nouvelle confirmation des données soutenues par M. Charcot sur les localisations.

Bromure d'éthyle. — M. Rabuteau présente un échantillon de bromure d'éthyle. Ce corps, qui a pour formule $C^2H^5B^7$ a été obtenu par Soubeiran, en traitant l'alcool par l'acide bromhydrique. Il bout à 40 ou 42 degrés. Il présente les mêmes propriétés physiologiques que l'éther, mais ses effets topiques sont beaucoup moins désagréables que ceux de l'éther. Le bromure d'éthyle paraîtrait donc devoir être préférable à l'éther.

La séance est levée à cinq heures et demie.

(1) C'est-à-dire qui n'est point symptomatique d'une sclérose des cordons latéraux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février 1876 (1). — Présidence de M. Houel.

RAPPORT

De l'ostéotomie dans le traitement des courbures rachitiques. — M. Tillaux donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Jules Bœckel, chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Strasbourg, communiqué au mois de novembre dernier, sur *les résultats de l'ostéotomie dans les déviations rachitiques*. Ce mémoire était accompagné de moules en plâtre pris avant et après l'opération. On a rarement recours, en France, à cette opération pour redresser les déviations rachitiques, mais elle tend à se répandre à l'étranger, en Angleterre et en Allemagne surtout. M. Tillaux l'a faite plusieurs fois, mais seulement pour le traitement de l'ankylose et du *genu valgum*. Le travail de M. J. Bœckel repose sur cinq observations dont une est due à M. Eugène Bœckel, son cousin, membre correspondant de la Société. Dans la première observation, l'ostéotomie a été faite sur le tibia et le péroné chez une petite fille de deux ans, pour une courbure qui avait pour résultat de faire reposer le pied sur son bord externe. La consolidation et la guérison complète ont été obtenues en un mois. Les deux opérations suivantes ont été pratiquées sur une petite fille de sept ans pour une incurvation rachitique latérale des deux jambes. Les pieds reposaient sur leur bord externe. La double ostéotomie a été faite à sept jours d'intervalle. Le redressement était complet après trois semaines. Seize mois plus tard, le redressement s'était maintenu et il n'y avait pas de claudication. M. Bœckel a fait usage dans toutes ses opérations du pansement de Lister. — La quatrième opération a été faite sur une petite fille de cinq ans qui a guéri en un mois. Plusieurs mois après, pas de claudication.

M. Bœckel a pratiqué encore l'ostéotomie sur un enfant de cinq ans, pour un *genu valgum* gauche, employant par comparaison le procédé de Delore, pour redresser la même difformité à droite sur le même enfant; sur un homme adulte pour une consolidation vicieuse de fracture : raccourcissement nul. Dans deux autres cas, la résection linéaire et la résection cunéiforme ont également été suivies de succès.

En réunissant tous les cas dus à la pratique de MM. J. et E. Bœckel et des étrangers, on arrive à un résultat de trente-quatre succès sur trente-quatre opérations. Cette belle statistique doit engager les chirurgiens français à imiter cette pratique, s'ils ne veulent pas rester en arrière de leurs confrères étrangers. Mais à quel âge doit-on faire ce redressement? Le jeune âge, de un à sept ans, est évidemment le plus favorable. L'âge du rachitisme doit aussi entrer en ligne de compte. Dans la première période les os sont mous; dans la deuxième ils sont éburnés, et tellement durs que les instruments peuvent s'y briser. M. Bœckel conseille de ne recourir à cette opération qu'après avoir essayé de pratiquer le redressement manuel, que l'on obtient quelquefois facilement lorsque les os sont encore mous. On peut, au besoin, employer le chloroforme et des appareils de redressement si la main ne suffit pas ; quelquefois encore, il sera nécessaire de faire l'ostéoclasie, mais dans ce cas la main seule devra servir d'instrument. Si les os présentent une trop grande résistance, c'est à l'ostéotomie qu'il faudra avoir recours.

Manuel opératoire : M. Bœckel fait une petite incision à la peau, directement sur l'os, et décolle le périoste. L'incision doit être petite, juste suffisante pour le passage d'un ciseau, instrument dont M. Bœckel se sert exclusivement avec un maillet, de préférence à la scie, même la petite scie à chaîne qui exige un délabrement plus considérable, et cause plus souvent des accidents. On a conseillé de faire la section incomplète de l'os, puis d'attendre la cicatrisation de la petite plaie et d'achever ensuite la fracture (Billroth).

M. Bœckel préfère faire l'ostéotomie complète qui n'expose pas à produire des éclats de l'os.

Après la section, le redressement devient facile, et le membre est placé dans une gouttière plâtrée. M. Bœckel a toujours fait usage du pansement de Lister et se loue beaucoup de son emploi. Si l'on n'a à redresser qu'une courbure latérale, la section simple suffit ordinairement; mais si l'on a affaire à une courbure antéro-postérieure, il faut recourir à la section cunéiforme.

M. le rapporteur demande que des remercîements soient adressés à l'auteur, que son mémoire soit inséré dans les Bulletins, en abrégeant un peu les observations, enfin que M. Bœckel soit inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

DISCUSSION

M. Le Fort ne partage pas l'enthousiasme de M. Tillaux pour l'ostéotomie dans les cas de courbures rachitiques. C'est une opération ancienne, dont Malgaigne a mentionné quelques observations, et qui a été abandonnée parce qu'elle n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Dans la plupart des cas, les os peuvent être redressés avec des appareils.

M. Labbé a vu, à la clinique de Billroth, des malades qu'il avait soumis à l'ostéotomie, et a pu constater les bons résultats de cette opération. Nous sommes, à ce point de vue, en retard sur l'étranger.

M. Guérin a vu faire cette opération depuis très-longtemps en France. Jobert (de Lamballe), dont il a été l'élève, peut-être ingrat, ajoute-t-il, enlevait un coin dans la longueur de l'os, pour redresser ces incurvations. Il est vrai qu'il ne ménageait pas le périoste, dont on ne connaissait pas alors les propriétés. Mais les opérations sous-périostées ne sont pas d'invention étrangère; et quant à l'ostéotomie elle-même, pour des cas de rachitisme, personne ne l'a faite à l'étranger avant que Jobert ne l'eût pratiquée en France. Si elle nous revient aujourd'hui d'Allemagne, ce n'est qu'une réimportation.

M. Panas ne rejette pas cette opération, en présence des résultats heureux de MM. Bœckel et Billroth. On craignait trop autrefois de faire à un os une fracture plus ou moins complète au fond d'une plaie qui la mettait en communication avec l'air. Dans le manuel opératoire exposé par M. Bœckel, M. Panas remarque l'emploi du ciseau au lieu de la scie, et a constaté qu'au point de vue de la suppuration ce n'est pas chose indifférente. Il y a moins d'accidents à redouter. Une fois cependant Billroth a perdu un malade chez lequel un fragment de ciseau brisé était resté dans l'os. Ce n'est pas au pansement de Lister qu'il faut attribuer la réussite des opérations de M. Bœckel, car, à Vienne, on arrive au même résultat par l'application de la glace.

A Vienne comme à Strasbourg, on n'a recours à l'ostéotomie que lorsque l'on n'a pu parvenir à redresser l'os avec la main. Souvent il est encore mou et donne la sensation d'un bâton vert. Quelquefois, lorsqu'il est dur, Billroth en fait la rupture avec un levier, mais alors toujours sous la peau.

M. Blot demande quelles sont les indications de l'ostéotomie et à quel âge elle a été pratiquée dans les trente quatre cas rappelés. Il est certes intéressant, au point de vue de la médecine opératoire de savoir que l'on peut tailler un os comme une pierre, à coups de marteau et de ciseau, mais l'indication d'une pareille opération n'existe pas au dessous de dix ans. Jusqu'à cet âge on peut toujours à l'aide d'appareils convenables, obtenir ce redressement des os. M. Blot rappelle cette maxime évangélique : « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas que l'on te fît. »

M. Depaul ne se préoccupe que de l'utilité de cette opération. On semble croire que le rachitisme réside dans une déformation du tibia, mais, le plus habituellement, le fémur présente aussi des courbures diverses, quelquefois très-grandes.

Chez la plupart des femmes rachitiques, il a la forme d'un arc de cercle. Malgré le nom de cette maladie, c'est la colonne vertébrale qui est le moins souvent atteinte, tandis que la déformation d'un rachitique est, partout ailleurs, jusque dans la tête. L'ostéotomie lui paraît donc une bien grosse opération pour un détail tel que la courbure du tibia, que les vêtements dissimuleront comme ils dissimulent les autres difformités. D'ailleurs, ces courbures s'atténuent seules, si elles ne s'effacent pas complétement, entre deux et quinze ans, par l'usage de quelques appareils orthopédiques et surtout de l'hygiène. On a tort de craindre que la France ne reste en arrière pour de semblables audaces. Des insuccès viendront certainement tempérer le zèle des promoteurs de l'ostéotomie. M. Depaul demande,

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 février.

en terminant, que si le mémoire de M. J. Bœckel est trop long pour être inséré en entier dans les *Bulletins*, le comité de publication donne la préférence aux observations qui seraient publiées intégralement, en sacrifiant les commentaires qui les accompagnent et que chacun pourrait faire, selon sa manière de voir, après avoir lu des observations instructives.

M. TILLAUX répond à M. Depaul qu'il n'a pas d'expérience personnelle sur la facilité avec laquelle les os rachitiques se redressent seuls; et, à M. Blot, que jamais les chirurgiens qui préconisent l'ostéotomie ou l'ostéoclasie ne font ces opérations sans avoir essayé le redressement à la main ou le brisement sous-cutané.

M. BLOT. Cette réponse de M. Tillaux indique que les chirurgiens partisans de l'ostéotomie n'ont cherché à redresser les os que par des moyens violents et instantanés, alors que c'est le temps seul et l'hygiène qui peuvent modifier favorablement ces courbures.

M. TILLAUX pense que si l'on attendait l'âge adulte, cette opération serait infiniment plus grave. Et quant à l'objection de M. Depaul, que tous les os du squelette sont déformés, M. Tillaux répond que c'est la courbure du tibia qui, seule, peut empêcher la marche chez les rachitiques.

M. BLOT estime que jamais le peu de gravité d'une opération, s'il est vrai que celle-ci en soit indemne, ne doit engager un chirurgien à la faire si elle est inutile.

M. DEPAUL, après avoir examiné les moules des membres opérés, ne trouve pas que le redressement ait été obtenu, et pense même que l'enfant devait mieux marcher avant l'opération qu'après. Il constate aussi que le pied, moulé un an après l'opération, semble plus petit que le même pied moulé avant de la pratiquer. Ne serait-ce pas une erreur matérielle?

M. LE FORT conseille aussi l'emploi des appareils à traction et à redressement. Il faut de la patience. Il faut de six mois à un an pour obtenir un résultat.

Les conclusions de M. le rapporteur sont votées, avec cette modification que les observations seront remises en entier au comité de publication.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. le docteur Badal, un nouvel *optomètre*, qui résout complétement le problème de l'optométrie en donnant la mesure de la réfraction, et en même temps celle de l'acuité de la vision.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 février 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION SUR LE TÆNIA

M. ROGER fait une communication ayant pour titre : *Du tænia chez les enfants; du tænia inerme produit par le régime de la viande crue.*

Les observations qu'il a recueillies depuis une dizaine d'années, soit en ville, soit à l'hôpital, ne seraient, dit-il, ni assez détaillées, ni assez précises pour élucider complétement la question d'origine du tænia inerme et de ses rapports avec l'usage de la viande crue; mais elles confirment cliniquement, en ce qui concerne les cestoïdes, dans l'enfance, ces rapports que les pathologistes avaient notés d'abord sans pouvoir s'en rendre compte, et que l'histoire naturelle vient d'expliquer d'une manière positive. En effet, ce n'est plus avec les notions anciennes et les vieilles théories que l'on doit traiter la question des helminthes chez l'homme ; c'est auprès des naturalistes que le médecin est tenu de se renseigner sur la détermination exacte des espèces de vers qui se logent chez l'homme et chez d'autres animaux, sur leur genèse, leur évolution, leur anatomie et leur physiologie, s'ils veulent apprécier sainement les effets de la présence de ces vers dans l'organisme.

Prenant comme exemple ce qui est advenu pour les ascarides lombricoïdes, M. Roger fait observer qu'en même temps que l'on démontrait, par leur structure, que ces vers étaient incapables de déterminer les accidents dont on les accusait à tort, on ruinait la théorie de la génération spontanée par des expériences de genèse artificielle. Prouver expérimentalement, comme l'a fait M. Davaine, que ces helminthes naissent uniquement par suite de l'introduction de leurs œufs dans les voies digestives, c'était montrer l'inanité de la doctrine de l'helminthiase. Là où l'on voyait autrefois une maladie vermineuse ou tout au moins une prédisposition morbide de l'organisme favorable à la production des vers, il ne faut plus voir que l'introduction fortuite d'une eau plus ou moins chargée d'œufs de lombrics.

C'est là aujourd'hui une notion d'histoire naturelle positivement établie, et qui explique bien des particularités qu'on avait justement notées, mais qu'on interprétait faussement. On comprend alors la fréquence réelle des ascarides lombricoïdes chez les jeunes sujets, moins difficiles que les adultes pour l'eau de leur boisson, chez les enfants pauvres et ceux de la campagne, et leur extrême rareté chez les citadins, qui boivent de l'eau filtrée, et chez les vieillards qui boivent du vin. Les anciens auteurs ne parlent pas d'helminthiase chez les ivrognes ni chez les enfants à la mamelle.

Les progrès récents de l'histoire naturelle viennent également jeter un jour nouveau sur la pathologie humaine, relativement au tænia. Les rapports directs de filiation qui existent entre le cysticerque et le tænia furent d'abord constatés d'une manière positive, et l'on démontra que ces deux vers, l'un hydatique, l'autre rubané, ne constituent qu'un animal unique, à deux périodes de son existence, qui, à ces deux périodes occupe, toujours en parasite, une habitation différente. A l'état de larve, ce n'est pour ainsi dire qu'une tête qui vit enkystée dans le tissu cellulaire d'un cochon (*cysticerque ladrique*); à l'état adulte, il habite l'intestin de l'homme qui l'a avalé; il s'allonge en ruban, se fragmente en cucurbitins; c'est désormais le *tænia solium* ou *armé*. Ce fait extraordinaire de génération alternante a été mis hors de doute par les expériences de Kuchenmeister. En faisant avaler au porc des œufs de tænia, on avait vu la ladrerie se produire et le cysticerque ladrique se développer; Kuchenmeister fit prendre à un condamné à mort des potages aux cysticerques de porc et, à l'autopsie, il retrouva dans l'intestin de jeunes tænias armés. Il fallait forcément conclure, ajoute M. Roger, que la cause du tænia chez l'homme était l'ingestion du jambon cru. Toutefois, à ces expériences décisives, on objectait l'extrême fréquence du tænia en Abyssinie, où l'on ne mange que du bœuf, et sa présence chez les juifs, auxquels le porc est interdit.

Voici, en outre, que l'usage de la viande crue s'introduit dans la pratique médicale, d'abord pour les très-jeunes enfants atteints de diarrhée, puis pour les individus affectés de maladies des voies digestives, puis pour les phthisiques, puis pour les anémiques, et enfin chez presque tous les malades, puisque les médecins ne voient aujourd'hui qu'asthénie, là où Broussais ne voyait que sthénie. En même temps se multipliaient les exemples de tænias, à tel point que les médecins se demandèrent s'il n'y avait pas relation de causalité entre l'alimentation à la viande crue et le développement exagéré du cestoïde. Le docteur Weiss, de Saint-Pétersbourg, est un des premiers introducteurs du bœuf incuit dans le traitement des jeunes enfants diarrhéiques, et le premier observateur qui eût rapporté des faits de tænia consécutif. M. Roger rapporte quelques-unes des observations de M. Weiss.

Mais, dans toutes ces observations, Weiss ne donne aux tænias rendus que le nom de tænia solium. M. Roger pense qu'il confond les deux espèces, car dans ces cas, la tête n'a pas été examinée, et l'on ne parle que de fragments expulsés. Une seule fois, l'examen au microscope a été fait, et Weiss dit avoir trouvé des suçoirs, mais il ne parle pas de crochets. C'était donc, dans ce cas, d'un tænia inerme qu'il s'agissait.

M. Roger passe ensuite en revue un certain nombre de faits relatifs à la question, et qui ont été recueillis dans les journaux de médecine français et étrangers, par M. le docteur Rendu, qui les a rassemblés dans une note dont M. Roger donne lecture. Il rapproche ensuite de ces faits ceux qu'il a eu l'occasion d'observer dans l'es-

pace de sept années, de 1867 à 1874, à l'hôpital des Enfants. Il fait remarquer, en rapportant ces observations, qu'il faut, lorsqu'il s'agit d'enfants, se tenir en garde contre les cas de simulation.

Les faits qu'il a observés sont au nombre de onze, dont huit filles contre trois garçons seulement. Cinq fois sur dix, M. Roger a pu faire rendre à des petits malades quelques mètres de tænia; une seule fois il a pu obtenir la tête; le microscope a permis de reconnaître que c'était la tête d'un tænia inerme. De ces malades, un seul mangeait beaucoup de charcuterie depuis six mois. Parmi les autres, plusieurs avaient été soumis au régime de la viande crue. Les plus jeunes, de deux à trois ans, ont dû être atteints du tænia inerme, et les plus âgés, de huit à dix ans, du tænia armé; ces indications se tirent de la notion des habitudes culinaires de l'enfant; c'est, en effet, à partir de six ou huit ans que se font les dînettes infantiles dans lesquelles la charcuterie est le régal préféré.

Au point de vue de la symptomatologie, M. Roger n'a constaté aucun des symptômes particuliers attribués au ver solitaire. Il a noté exceptionnellement un peu de dyspepsie et d'embarras gastrique. Le rejet des cucurbitins était le seul phénomène qui permît le diagnostic; *a fortiori*, M. Roger n'a-t-il jamais observé de ces troubles nerveux imputés si gratuitement à la présence des cestoïdes dans l'intestin. Il nie donc de la façon la plus absolue que le séjour du tænia dans l'intestin puisse produire les vraies névroses. Ces désordres du système nerveux sont peut-être communs dans les pays où les tæniadés et les botriocéphalidés semblent endémiques, mais, assurément, ils sont excessivement rares à Paris.

En trente années de pratique, M. Roger n'avait jamais rencontré de tænias, en ville, sur les très-jeunes sujets dont la nourriture est surveillée et choisie; or, depuis cinq ou six ans, il en a rencontré une dizaine de cas, chez des enfants récemment sevrés ou même encore à la mamelle, qui avaient été soumis au régime de la viande de bœuf incuite. Convaincu tard et incomplétement des vertus antidiarrhéiques et fortifiantes de la viande crue, M. Roger n'a soumis que très-rarement et pendant très-peu de temps ses petits malades à ce régime animal, de sorte qu'il ne peut apporter des observations bien complètes.

Le simple énoncé de ces observations, ainsi que de celles de M. Archambault, suffit à établir d'une façon irréfragable les deux faits corrélatifs de l'ingestion du bœuf incuit et du développement consécutif d'un tænia.

Les tænifuges, dont la clinique a constaté l'efficacité chez les adultes, doivent, bien entendu, être employés chez les enfants; il n'y a que les doses à modifier. M. Roger a employé, avec un égal succès, l'écorce de racine de grenadier (15 à 20 grammes), et le kousso à 10 grammes. Les semences de courge sont d'une administration encore plus facile : avec 15 à 20 grammes d'amandes, et partie égale de sucre, on fait une pâte très-goûtée des enfants : il est bon, deux heures après, de faire avaler 15 grammes d'huile de ricin.

M. Roger donne ensuite l'explication des rapports qui unissent ces deux faits, l'ingestion de la viande crue et l'apparition d'un cestoïde. Les considérations qu'il présente à ce sujet sont empruntées à l'excellent article *Cestoïde*, fait par M. Davaine dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

La découverte de la génération alternante du cysticerque ladrique du tænia solium humain fit penser qu'il devait y avoir de même, dans la chair de bœuf, un cysticerque spécial qui, ingéré par l'homme, se transformait sans doute en tænia inerme, dont les œufs avalés, à leur tour, par l'herbivore reproduisaient le scolex du parasite. Les expériences de Leuckart ont prouvé qu'en effet il en était ainsi.

En définitive, dit en terminant M. Roger, l'observation clinique et l'expérimentation ont prononcé souverainement : la fréquence insolite, dans ces dernières années, du tænia rencontré chez les plus jeunes sujets est due exclusivement à l'usage de la viande crue, et ce tænia, qui est l'inerme, est la transformation du cysticerque du bœuf; la première existence du ver se passe chez le bœuf et la seconde chez l'homme; puis le cycle recommence si la loi de manducation générale des espèces animales entre elles s'accomplit régulièrement.

Quelle est la conclusion pratique de ces faits? C'est, non pas la suppression absolue de la viande incuite, mais une très-grande réserve dans la prescription de ce régime aux très-jeunes sujets. Si, après le sevrage, la diarrhée s'établit et persiste, malgré le changement de nourriture, la diète lactée, le retour à l'allaitement, etc., on pourra donner de la viande crue de bœuf et de mouton.

M. Roger donnerait la préférence à ce dernier, dont le cœnure qui devient tænia du chien ne peut devenir celui de l'homme. Il ne faudra pas prolonger ce régime au-delà de quelques semaines. La viande crue sera donnée surtout aux enfants à dentition retardée, qui n'ont pas encore assez de molaires pour la mastication de la viande cuite. Quant aux plus âgés, dont la denture est complète, M. Roger se garderait bien de les mettre à ce régime sans nécessité reconnue et sous le prétexte d'anémie ou de lymphatisme.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

Origines de l'enseignement médical en Lorraine.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PONT-A-MOUSSON. — 1572-1768 (1).

par G. Tourdes, *professeur de l'ancienne Faculté de Strasbourg.*

Il n'est pas facile de donner une analyse ou un résumé de ce mémoire de quatre-vingt-dix pages, écrit par le professeur Tourdes qui apporte là, comme partout, sa concision et sa méthode rigoureuse; il faudrait lire ce travail nourri d'érudition toujours difficile à acquérir lorsqu'il s'agit d'une question locale, et surtout dans les conditions particulières où se trouvait l'auteur, appelé par les événements à étudier l'histoire médicale d'une contrée qui n'était pas la sienne et où par conséquent les recherches ne lui étaient pas faciles.

M. Tourdes n'a cependant pas épargné son temps ni sa peine à préparer ce discours, à n'en juger simplement que par la bibliographie de plus de soixante manuscrits divers et auteurs de ce temps. Il est inutile de dire qu'il a complétement réussi.

Nous nous proposons plutôt de détacher de ce travail les traits saillants qui intéresseront tous nos lecteurs, même ceux qui sont étrangers à l'histoire du pays; nous renvoyons à ce livre, ceux qui voudraient rechercher l'exactitude historique, statistique, numismatique même, car tout y est. *La médecine pendant le moyen âge* est à peu près inconnue : on ne l'exerce que dans les cloîtres ou les églises. Les malades étaient alors déposés sur les tombeaux de saints évêques. Une inscription du quatorzième siècle rappelle, à Verdun, les services d'un chanoine et curé qui était en même temps maître ès arts et en médecine. Les religieux de la même ville se distinguent pendant la peste de 1584 et vont soigner les malades dans des baraques installées hors des murs, tandis que le médecin de la ville, moins soucieux de sa dignité, s'enfuit de Verdun « en air sain » et n'y rentre qu'à la fin de l'épidémie.

L'enseignement médical n'existait pas à cette époque. Tout le monde connaît l'histoire de ce pauvre moine de Saint-Remi qui, en 991, part à pied de son couvent pour aller étudier à Chartres un manuscrit des *Aphorismes d'Hippocrate*.

C'est dans le douzième et le treizième siècle que les grandes Universités se fondent : Paris (1206), Montpellier (1220), attirent les rares médecins de la Lorraine qui peuvent entreprendre ces lointains voyages. Viennent ensuite les Universités de Strasbourg (1566), Douay, Leyde.

Fondation de l'Université de Pont-à-Mousson (1572). Ses créateurs sont le cardinal de Lorraine et le duc Charles III, qui en donnent la direction à la Compagnie de Jésus; le pape Grégoire XIII donne l'institution canonique (5 décembre 1572), à la nouvelle Université, qui sera composée de quatre Facultés, dont deux, la théologie et la philosophie et les arts, appartiendront aux Jésuites, les deux autres, de droit civil et canonique, et de médecine seront dirigées par leurs doyens, à l'instar de Paris et de Bologne dont elles obtiennent tous les priviléges.

Le choix de la ville de Pont-à-Mousson est motivé par sa situation au centre des Trois-Évêchés de Toul, Metz et Verdun; puis cette ville

(1) Paris, Berger-Levrault et Cᵉ. — 1875. — Prix : 3 fr.

« paisible, sur le bord du fleuve célébré par Ausone, dans la riante vallée de la Moselle, avec ces charmants paysages qui présentent l'idéal d'une nature douce et civilisée, *musis tam accomodatum locum*, » semble aux Jésuites de l'époque présager déjà un brillant avenir.

L'institution des deux Facultés de Jésuites se fait au milieu de luttes, mais elles prospèrent rapidement en 1577. On y accourt d'Allemagne, de France, des villes et des villages circonvoisins. « Il n'y a, dit un auteur, Académie en Allemagne, ni cette ancienne et florissante Université de Cologne même, ni en France, excepté celle de Paris, qu'en fréquence des bonnes leçons et affluence de disciples, elle ne surmonte et désavance. » Citons encore un trait d'esprit qui marque la satisfaction des princes et des Pères Jésuites. « Cette ville, dit Nicolas Boucher, qui s'appelait d'abord Pons αμουσος est devenue la mère des muses. »

Pendant que les deux Facultés de Jésuites arrivent à cette prospérité, il fallait pourtant songer à instituer les deux autres facultés autorisées par la Bulle. Malgré les représentations que Maldonat fait au duc Charles III, craignant que la paix de l'Université ne fût troublée le jour où les légistes entreraient dans le corps enseignant, la *Faculté de droit* fut établie en 1596. L'Écossais William Barclay, proscrit et dénué de tout, ouvre ses cours dans sa maison : Il commence la réputation de cet enseignement suivi par des Écossais à qui Marie-Stuart « licet ab Anglis captivtis eneretur », ouvre un collège spécial. Enfin Grégoire de Toulouse est appelé et illustre la Faculté dont il est l'homme le plus éminent, comme Charles Lepois sera la gloire de la Faculté de Médecine qu'il va aussi organiser.

La Faculté de médecine vient compléter l'Université mussipontaine. Le 25 octobre 1592, Toussaint Fournier ouvre les cours, aussi dans sa maison. Le premier doyen est, en 1598, *Charles Lepois*, médecin ordinaire du duc de Lorraine. Il est la plus grande personnalité médicale de la Lorraine.

Déjà son père avait résumé, pour l'instruction de son fils, les travaux des médecins les plus illustres, depuis Hippocrate jusqu'au quinzième siècle; manuscrit que Boerhaave fait réimprimer en 1736 à Leyde pour ses disciples. Il estime le grand Charles Lepois parce qu'il préconise la méthode d'observation, et « démontre les recherches anatomiques, la cause et le siége des maladies dont il vient de donner l'histoire d'après nature » Puis il mène ses élèves chez les malades « pour leur apprendre à observer et faire l'application de ce qu'il venait de leur expliquer. » Le doyen de Pont-à-Mousson fait noble figure à côté de Grégoire; latiniste, helléniste, il connaît l'hébreu, l'arabe, l'italien, l'espagnol; science qu'il était bon de posséder en présence d'un ordre qui avait su complimenter en dix-sept langues le cardinal de Lorraine.

La peste éclate à Nancy, en 1636 : Lepois ne fait plus comme le médecin de Verdun un siècle auparavant, il court à sa ville natale et meurt victime de son dévouement. La ville de Nancy, récemment, a donné à l'une des rues qui longe le nouveau bâtiment de la Faculté de médecine, le nom du doyen organisateur de la Faculté de Pont-à-Mousson, qui avait donné un si noble exemple de science profonde et d'honneur médical.

Mais voici bientôt des troubles dans l'Université, les *prétentions des Facultés séculières* qui ne veulent plus se soumettre au recteur religieux. La Faculté de droit se retire à Saint-Mihiel; la Faculté de médecine refuse le serment d'obédience; elle dispute ensuite la *préséance* à la Faculté de droit qui a le pas dans les cérémonies comme étant la plus ancienne. Pour consoler les médecins, le cardinal de Lorraine leur envoie sa robe fourrée d'hermine; cette fourrure décorera à l'avenir le costume des professeurs.

Cependant la paix n'est pas faite : les deux Facultés refusent, et avec succès, leurs bedeaux au recteur qu'elles ne veulent pas reconduire jusqu'à son domicile, à la suite des cérémonies religieuses; le doyen de Médecine dispose son banc en travers dans l'église pour ne pas préjudicier aux droits de sa Faculté et le doyen de Droit fait trois fois rétablir le sien à la place d'où l'avait écarté le bedeau de la Théologie. Il faut, en 1604, une ordonnance pour régler l'ordre dans lequel marcheront les *trente-cinq catégories* de personnages qui composent la procession de l'Université, depuis les élèves de sixième, jusqu'au recteur, jusqu'au peintre et au graveur de l'Université.

De longues luttes et discussions diverses sont encore suscitées au sujet du *nom de l'Université*, (s'appellera-t-elle *Mussi-Pontana*, ou bien Ponti-Mussana?) au sujet des *emblèmes* de la Faculté de médecine. Puis les *Universités étrangères* sont jalouses des succès de Pont-à-Mousson, où les droits d'examen sont beaucoup moins onéreux, et veulent en rappeler leurs nationaux.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 19 février 1876, des concours seront ouverts à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir :

Le 10 août 1876, pour deux emplois de suppléants des chaires de chirurgie. — Le 13 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine. — Le 20 novembre 1876, pour deux emplois de suppléant des chaires de sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaire, chimie et pharmacie).

— *Concours de l'agrégation.* — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Anatomie : MM. Farabeuf et Cadiat (Paris); Chrétien (Nancy).
Histoire naturelle : M. de Lanessan (Paris).
Chimie : MM. Bourgoin (Paris) et Engel (Nancy).
Physique : M. Gay (Paris).

Applications pratiques de l'électricité au diagnostic et à la thérapeutique. Description des appareils employés dans les deux mondes, et perfectionnements apportés récemment à leur usage, par le docteur Julius Althaus; traduit de l'anglais et annoté par le docteur Darin. — 1 vol. in-8° avec 41 figures dans le texte. Prix : 3 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,
Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arseniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. MARIANI, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie DUPUY, montagne de la Cour.

Véritable jus de bifteck
du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50

Koumys — Edward
ET
Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul expérimenté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Huile de foie de morue
pancréatique de DEFRESNE

M. Cl. Bernard a démontré que le *suc pancréatique* avait pour mission de digérer les corps gras; s'emparant de ce fait physiologique, M. Defresne a eu l'idée d'employer le suc pancréatique à l'émulsion de l'huile de foie de morue, de manière à la rendre assimilable.

L'huile qu'il traite par la pancréatine, perd sa forme liquide et prend celle d'une crème blanche, dans laquelle la saveur particulière de l'huile de foie de morue est entièrement dissimulée et rendue même agréable par l'intervention du laurier-cerise.

Dans ces conditions, elle se délaye dans l'eau, le lait, le chocolat, le café, le bouillon, suivant le goût du malade.

Elle ne cause jamais ni renvois, ni diarrhée, et ne donne lieu à des selles graisseuses comme cela a lieu avec l'huile de foie de morue ordinaire; elle est au contraire absorbée, sans aucun travail, par l'estomac le plus délicat; c'est le problème longtemps cherché, et enfin résolu, de faire prendre ce médicament sans répugnance.

De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux ont confirmé tous les faits avancés.

DOSE : 4 à 8 cuillerées à café par jour, avant les repas.

Dépôt à la PHARMACIE DEFRESNE, 2 et 4, rue des Lombards, et dans les principales pharmacies.

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Sirop de digitale de Labélonye

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — *Dépôt à Paris :* Pharmacie VIAL, 20, rue de Châteaudun, où se trouvent aussi le **Sirop de Fer dialysé Bravais** et les **Pilules de Fer dialysé Bravais**. — *Vente en gros, exportation :* J. P. LAROZE et Cᵒ, 2, r. des Lions-St-Paul, Paris.

Pilules Duroy à l'extrait de sang,
— ou Hématiques — RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme*. Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, PHARMACIEN LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, RUE DU FAUB.-MONTMARTRE, A PARIS, et toutes les pharm.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication*.

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Pilules de Blancard, approuvées
par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Vin ferrugineux à la rhubarbe

de AD. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Toutes les préparations ferrugineuses amènent plus ou moins de la constipation, et c'est pourquoi on ne peut en continuer longtemps l'usage. Le VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE DE CHINE ne présente pas et ne peut présenter ces inconvénients. Il est agréable au goût, et convient dans tous les cas où le fer est indiqué. — 61, boulevard Malesherbes, Paris, et dans toutes les pharmacies.

Embaumements du dr Sucquet

Seule méthode approuvée par l'Académie de médecine de Paris dans les concours des embaumements. — 142, rue de Rivoli.

Liqueur de Carrié au tartrate
ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation**. — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le mémoire de M. Colin vient d'être reprise, mais aujourd'hui elle n'a pas porté sur le fond même de ce mémoire. M. Chauveau (de Lyon), répondait aux critiques dont ses travaux avaient été l'objet. M. Colin a repris ces critiques, et leur a donné, à certain moment, une forme qui a provoqué les protestations de M. Bouley au nom de l'Académie des sciences. C'est une question bien délicate que celle de se prononcer entre deux expérimentateurs également consciencieux, également habiles. Leurs résultats diffèrent, paraît-il, comme diffèrent leurs procédés. M. Chauveau obtient toujours une diffusion de l'albumine, qui ne se réalise jamais entre les mains de M. Colin. Il est vrai que M. Colin est plus difficile que M. Chauveau en fait de diffusion; il voudrait pour y croire que l'albumine se retrouvât jusqu'à la surface d'une couche d'eau assez épaisse, surmontant une quantité assez notable de liquide albumineux; tandis que la couche d'eau à l'aide de laquelle M. Chauveau expérimente, ne dépasse pas une hauteur de 4 ou 5 millimètres au plus.

Ce point, du reste, était très-secondaire dans la dernière communication de M. Colin. Ce qu'il cherchait surtout à établir, c'était le mécanisme de la leucocytose, la facilité avec laquelle cet état anormal du sang peut survenir soit par une production un peu exagérée des leucocytes dans le système lymphatique, soit par leur séjour trop prolongé dans les vaisseaux sanguins et leur mise en œuvre trop lente. A ce point de vue, les expériences de M. Colin sont très-concluantes.

Il vient encore d'y revenir, apportant à l'Académie la preuve matérielle de ce qu'il avançait. Il avait pratiqué la veille une fistule sur le canal thoracique d'une vache, après avoir eu soin de tenir à la diète cet animal, depuis quelques heures. Recueillant alors le liquide qui sortait de cette fistule, il en a apporté de copieux échantillons, qu'il a déposés sur le bureau. Bien que la vache fût à jeun, on pouvait évaluer à environ vingt-six litres par jour la quantité de lymphe que le canal thoracique eût versé dans le sang pendant les vingt-quatre heures, et cette lymphe, qui s'est entièrement coagulée, était chargée de leucocytes en proportions énormes.

C'est là ce que les praticiens doivent surtout ne pas perdre de vue, car c'est le renversement de toutes les données sur lesquelles on voulait récemment établir, à l'imitation des Allemands, la théorie des leucocytoses pathologiques.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lailler.

Tricophytie : erythème et herpès circinné sycosis. — Éruptions epidermo-phytiques. — Le pityriasis versicolor.

La tricophytie, qui, comme nous l'avons vu dans notre dernière séance, a son siége habituel chez les enfants au cuir chevelu, peut aussi, chez les enfants et les adultes, l'avoir sur la peau, et, alors, les phénomènes qui résultent de sa présence ont un aspect différent des précédents.

La teigne, sur la peau, se traduit par une éruption érythémateuse, vésiculeuse et quelquefois un peu squameuse. On observe d'abord un certain degré de démangeaison, qui s'accompagne bientôt d'un peu de rougeur, laquelle revêt rapidement une forme discoïde, arrondie et en plaque. En même temps, cette rougeur est accompagnée et suivie d'une légère desquamation furfuracée. A mesure que le temps s'écoule, les plaques qui, primitivement, étaient pleines dans toute leur surface, se guérissent à leur centre et s'étendent par leur circonférence, de manière à représenter des anneaux, qui appartiennent à l'érythème ou à l'herpès circinnés, suivant qu'on a affaire à une éruption érythémateuse ou à des vésicules.

Quelquefois, en effet, la réaction que détermine le champignon ne donne lieu qu'à une rougeur érythémateuse qui se termine par desquamation. Dans certains cas, au contraire, l'inflammation est plus vive, et alors on voit apparaître en différents points, au centre ou à la circonférence de la partie malade, quelques petites vésicules très-fines, très-passagères, qui se rompent bientôt et donnent lieu à une desquamation furfuracée. Entre l'érythème circinné et l'herpès circinné, il y a donc tout simplement une manifestation très-légère de réaction plus ou moins vive de la peau, pas autre chose.

Les anneaux sont complets quand ils sont petits, mais, à mesure qu'ils s'étendent, ils deviennent incomplets et ne représentent plus alors que des arcs de cercle. Quelquefois deux se confondent et dessinent alors, par leur réunion, une sorte de feston sur leur circonférence.

La manifestation de la tricophytie est très-différente, suivant

qu'on a affaire à des enfants ou à des adultes. Son siége le plus habituel est au cou, à la poitrine, à la nuque et aux membres, chez l'enfant et chez la femme. Celle-ci est, du reste, très-rarement atteinte de cette affection. Chez l'homme, c'est la face, le front et les membres, secondairement, qui sont la partie le plus souvent envahie par le tricophyton.

Chez les enfants, l'herpès et l'érythème circinnés coïncident très-fréquemment avec la teigne tondante, qui devient alors un élément de diagnostic très-important. Il arrive même, fait très-intéressant, que l'éruption a l'apparence de l'herpès ou de l'érythème circinné quand elle siége à la limite du cuir chevelu, sur les parties peu couvertes de poils, tandis qu'elle revêt le caractère de la teigne tondante, là où ces derniers sont très-abondants.

Si, au lieu d'avoir affaire à un enfant, vous avez affaire à un homme, vous rencontrez alors des lésions très-différentes. La tricophytie, chez l'adulte, ainsi que je vous l'ai dit, s'observe de préférence à la face, et c'est presque toujours en se faisant raser qu'il la contracte. Au premier abord, elle a une apparence assez analogue à la précédente ; comme celle-ci, elle est caractérisée par de la démangeaison, des petites plaques bientôt furfuracées, et, par-ci, par-là, par quelques vésicules. A mesure que la maladie s'étend, le centre de la plaque se guérit et prend une apparence circinnée, arrondie. Tel est le premier degré de la lésion.

Le pityriasis constitue le second degré de cette affection, dont l'érythème est la première période. Le derme, ici, est un peu moins souple, et l'aspect pityriasique tient à la fois et à la desquamation épidermique, et à la présence d'une quantité plus ou moins considérable de champignons qui, lorsqu'il y a des poils, se développent à leur circonférence et les englobent, de telle sorte qu'au bout d'un certain temps ils deviennent friables et cassants. C'est à cette forme que M. Bazin a donné le nom de *pityriasis alba* parasitaire.

Quand la maladie dure plus longtemps, les cercles vont en s'étendant de plus en plus et, arrivés au cou, redeviennent à l'état pityriasique ordinaire, circinné. En un mot, là où la tricophytie ne trouve plus de poils, elle reprend le caractère de l'érythème ou de l'herpès circinné que je viens de vous indiquer chez les enfants.

Enfin la troisième phase est constituée par la période sycosique.

Le sycosis pityriasique de la face ne vient que lorsque la maladie a duré un certain temps, quand le champignon a pu pénétrer dans la gaîne du poil et a ainsi donné lieu à une réaction inflammatoire du follicule pileux, laquelle communique à la face une apparence mamelonée. Dans certains cas, les poils se cassent alors comme dans la tondante, mais, comme presque toujours le sycosis s'accompagne d'une inflammation du follicule pileux beaucoup plus intense que celle que la tricophytie détermine au cuir chevelu, il s'ensuit que les poils tombent spontanément.

Voyons maintenant quelles sont les maladies de la peau qui peuvent être confondues avec cette affection.

On rencontre chez quelques sujets, à une certaine période de l'année, des éruptions qui peuvent être confondues avec l'herpès circinné ou érythémateux, ou bien avec le sycosis. Tout d'abord, pour l'érythème circinné, le diagnostic est souvent fort difficile. Un simple traumatisme, l'emploi d'un savon un peu irritant, peuvent donner lieu à une rougeur de la peau de la face qui paraît semblable à l'érythème parasitaire, mais il suffit d'attendre quelques jours et de changer le savon, ou bien d'empêcher le malade de se raser pour voir bientôt cette irritation disparaître d'elle-même. Quant aux éruptions spontanées de la face, non parasitaires, elles sont assez rares et se reconnaissent facilement. C'est ainsi que l'herpès fébrile s'accompagne de phénomènes généraux, fièvre, malaise, qu'il est localisé ou unique et évolue très-rapidement.

Les éruptions qui se déclarent sur le reste du corps présentent quelquefois certaines difficultés. Tel est, par exemple, le cas d'érythème que M. Bazin a observé sur le corps d'un individu de son service, et auquel il a donné le nom d'érythème marginé. L'absence, dans cette éruption, de tout élément parasitaire et la multiplicité des anneaux qui, dans les affections parasitaires, sont moins nombreux, alors qu'elles se développent sur le corps, permettent d'établir nettement le diagnostic.

L'éruption qu'on désigne sous le nom de hydroa vésiculeuse pourrait encore, dans certaines circonstances, donner l'idée d'une affection parasitaire, mais la coloration, le nombre considérable des anneaux, l'absence de démangeaison, de furfuration sont autant d'éléments de diagnostic.

En général, du reste, les affections non parasitaires ont une évolution plus rapide et une durée moins longue.

Quant au pityriasis parasitaire, il ne peut guère être confondu qu'avec un eczéma de la face, à sa période pityriasique. En effet, l'eczéma est assez commun à la face, et, quand il est un peu avancé en âge, donne lieu à une production exagérée de squames. Néanmoins, il présente des caractères différents, tenant d'abord à la marche de la maladie, au suintement du début, puis au siége qu'il occupe. L'eczéma de la face occupe presque toujours la plus grande partie du visage et d'une façon également régulière ; il envahit en même temps le cuir chevelu, les oreilles, alors qu'il n'y a rien de semblable pour le pityriasis parasitaire. Enfin, on observe quelquefois à la face, chez certains individus, un certain degré d'irritation à laquelle succède un peu de desquamation furfuracée tout à fait passagère et transitoire, fait qui n'a ici aucune valeur.

Quant au sycosis parasitaire, il est plus difficile encore à diagnostiquer. A sa période phlegmoneuse, il présente une certaine dureté, un certain degré d'induration de la peau qui donne à celle-ci une apparence tuberculeuse. Au centre de ces espèces de tubercules apparaît un point pustuleux, jaunâtre, duquel émerge soit un poil, soit, quelquefois, un bouquet de deux ou trois poils réunis. Quand l'éruption est au début, ces poils résistent à la traction, mais plus tard ils s'arrachent facilement ou bien se cassent, tandis que d'autres restent intacts. Mais, le plus ordinairement, ils s'enlèvent sans difficulté, et, si on les examine au microscope, on n'y trouve que rarement l'élément parasitaire, et c'est à une période moins avancée de la maladie qu'il faut avoir soin de le rechercher.

Le sycosis non parasitaire se traduit par une éruption pustuleuse, papuleuse et vésiculeuse de la face. Il est artificiel ou arthritique. Les poils ne sont pas engaînés comme dans la forme précédente, ou s'ils sont entourés d'une gaîne, l'élément qui la constitue est exclusivement composé de cellules épidermiques et non de champignons. De plus, les poils ne cassent jamais. Enfin l'éruption est plus disséminée, moins partielle, moins localisée que dans la sycosis parasitaire.

L'impétigo, quelquefois, alors que l'inflammation est très-vive, peut être confondu avec le sycosis parasitaire, et surtout une variété de l'éruption qui paraît avoir son siége dans les glandes pileuses et sébacées qui accompagnent le poil. Tel est l'impétigo sycosiforme de M. Devergie. Mais cette affection est ordinairement généralisée à tout le menton qui en est le siége le plus habituel, quelquefois aux joues, et se distingue du syco-

sis parasitaire par ses pustules qui ne présentent pas de saillie au centre, par des tubercules bien nets et par des poussées successives plus fréquentes.

Certaines syphilides et entre autres la syphilide pustulo-crustacée peuvent encore prêter à erreur. Mais la solidité des poils qui ne cassent jamais, l'absence de tout élément parasitaire, et enfin les commémoratifs, les antécédents de la maladie vous permettront d'établir la vérité.

Enfin, il est encore deux affections que vous allez être très-étonnés de m'entendre désigner, comme pouvant être confondues avec le sycosis parasitaire : le chancre induré et le furoncle de la face.

Pour le premier, j'ai eu occasion une ou deux fois d'avoir à hésiter pour établir le diagnostic. Voici les caractères qui, dans ce cas, vous mettront sur la voie. Le chancre est presque toujours une lésion unique. Quand il siége dans le voisinage de la lèvre, le diagnostic est assez facile, mais il devient plus embarrassant quand il est situé au menton ou sur la joue. L'induration dont il s'accompagne est alors bien plus marquée, et présente une certaine élevure, de plus il y a dans ces cas une ulcération plus ou moins étendue, plus ou moins profonde. Les poils, en général, persistent; mais si le chancre a donné lieu à une réaction inflammatoire très-vive, ils peuvent tomber en partie. Ils tombent alors sains ; ils ne sont pas cassés et ne cassent point. En un mot, ils ne sont pas altérés. Enfin un élément de diagnostic qui ne manque jamais, c'est l'existence du ganglion satellite qui répond aux vaisseaux lymphatiques provenant de la région malade, et pour le chancre des lèvres ou du menton, c'est presque toujours à l'angle de la mâchoire ou dans la région sous-maxillaire qu'il faut l'aller chercher. En outre, vous avez sur le tronc des phénomènes concomitants. L'évolution de la lésion est elle-même plus lente ; elle dure deux mois et demi, mais sans s'étendre. Enfin vous avez encore, comme élément de diagnostic, la filiation des accidents.

Quant au furoncle de la face, et je parle du furoncle inflammatoire unique, son évolution rapide, la douleur extrêmement vive dont il s'accompagne, la lésion unique, la vigueur des poils qui, s'ils tombent, tombent sains, sont des éléments de de diagnostic certain. *(A suivre.)*

HOPITAL COCHIN. — M. Desprès.

Phlébite double des membres inférieurs. Embolie pulmonaire

Observation recueillie par M. G. Marchant, interne du service.

Le nommé Frédéric F..., né en Savoie, cocher, entre le 9 octobre 1875 dans le service à l'hôpital Cochin.

Ce malade ne peut donner aucun renseignement sur les causes de la mort de ses parents : il a deux sœurs bien portantes, mais sujettes aux maux d'yeux. Une variole à l'âge de vingt-six ans, une fièvre typhoïde à quatorze ans, résument ses antécédents morbides; il n'a jamais eu de rhumatisme, et il était habituellement bien portant; seulement depuis quatre mois il habite une chambre *fort humide.*

Un mois avant son entrée à l'hôpital, il a eu la jambe droite enflée depuis le genou jusqu'au pied; la chaleur et le repos amenèrent assez rapidement une guérison, et le malade reprit son travail; mais quelques jours plus tard, il était repris d'une douleur très-vive à la racine de la cuisse droite, à la face interne (sur le trajet des veines). La marche était devenue pénible et suscitait des élancements à la partie antérieure et interne ; c'est alors que le malade, ne pouvant continuer son travail, se décida à entrer à l'hôpital. Il n'avait pas de fièvre et avait relativement assez d'appétit.

M. Desprès, se fondant sur une tuméfaction œdémateuse, existant au niveau du bord interne du triangle de Scarpa, et sur l'existence d'une dureté douloureuse en ce même point, diagnostique une phlébite des veines profondes de la cuisse, et ordonne des applications de teinture d'iode et le repos.

Jusqu'au 19 octobre, aucun autre symptôme ne se déclara; mais à cette époque, le membre droit a présenté un œdème général depuis sa racine jusqu'à son extrémité; en même temps, la palpation révélait sur le trajet de la veine crurale, un cordon dur, douloureux, qui ne pouvait être attribué qu'à une phlébite de ce vaisseau, phlébite dont la cause échappait.

L'œdème allait en diminuant tous les jours, mais le 6 novembre, le malade se leva pour aller au cabinet, et sortit de la salle par un jour de grand froid; à peine était-il revenu à son lit, qu'il était pris, presque subitement pour ainsi dire, de dyspnée, et il ne tardait pas à cracher du sang. Il accusait aussi un point de côté occupant toute la hauteur de la poitrine à droite. Sa face était légèrement vultueuse.

Les crachats contenaient du sang d'un rouge des plus vifs, mais en assez petite quantité; l'auscultation révélait, en arrière et à droite, de gros râles sous-crépitants dans la région moyenne; à la base, ils étaient plus fins et crépitants, mais il n'y avait pas de souffle et pas de modification dans la sonorité. P. 120.

Six ventouses scarifiées et douze ventouses sèches sur la poitrine, trois jours de suite.

Les accidents étaient évidemment causés par une embolie pulmonaire ; l'hémoptysie a duré jusqu'au 20 novembre, mais la nature et la quantité du sang ont varié ; c'est ainsi que les filets sanguins sont passés du rose vif à la couleur noirâtre cuir bouilli, et que la proportion du sang a été constamment en diminuant. Les signes fournis par l'auscultation n'ont pas subi de grandes modifications dans les premiers jours; mais les râles sous-crépitants n'occupaient plus, le 15 octobre, qu'une région limitée à la partie moyenne du poumon droit.

Pendant tout ce temps, le malade n'avait qu'une élévation du pouls, qui restait petit, mais pas de chaleur à la peau, ni de sueurs profuses ; il continuait à prendre quelque nourriture.

Cette complication d'embolie pulmonaire ne fut pas la seule : le 12 novembre, dans la nuit, le membre inférieur gauche devint à son tour le siége d'un œdème total, qui remonta même jusqu'à la partie moyenne de la paroi thoracique latérale gauche ; la veine crurale et une branche afférente de la saphène interne, explorées vers la racine du membre, sont devenues douloureuses; elles se révèlent sous la forme de cordons, difficiles à suivre cependant; il n'y a pas de rougeur des téguments.

Avec l'amendement de la dyspnée et des autres phénomènes pulmonaires coïncide le retour au volume normal des deux membres, mais l'œdème persistait encore dans le membre gauche, alors qu'à droite il n'était plus appréciable. Le 7 décembre, on n'en constatait plus aucune trace, et on permettait au malade de se lever.

Il ne se passa rien de nouveau. Au moment de la sortie, le 21 décembre, le malade n'accuse que quelques élancements, quelques fourmillements dans les membres inférieurs. On sent sur le trajet des veines crurales, à droite et à gauche, des nodosités non douloureuses, isolées, derniers vestiges de l'inflammation veineuse. Plus d'œdème, même après la marche.

L'auscultation révéla à droite, en arrière, un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire, mais sans altération de la sonorité; rien au cœur. Plus de crachats. L'appétit est excellent et les forces sont revenues.

Voilà un exemple remarquable de thrombose ou de phlébite, ainsi qu'on aurait dit autrefois, qui se présentait avec des caractères difficiles à saisir au début, et qui a été confirmée par l'apparition de phénomènes propres aux embolies pulmonaires. Comme la mort est généralement la conséquence des embolies pulmonaires consécutives aux phlébites ou thromboses, cette observation est très-remarquable. La cause locale des lésions veineuses échappe entièrement. Ce fait sera sans doute éclairé par d'autres du même genre, et à ce titre, l'observation méritait encore d'être enregistrée dans la science.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des épidémies observées dans le département des Basses-Pyrénées pendant l'année 1875 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. Jules Lefort, avocat à la Cour d'appel, lauréat de l'Institut, intitulé : *De la mortalité des nouveau-nés dans les centres industriels et les moyens de la diminuer* (commission de l'hygiène de l'enfance).

2° La relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la garnison de Mascara (Algérie) pendant l'été de 1875, par M. le docteur Morvaux, médecin major (commission des épidémies).

3° Un travail manuscrit, intitulé : *De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie* (commission du prix Folliet).

ÉLOGE D'ANDRAL

M. Bouillaud, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Andral.

Après avoir déploré en termes émus la mort de son illustre collègue, défini le caractère de son œuvre et de son influence médicale, rappelé les titres de ce clinicien éminent à l'admiration de ses contemporains et de la postérité, son héroïque dévouement pour sa femme, fille de Royer-Collard, M. Bouillaud, faisant allusion à l'engouement singulier qui s'empara dans ces derniers temps des médecins français pour les doctrines et les ouvrages venus de l'étranger au préjudice de nos œuvres et de nos gloires nationales, s'écrie :

« Qu'il me soit permis de répéter devant sa tombe ce que je lui avais dit à lui-même, à savoir que son silence avait été dans son genre une calamité publique ; sa parole seule, en effet, eut été assez puissante pour nous préserver de cette invasion de la médecine étrangère, dont nos neveux seront sans doute étonnés, stupéfaits même, si l'histoire en parvient jusqu'à eux. Non ! Andral n'eut point consenti à passer sous de pareilles fourches caudines, et j'oserai dire aussi, en face de son sacré cercueil, que moi, non plus, qui me rappelle non sans un juste orgueil avoir, il y a plus d'un demi-siècle, partagé avec lui les jeunes lauriers de l'École pratique ; oui j'oserai dire que je n'ai point subi cette insigne injure : j'aurais trop craint que les cendres des Bichat, des Corvisart, des Dupuytren, des Laënnec, des Trousseau, n'en eussent éprouvé un pénible tressaillement. »

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA LEUCOCYTOSE

M. Béclard donne lecture d'une lettre que M. le docteur Chauveau (de Lyon), membre correspondant, adresse à l'Académie en réponse aux critiques dont ses expériences sur les liquides virulents ont été l'objet de la part de M. Colin.

M. Chauveau soutient que ces expériences, qui lui ont valu des récompenses académiques, sont parfaitement démonstratives. Soit qu'on dilue des liquides virulents graduellement et progressivement dans un liquide inerte, soit qu'on en isole, d'une part, les substances solubles, et d'une autre part, les particules solides, on en arrive toujours à cette même conclusion : la virulence est indépendante des substances dissoutes, elle est liée à la présence des particules simplement suspendues, et quand ces particules se trouvent en très-petite quantité dans des solutions étendues, elle se trouve pour ainsi dire disséminée, comme ces particules. M. Chauveau affirme, contrairement à M. Colin, la réalité de la diffusion des substances albuminoïdes, lorsqu'on ne sépare point par quelque membrane les liquides entre lesquels cette diffusion pourrait s'opérer. Il a toujours vu, notamment, qu'une couche d'eau de 4 ou 5 millimètres, mise en contact avec du vaccin, devenait promptement albumineuse, au point d'être coagulable par la chaleur ou l'acide nitrique.

Après avoir repris et développé chacun des arguments dont il s'était servi dans ses réponses précédentes à M. Colin, M. Chauveau les résume en ces termes :

« J'ai dit que le fluide vaccinal soumis à des dilutions graduelles se comporte comme le sperme au point de vue de l'action exercée sur l'activité spécifique de l'humeur. L'aptitude virulente dans l'un tout aussi bien que l'aptitude fécondante dans l'autre n'est pas atteinte ou atténuée par la dissolution, mais simplement dispersée çà et là au sein de la masse liquide. On n'a même pas tenté d'attaquer les expériences qui ont mis en lumière ce premier ordre de faits.

« J'ai dit que les substances dissoutes de l'humeur vaccinale peuvent être retirées isolément par la diffusion, — le seul procédé d'isolement qui offre des garanties certaines — et se montrent ainsi isolées, dépourvues de toute activité virulente. On m'oppose que là diffusion ne s'exerce pas sur les matières albumineuses comme le sérum vaccinal, et qu'en tout cas, ces substances ne peuvent pénétrer qu'en s'altérant dans le liquide diffusant. Erreur matérielle. J'ai montré des centaines de fois et je suis prêt à montrer quand on le voudra, que la tranche superficielle d'une couche d'eau de 4 à 5 millimètres surmontant une couche de bon vaccin d'enfant contient, après vingt-quatre ou trente-six heures, non pas des traces, mais une très-notable quantité d'albumine normale qui se coagule par l'action de la chaleur et de l'acide nitrique.

« J'ai dit que les éléments corpusculaires du pus morveux lavés à grande eau, à un grand nombre de reprises, pendant près de quarante heures et débarassés ainsi de toute la sérosité qui leur sert de véhicule, sont tout aussi virulents que le pus complet. Le fait n'est pas contesté. J'ai ajouté que ces éléments corpusculaires ainsi lavés, ne peuvent communiquer leur activité à l'eau dans laquelle on les laisse plongés. L'exactitude de ce second fait n'est pas contestée davantage. Quant aux interprétations, toutes, quelque détour qu'on leur fasse prendre, aboutissent nécessairement au même point. On est forcé de reconnaître que la matière virulente est fixée sur les éléments corpusculaires des humeurs, par une solide combinaison. J'ajoute qu'au point de vue du but visé par l'expérience, il est tout à fait indifférent que la matière virulente ainsi incorporée à la substance des éléments corpusculaires, soit ou ne soit pas une matière soluble.

« Du rapprochement des trois ordres de faits exposés ci-dessus, j'ai conclu que dans les humeurs virulentes l'activité appartient exclusivement aux matières en suspension qui nagent dans la sorosité.

« La signification de mes expériences ne va pas au-delà de ces conclusions. Elles ne pouvaient rien apprendre et je n'ai pas eu la prétention de leur rien faire dire sur la nature essentielle du virus. »

En terminant, M. Chauveau, sans vouloir entrer dans la discussion sur la leucocytose morveuse, tient à rappeler pourtant que cette leucocytose a été signalée d'abord par les docteurs Christol et Kiener à la suite d'observations et d'expériences dont le plus grand nombre ont été faites à l'école vétérinaire de Lyon.

M. Colin commence par rétablir la vérité en ce qui touche la découverte de la leucocytose morveuse. Ce n'est pas à Lyon, mais à Paris que cette découverte s'est faite. Celui qui a signalé le fait le premier, il y a vingt ans, c'est Delafond, et M. Colin l'a secondé dans ses recherches ; il l'a, du reste, déclaré par deux fois dans son mémoire. MM. Christot et Kiener sont venus après Delafond, et, quant à lui-même, M. Colin, il s'est bien gardé de s'attribuer une priorité qui revient à autrui. Abordant ensuite le fond de la lettre de M. Chauveau, M. Colin déclare que ce physiologiste a été victime d'une erreur quand il a cru à la diffusion des substances albumineuses. Ses expériences étaient mal entendues, car se servant de tubes très-étroits, presque capillaires, il a négligé de tenir compte des effets de capillarité qui devaient faire monter le liquide vaccinal le long des parois de ces tubes jusqu'à une certaine hauteur. Quand il versait ensuite sur le vaccin une couche très-mince d'eau, de 4 à 5 millimètres au plus, il devait déjà s'attendre à un mélange par cette première raison. Une autre cause de mélange résultait de l'aspiration du liquide supérieur à l'aide d'une pipette. Pour obtenir un résultat sérieux, il fallait procéder autrement. C'est pourquoi M. Colin a institué toute une série d'expériences autrement conçues,

dont le résultat est en contradiction formelle avec les données de M. Chauveau. Prenant des liquides albumineux de diverses sortes, sérum du sang, lymphe, etc., M. Colin en a placé une quantité très-notable dans de larges tubes, puis les a recouverts d'une couche d'eau distillée haute de quelques centimètres. Jamais, dans de telles conditions, il n'a observé de diffusion dans les couches supérieures de l'eau superposée. Jamais, même après un contact très-prolongé, cette eau ne donnait la moindre trace de coagulation par l'acide nitrique ou par la chaleur, sauf tout à fait en bas, c'est-à-dire vers les points où l'on devait supposer un mélange mécanique. Non content de ces premiers faits, M. Colin a voulu étudier à ce point de vue le vaccin lui-même, il a inoculé des taureaux en multipliant les piqûres le plus possible, et il est ainsi parvenu à se procurer assez de vaccin pour pouvoir se servir de tubes d'un diamètre notable et procéder comme pour le sérum. Les résultats ont été les mêmes : constamment négatifs au point de vue d'une réelle diffusion de l'albumine. Voilà pourquoi M. Colin ne veut pas admettre les théories de M. Chauveau, basées sur une erreur d'expérimentation.

Quant à ce qui touche les lavages successifs que M. Chauveau fait subir aux éléments globulaires pendant des jours entiers, et après lesquels il constate encore la virulence de ces éléments, cela ne prouve absolument rien. En effet, si la virulence était attachée aux corpuscules, toutes les eaux de lavage, jusqu'à la sixième, jusqu'à la dixième et même plus, devraient rester virulentes, puisque toutes, M. Colin s'en est assuré très-souvent, jusqu'à cette dixième et plus, entraînent encore des corpuscules en quantité notable. Mais il faut le savoir, ces corpuscules ainsi entraînés par les dernières eaux de lavage y sont altérés, tandis que les globules eux-mêmes dans tous leurs éléments résistent beaucoup mieux. Les expériences de M. Chauveau sur ce sujet ont donc encore été très-mal comprises. Elles n'étaient pas faites pour tromper des médecins physiologistes. Pour s'y laisser prendre il fallait que l'on fût complétement étranger à la pratique expérimentale.

INCIDENT

M. BOULEY proteste au nom de l'Académie des sciences qui a couronné les travaux de M. Chauveau, au nom de M. Chauveau lui-même.

La discussion prenant un caractère de plus en plus personnel, après une riposte très-vive de M. Colin, M. le président déclare l'incident clos.

M. COLIN dépose sur le bureau une série d'éprouvettes et un grand flacon renfermant de la lymphe coagulée. Cette lymphe provient d'une fistule pratiquée au canal thoracique d'une génisse qu'on a pris soin de laisser à jeun quelques heures avant le début de cette expérience et durant toute sa durée. La quantité en est néanmoins très-notable, on peut l'évaluer à vingt-huit litres dans les vingt-quatre heures, et les leucocytes y sont en nombre considérable, bien suffisant pour produire une leucocytose très-accusée dans cet espace de temps, s'ils devaient persister dans le sang de l'animal après y avoir été versés.

COMMUNICATION

M. PANAS lit un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des troubles circulatoires visibles à l'ophthalmoscope dans les lésions traumatiques du cerveau.*

Voici les conclusions de ce travail :

« Les observations qui précèdent semblent établir les faits principaux que voici :

1° La stase papillaire se montre souvent à la suite des diverses lésions traumatiques de l'encéphale (commotion, contusion, blessures, fractures du crâne, etc.);

2° La stase en question ne s'accompagne pas toujours de troubles visuels. Aussi l'on doit examiner le fond de l'œil de tous les individus blessés à la tête, qu'ils accusent ou non une diminution de leur acuité visuelle ;

3° D'après des autopsies qui nous sont propres, cette stase semble dépendre, comme le veut Schwalbe, de l'infiltration de sang ou de sérosité dans la gaîne du nerf optique et non de la lésion cérébrale elle-même;

4° La stase papillaire ne peut être considérée comme se rattachant à telle variété de traumatisme du cerveau plutôt qu'à telle autre, pas plus qu'il n'est permis de juger d'après elle de la gravité de la lésion.

5° Tout ce qu'on peut affirmer dans l'état actuel de nos connaissances, c'est que la stase papillaire indique la présence d'un liquide épanché dans les méninges.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 décembre 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

ÉLECTIONS

La Société procède aux élections du bureau pour l'année 1876.

Le dépouillement des différents scrutins donne les résultats suivants :

M. RICHELOT, nommé président, remercie la Société de l'honneur qu'elle vient de lui faire.

M. MERCIER est nommé vice-président.

Sont nommés secrétaires annuels : MM. Bouloumié et Dubrisay.

Les deux membres élus dans le conseil d'administration sont : MM. Gallard et Blondeau.

Comme membres du comité de publication, sont élus : MM. Collineau, Charrier, Polaillon et de Saint-Germain.

RAPPORT

M. LEUDET lit le rapport suivant sur le travail de M. le docteur Patézon.

Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. de Ranse, Voisin et Leudet, de vous faire un rapport sur la candidature de M. le docteur Patézon au titre de membre correspondant national.

A l'appui de sa candidature, le docteur Patézon, médecin inspecteur des eaux de Vittel, vous a adressé un *Guide aux eaux minérales de Vittel*, une brochure sur les *Coliques hépatiques* et *leur traitement par les eaux de Vittel*, et l'*Exposé de ses titres* et *travaux scientifiques*.

Je serai bref dans l'analyse de ces travaux de notre confrère ; non qu'ils ne soient dignes de fixer l'attention du médecin, avide de connaître les ressources réelles d'une médication aussi importante que celle de Vittel, mais parce que ces travaux sont édités depuis quelques années déjà, que certainement ils sont connus de la plupart d'entre vous, et qu'ils sont consultés chaque jour, lorsqu'il s'agit de diriger les malades vers la célèbre station des Vosges.

Ce que je tiens avant tout à constater, c'est la méthode parfaite avec laquelle l'auteur a traité son sujet. M. Patézon connaît ses eaux, il les a étudiées avec soin, sans parti pris. Il ne nous dit pas qu'elles vont tout guérir : il a soin de nous spécifier les maladies dans lesquelles elles agissent le mieux. Il analyse les cas spéciaux ; il détermine les symptômes qui dirigent telle ou telle forme du traitement. Il ne se contente pas d'affirmer la guérison ou l'amélioration dans tel ou tel cas; il ne veut pas être cru sur parole. La connaissance de la nature de l'affection morbide, de sa pathogénie, de sa marche, en lui suffit pas pour rapprocher de cette affection le traitement qui lui convient. Il lui faut des observations et des faits, et pour convaincre son lecteur, il met à côté de la discussion théorique et scientifique la relation simple et exacte des faits observés. Le pathologiste est doublé du clinicien.

Vous citerai-je les principales maladies dans lesquelles l'administration des eaux de Vittel est souvent suivie de résultats heureux et durables? Sans parler des dyspepsies gastro-intestinales, de l'anémie et de la chlorose, des catarrhes vésicaux et des calculs urinaires, toutes affections qui relèvent dans des proportions diverses de la médication de Vittel, médication à la fois diurétique, purgative et

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 février.

tonique, je m'arrêterai quelques instants sur deux maladies, la *goutte* et la *lithiase biliaire*, qui forment deux des chapitres les plus importants des mémoires de notre confrère.

M. Patézon examine les différentes formes de la goutte, *goutte aiguë, goutte chronique, goutte ataxique, irrégulière*, et, en face de ces formes, il place les moyens thérapeutiques les plus usuels : d'un côté, les préparations de colchique; de l'autre, la médication alcaline, et spécialement la cure par les eaux de Vichy. Il se demande alors si ce traitement de la goutte, alcaline et colchique, convient dans tous les cas, s'il n'est pas trop souvent suivi de résultats fâcheux et si la disparition brusque d'un accès de goutte par l'effet du colchique, ou la modification trop profonde de l'organisme du goutteux sous l'influence de l'eau de Vichy, ne créent pas pour le malade les dangers plus redoutables que le mal lui-même, en l'exposant à des métastases funestes ou à des débilitations incurables, à une véritable cachexie.

En raison de la composition même des eaux de Vittel, en raison de la prédominance de la base calcique sur la base sodique, ce qui rend ces eaux moins débilitantes, moins altérantes que les eaux de Vichy, en raison du fer qu'elles contiennent, M. Patézon montre, comment les sources de Vittel conviennent à plus d'un goutteux et comment leur emploi, qui n'est jamais dangereux, modifie la diathèse sans trop l'atténuer, soit en temps opportun, régénérer le mal et le fixer dans son lieu d'élection, relève l'organisme et lui donne une plus grande résistance physiologique.

Ce travail de fine analyse, de rapprochements ingénieux, de comparaisons justes, appuyé toujours sur l'observation et la clinique, nous le retrouvons dans la brochure de notre confrère sur la *Lithiase biliaire* et son traitement par les eaux de Vittel. Mais je n'irai pas plus loin dans cette étude. Vous savez maintenant dans quel esprit travaille notre distingué confrère, et vous appréciez le sens critique qui le dirige dans le choix de ses malades et l'application de ses eaux.

J'ajouterai que M. Patézon n'est pas seulement un clinicien exact et consciencieux; son érudition lui a valu plus d'une récompense à l'Académie de médecine sur la proposition des savants rapporteurs de la commission des eaux minérales. Quant à son honorabilité, elle est parfaite.

Votre commission a donc l'honneur de vous proposer d'inscrire M. Patézon sur la liste de vos correspondants nationaux.

ÉLECTION

Il est procédé au vote sur la candidature de M. Larcher au titre de membre titulaire.

A la majorité des voix, M. Larcher est nommé membre de la Société de médecine de Paris. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Origines de l'enseignement médical en Lorraine.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PONT-A-MOUSSON. — 1572-1768 (1).

par G. TOURDES, professeur de l'ancienne Faculté de Strasbourg.

Les *études médicales à Pont-à-Mousson*, sont relativement très-remarquables à cette époque; l'anatomie y occupe une assez large part; deux fois par an, on doit faire une démonstration anatomique sur les sujets qui seront fournis par les juges de Pont-à-Mousson, « lesquels cadavres seront, s'il échet, conduits en sûreté et aux frais des ducs. »

La chirurgie y a aussi ses jours d'éclat, surtout pour une spécialité (la taille y avait été pratiquée dès 1496 et 1497) développée à cause de la fréquence des affections calculeuses en Lorraine.

Les médecins dissertent longtemps, en 1659, sur un cas connu dans la science sous le nom d' « Observatio singularis mussipontana fœtus extra uterum in abdomine retenti tandemque lapidescentis. »

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 février.

On enseigne aussi la pharmacie, la thérapeutique, l'histoire naturelle dans le *Jardin botanique* de l'Université. *Les concours*, « introduits en Lorraine par l'invasion française » sont ensuite de rigueur pour les places de professeurs.

Le nombre des élèves de l'Université en 1602, était de 1,600, plus 400 élèves en droit et en médecine, soit 2,000 étudiants.

C'est le chiffre de 4 à 500 qui semble être la moyenne pour les deux Facultés laïques.

On peut imaginer les difficultés avec la police et le guet, que suscite, déjà dans ces temps, cette population turbulente. Une fois, pour empêcher la contagion des maladies épidémiques d'une rive de la Moselle à l'autre, une barrière placée sur le pont, séparait la ville en deux, et les professeurs traversaient le fleuve pour aller donner leurs leçons. Cette barrière s'élève trop longtemps, au gré des étudiants qu'elle gêne, ils en demandent la suppression au duc dans une requête en grec et en latin, mais avant d'avoir reçu une réponse favorable, un soir ils détruisent la barrière et en précipitent les débris dans la Moselle.

Un bien petit nombre de *thèses de l'Université* ont échappé à la destruction et à l'oubli. Une des plus connues est la thèse de philosophie et arts présentée par un des princes en 1625 « la fleur des plus belles pratiques du compas de proportion », célèbre par une planche de Callot. Les princes d'alors étaient lettrés; ils assistaient souvent aux actes et soutenances des Facultés.

Nous trouvons d'autres thèses : *An ignes accensi in contagione saluberrimi. — De motu sanguinis et de arthritide*, etc.

La typographie est restée florissante à Pont-à-Mousson jusqu'à la fin de l'Université; elle fournissait le cinquième des livres qui se publièrent en Lorraine.

L'Université éleva le niveau de la profession médicale en Lorraine; on y compta bientôt des *médecins distingués*, Christophe, Cachet, Odet, Demangeot, Marquet, Mousin; et près d'eux Jadelot et Bagard, les deux grandes personnalités médicales de la seconde moitié du dix-huitième siècle. Bagard, consulté par Voltaire, qui s'était adressé en même temps à Boerhaave (de Leyde), et à Mead (de Londres), donna un avis conforme à celui de ses deux confrères. Voltaire lui écrit, dans sa lettre de remerciements, que les médecins sont les philosophes les plus utiles.

La médecine légale, avec ses anecdotes sur les sorciers, forme un chapitre intéressant dans l'histoire de ces temps.

Mais vers 1730, la vie s'affaiblit dans l'institution ébranlée par les événements; Nancy prend une influence prépondérante, et les idées de translation commencent à se produire.

En 1752, Stanislas crée un *collége de médecine à Nancy*, et après l'expulsion des Jésuites de la Lorraine devenue française, l'Université est transférée à Nancy, au 1er octobre 1768.

Le collége de médecine résiste à la *suppression des Universités*, en 1790; il est illustré par Tournay, Jadelot, Guillemin, Nicolas, Claude Antoine, mais Nancy ne retrouve pas sa place lors du *rétablissement des trois écoles de médecine*, au 14 frimaire an III.

Les médecins Lallemand, Mandl, Salmon, Simonin, y créent un *enseignement libre*, qui est estimé, et où se distinguaient encore de Haldat, Serrière et Bonfils.

Les gouvernements suivants ont rétabli l'*enseignement supérieur à Nancy*, précisément dans l'ordre où il avait pris naissance à Pont-à-Mousson.

Nos malheurs ont tristement complété ces institutions scientifiques, en ajoutant aux trois facultés existantes, des lettres, des sciences, de droit, le nom de la Faculté de médecine de Strasbourg. »

— Quelles destinées leur sont réservées à Nancy? En voyant tant de vicissitudes accabler l'Université de Pont-à-Mousson, ne serait-on pas tenté de s'écrier, comme l'auteur du mémoire que nous venons de résumer. En parcourant les ruines effacées de l'antique Université des ducs de Lorraine, dont il reste à peine un souvenir, il s'arrête devant les sépultures des anciens professeurs ou doyens, dont deux reposent sous le fameux banc qui fut l'occasion d'une scène digne du *Lutrin*, et se rappelle ces paroles d'un livre sublime : « Dites-moi où sont maintenant tous ces maîtres et ces docteurs que vous avez connus lorsqu'ils vivaient et florissaient dans les sciences?

D'autres, maintenant, occupent leur place, et je ne sais s'ils pensent seulement à eux. Ils semblaient être quelque chose dans leur vie, et maintenant personne n'en parle plus! »

Dr Aristide .....

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 28 janvier 1876, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie établie à Nantes est érigée en école de médecine et de pharmacie de plein exercice.

L'enseignement est organisé ainsi qu'il suit : Anatomie. — Physiologie. — Pathologie interne et pathologie générale. — Anatomie pathologique. — Hygiène et médecine légale. — Pathologie externe et médecine opératoire. — Clinique obstétricale et gynécologie. — Thérapeutique. — Matière médicale. — Botanique et zoologie élémentaire. — Chimie médicale. — Physique médicale. — Pharmacie. (une chaire par chacune de ces matières). — Clinique médicale (deux chaires). — Clinique chirurgicale (deux chaires).

Les suppléants au nombre de huit, sont répartis comme il suit : Deux pour les chaires de sciences naturelles (Botanique et zoologie élémentaire, chimie, pharmacie). — Deux pour les chaires de médecine. — Deux pour les chaires de chirurgie. — Un pour la chaire d'accouchement et de gynécologie. — Un pour les cours d'anatomie et de physiologie.

— *Corps de santé de la marine.* — Un concours pour un emploi de médecin-professeur et pour un emploi de pharmacien-professeur s'ouvrira à Toulon, le 20 mars prochain.

— L'Académie des sciences est divisée en deux classes : sciences mathématiques et sciences physiques. Chacune de ces classes a son secrétaire perpétuel et est divisée en sections comprenant six membres titulaires.

La classe des sciences mathématiques comprend cinq sections : I. Géométrie. — II. Mécanique. — III. Astronomie. — IV. Géographie et navigation. — V. Physique générale.

La classe des sciences physiques comprend six sections : VI. Chimie. — VII. Minéralogie. — VIII. Botanique. — IX. Économie rurale. — X. Anatomie et Zoologie. — XI. Médecine et chirurgie.

A côté des membres titulaires se placent les Académies libres au nombre de dix; et les associés étrangers, au nombre de huit.

— Au 1er janvier 1876, l'Académie des sciences se composait des membres suivants appartenant de près ou de loin, aux études médicales, sciences physiques ou naturelles, vétérinaires, etc.

A tout seigneur tout honneur, commençons par les « membres titulaires ».

La section de « physique générale » comprend : MM. Becquerel (A.-C.), Fizeau, Becquerel (A.-E.), Jamin, Berthelot et Desains.

Sciences physiques. — Chimie. — MM. Chevreul, Regnault, Balard, Frémy, Wurtz et Cahours.

Minéralogie. — MM. Delafosse, Sainte-Claire-Deville (C.-J.), Daubrée, Sainte-Claire Deville (E.-H.), Pasteur et Des Cloizeaux.

Botanique. — MM. Brongniart, Tulasne, Duchartre, Naudin, Trecul et Chatin.

Économie rurale. — MM. Boussingault, Decaisne, Peligot, Thenard, Bouley et Mangon.

Anatomie et zoologie. — MM. Edward (H.-Milne), Quatrefages de Bréan, Blanchard, Robin, Lacaze-Duthiers et Gervais.

Médecine et chirurgie. — MM. Andral, Bernard (Cl.), Cloquet, Bouillaud, Sédillot et Gosselin.

Secrétaires perpétuels : MM. Bertrand (pour les sciences mathématiques), et Dumas (pour les sciences physiques).

Parmi les académiciens libres, nous relevons : MM. Bussy, l'ancien directeur de l'école de pharmacie, Larrey, le docteur Cosson, le savant auteur de la *Flore d'Algérie* et de la *Flore des environs de Paris.*

Parmi les associés étrangers, nous revendiquons Owen, Ehrenberg, et de Candolle.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 mai, dans les salons de Douix (Palais-Royal.) Le montant de la souscription fixé à quinze francs pourra être remis dans chaque hôpital à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien à MM. les docteurs Piogey et Émile Tillot, membres de la commission permanente du banquet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital des Cliniques, par Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, etc.; recueillies, rédigées et publiées par le docteur Emmanuel Bourdon. — 1 vol. in-8° avec une planche. Prix : 12 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Annuaire de la Pharmacie française et étrangère, années 1875 et 1876, par le docteur Méhu, ou Résumé des travaux sur la pharmacie, la toxicologie, la thérapeutique, etc., etc. — Un vol. in-18 de 576 pages. Prix : 2 fr. 50. Au bureau du *Moniteur scientifique*, rue de Buci, 12, à Paris.

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871. 2e Leçon : Rareté actuelle du chancre simple, par le docteur Mauriac. In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Recherches sur le développement des pariétaux à la région sagittale, par le docteur Augier. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, V. Adrien Delayaye et Ce.

Essai de physiologie sur le sommeil, par le docteur Polin. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Fin de la comédie de Bois-d'Haine, par le docteur Hubert Boens. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 24. — SAMEDI 26 FÉVRIER 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 26 FÉVRIER 1876. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 25 février 1876.

ANDRAL

Quand un homme éminent, qui, pendant plus d'un demi-siècle, a illustré sa profession par ses travaux autant que par la noblesse et la dignité de sa vie, vient à disparaître d'au milieu de nous, ce n'est pas seulement un devoir pour la presse de rendre un pieux hommage à sa mémoire, elle a aussi un autre devoir, c'est de chercher dans les souvenirs de sa vie les enseignements utiles qu'elle renferme et les exemples fortifiants qu'elle peut suggérer.

M. Andral, dont la mort, imprévue malgré son âge avancé, est venue si inopinément nous affliger autant que nous surprendre, était un de ces hommes d'élite qui honorent la corporation à laquelle ils ont appartenu et dont l'existence toute entière peut être offerte en modèle à ceux qui aspirent à s'engager dans la même carrière. Depuis ses premiers pas dans la science, qui ont été signalés par une œuvre capitale, où nos cliniciens d'aujourd'hui puisent encore à pleines mains de fructueux renseignements, jusqu'à l'époque où un pieux dévouement, poussé jusqu'à l'abnégation, lui fit abandonner prématurément, et au regret général, l'enseignement et la pratique active de la médecine, il serait difficile de trouver un pareil exemple d'une existence plus utilement et mieux remplie. On peut dire que, pendant cette longue période, M. Andral a constamment occupé le monde médical de sa grande personnalité. Placé au premier rang de cette glorieuse phalange de travailleurs qui ont si profondément fouillé les parties les plus obscures et les plus inexplorées jusque-là de la médecine, il lui revient une large part dans la fondation de cette grande école de l'observation et du diagnostic qui a fourni une des assises les plus solides à l'édifice dont la génération actuelle poursuit si activement la construction, et qui sera l'honneur de notre époque.

Mais on n'aurait qu'une idée bien insuffisante de l'importance et de la valeur réelle de l'œuvre d'un homme qui s'est trouvé si intimement mêlé au mouvement scientifique de son temps, si on l'isolait du milieu où il a vécu, des conditions spéciales où son activité a eu à se produire, des influences diverses qu'il a eu à subir et des courants contraires d'opinion auxquels il a dû résister.

I

Rappeler que c'est en 1821 que M. Andral a reçu l'investiture médicale, que c'est deux ans après, en 1823, qu'il conquérait le titre d'agrégé et qu'il entrait dans la vie scientifique active en publiant le premier volume de la *Clinique médicale*, c'est assez dire à quelle époque de trouble, d'agitation scientifique il faisait ses débuts et dans quelle crise laborieuse il allait s'engager. Laënnec venait de faire connaître son immortelle découverte et d'ouvrir un sillon nouveau dans l'étude et l'interprétation de l'anatomie pathologique. Broussais triomphait de l'École nosologique et cherchait à entraîner toutes les intelligences et toutes les activités de son temps dans son orbite. Une lutte passionnée était engagée et divisait le corps médical d'alors en deux camps, en dehors desquels il ne semblait y avoir de place que pour les sceptiques ou les indifférents. M. Andral n'était ni l'un ni l'autre, il n'avait non plus ni le tempérament des grandes initiatives, ni l'entraînement des enthousiasmes irréfléchis, ni le goût des grandes luttes. Esprit ouvert et réfléchi, mais calme et même un peu froid, ennemi des hypothèses, si brillantes qu'elles fussent, n'ayant de chaleur et d'enthousiasme que pour ce qu'il croyait être la vérité, élevé, d'ailleurs, à l'école philosophique de l'homme illustre qui devait l'accueillir dans sa famille, il s'était placé de prime-abord, en médecine, sur ce même terrain mixte où le chef de l'école entendait maintenir alors la philosophie, celui où l'on ne peut avancer qu'à coup sûr, le terrain des faits et de l'expérience. C'est là ce qui constitue, en effet, le caractère principal de l'œuvre entière de M. Andral et ce qui lui imprime son cachet particulier. La voie dans laquelle il s'engageait était de beaucoup la plus longue et la plus difficile à suivre ; mais elle était la plus sûre, et c'est là surtout ce qui en faisait le mérite.

Le premier travail de M. Andral, avons-nous dit, et qui est en réalité la plus considérable de ses œuvres, celle que l'on consulte le plus encore aujourd'hui, a été la *Clinique médicale*, dont tous les éléments avaient été puisés dans le service et sous les yeux de son maître Lerminier. Il nous apprend lui-même, dans l'introduction du premier volume, qu'en se croyant obligé d'y combattre souvent les principes de Broussais, cette dissidence d'opinions ne lui faisait pas méconnaître les services que l'auteur du *Traité des phlegmasies chroniques* a rendus à la science. Il reconnaissait, d'ailleurs, que la discussion des principes de cette doctrine avait dirigé l'attention des médecins vers des faits négligés ou inconnus, et qu'elle avait excité de nouvelles recherches et imprimé aux esprits une heureuse et féconde activité. C'est au

milieu de ce concours de talents et de lumières, en présence des importantes questions restées indécises, ajoutait-il, qu'il avait compris qu'un médecin désireux de contribuer au progrès de la science ne pouvait rester indifférent à leur solution, et devait y concourir en publiant les résultats de ses études et de ses observations. Il nous révèle ainsi du même coup et le but de son œuvre, et l'esprit dans lequel elle sera conçue. Elle est trop connue de tous pour que nous croyons devoir y insister davantage. Si, dans le cours de cette publication, qui n'a pas duré moins de dix-sept années, on a pu signaler quelques hésitations, quelques fluctuations dans l'énoncé ou l'application de certains principes, quelques changements même dans sa manière de voir et d'interpréter certains faits et certains groupes de maladies, conséquences nécessaires d'un esprit naturellement enclin à l'éclectisme, placé en présence des affirmations systématiques, tous les médecins sont unanimes pour reconnaître et proclamer l'importance de ce vaste recueil d'observations, toutes prises sur nature avec une parfaite exactitude, reproduites avec la plus scrupuleuse vérité, résumées dans des propositions que le temps n'a fait que confirmer, et dont l'ensemble constitue un des plus précieux documents de la pathologie moderne.

II

La publication du *Précis d'anatomie pathologique* marque une seconde phase dans l'œuvre de M. Andral. C'est en 1829 qu'il la commença, en même temps que Lobstein commençait la sienne. L'anatomie pathologique, dont le dix-huitième siècle avait fondé les bases et fait déjà une science presque autonome, préoccupait alors tous les esprits. Il s'agissait surtout d'en féconder les enseignements en en rapprochant incessamment les résultats de l'observation clinique et des symptômes constatés pendant la vie, pour en déduire le diagnostic des lésions organiques. Bayle, Laënnec, Dupuytren, Béclard, pour ne parler que de quelques-uns des nôtres, s'étaient déjà engagés dans cette voie à la suite de Bichat. Cruveilhier avait préludé, par son essai sur l'anatomie pathologique et sur les transformations organiques, au magnifique monument qu'il devait mener à bonne fin plus tard. Louis avait commencé ses laborieuses et si scrupuleuses recherches anatomo-pathologiques sur la phthisie et la fièvre typhoïde. Le but que se proposait surtout M. Andral, en entreprenant cet important travail, était d'étudier l'anatomie pathologique dans ses rapports avec la médecine pratique, mais tout en cherchant à déterminer les limites au delà desquelles cette science ne saurait donner que des notions insuffisantes ou incertaines. L'anatomie pathologique n'était pour lui, en effet, qu'un des nombreux points de vue sous lesquels peut être envisagée la science de l'homme. Faire connaître les lésions telles que l'ouverture des corps les montre, et rechercher ensuite les lois de leur production et leurs rapports avec les symptômes observés pendant la vie, c'était tout ce qu'il entendait lui demander, et c'était assurément beaucoup.

Mais ce n'était pas encore là tout ce qu'elle devait donner entre ses mains. Dans l'anatomie pathologique, on peut le dire, se résumait l'idée médicale nouvelle, autour de laquelle se groupaient alors tous les hommes désireux de concourir aux progrès de la science. Au milieu de cette dévorante activité, on semblait oublier un peu trop la grande œuvre de la tradition. Il ne pouvait guère en être question, alors qu'on ne parlait de tous côtés que de faire table rase pour édifier une médecine nouvelle.

M. Andral avait un amour trop sincère pour la vérité et un jugement trop droit pour se laisser entraîner dans ces exagérations et dans les décevantes espérances des réformateurs. Il vit bien vite où pouvait conduire ce culte trop exclusif des lésions organiques de nos tissus, qui n'avait déjà que trop contribué à accréditer la doctrine solidiste alors en faveur. Il avait à la fois trop de respect pour l'œuvre collective de ses devanciers et trop de foi dans l'avenir pour ne pas comprendre qu'il fallait en même temps et aller plus loin et faire un retour vers le passé pour rattacher les progrès qu'on venait d'accomplir aux grands faits généraux établis par la tradition. Dans un coup d'œil sur ce passé, alors si méconnu, mais qui venait tout récemment d'être en partie reconstitué, grâce aux savantes traductions et aux laborieuses recherches historiques d'une phalange d'érudits, M. Andral remontant jusqu'à cette proposition dogmatique d'Hippocrate, qui veut qu'on donne une égale attention dans l'étude de l'homme, aux solides, aux liquides et aux forces, fut dès lors pénétré de cette pensée que l'œuvre moderne ne conduirait qu'à des résultats incomplets si elle restait ainsi morcelée, et qu'il était nécessaire de compléter l'anatomie pathologique des solides par celle des liquides, et notamment du liquide par excellence, le sang. De là, la conception et l'exécution de son plan d'étude sur les lésions du sang; de là, l'*Essai d'hématologie pathologique*, auquel il avait préludé par des recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang et sur la composition du sang de quelques animaux domestiques dans l'état de santé et de maladie, avec le concours de MM. Gavarret et Delafond. C'est en 1843 que parut cet Essai. Ces études n'étaient pas sans précédent. Déjà MM. Piorry et Lhéritier avaient publié leur *Traité des altérations du sang*, Denis et Lecanu, après Prévost et Dumas, avaient fait connaître les résultats de leurs recherches chimiques et expérimentales. Mais l'*Essai d'hématologie pathologique*, en utilisant les recherches antérieures dans ce qu'elles avaient d'exact, agrandissait considérablement, en le précisant davantage, le rôle des altérations du sang.

Étudiant d'abord toutes les influences qui, en dehors de la maladie, peuvent imprimer au sang des changements dans ses propriétés physiques, dans sa composition chimique, dans sa constitution microscopique, il s'est proposé ensuite dans ce travail de rechercher les altérations que le sang peut éprouver sous ces différents rapports par le fait même de la maladie. En un mot, il consacrait définitivement dans la science le rôle important que jouent les liquides de l'organisme en pathologie et la part qui devait être faite désormais, dans la doctrine médicale, à l'humorisme moderne, l'humorisme rationnel, comme on l'a appelé depuis. Voici en quels termes s'exprimaient à cet égard, en 1867, les auteurs du *Rapport sur les progrès de la médecine en France*. Nous ne saurions invoquer un témoignage plus compétent :

« Ce fut un véritable événement, disent ces auteurs, que l'apparition de ce petit volume, qui a banni une erreur séculaire et intronisé une vérité en démontrant, par une analyse chimique précise, les altérations du sang admises jusque là seulement comme possibles ou probables, et en faisant aux lésions humorales la place qui leur était due à côté des lésions organiques, en d'autres termes, en tirant l'hématologie du domaine de la pathogénie, pour la faire rentrer dans l'anatomie pathologique. »

En effet, l'humorisme rentrant sous cette forme dans la science ne laissait plus aucun prétexte à maintenir l'antagonisme doctrinal si longtemps perpétué entre l'humorisme et le solidisme, elle les mettait d'accord en les faisant rentrer l'une et l'autre dans une conception plus large et plus vraie à la fois.

III

Nous venons de voir quels ont été les principaux écrits de M. Andral. Par le rapide exposé que nous venons d'en faire, on peut juger déjà de leur importance et de l'influence considérable qu'ils ont dû exercer sur le mouvement scientifique de ces trente ou quarante dernières années. Mais ce n'est encore là qu'une partie de son œuvre. Son enseignement oral, de l'avis de tous ceux qui l'ont suivi, en a été la partie la plus brillante, et elle n'a certainement pas été la moins utile.

Nommé professeur d'hygiène en 1828, appelé en 1830 à la chaire de pathologie médicale, et en 1839 à la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, c'est là qu'il devait developper les trésors de sa vaste expérience et montrer toutes ses aptitudes professorales. Peu de professeurs ont eu un succès aussi brillant et aussi soutenu. On ne pourrait le comparer qu'à celui des cours de la Sorbonne de la même époque. Écoutez plutôt le témoignage de quelques-uns des auditeurs les plus assidus du cours de pathologie interne, où, paraît-il, on ne trouvait une place qu'à la condition de l'avoir conquise par une longue attente ou par un véritable assaut. Ils se souviennent tous de cette parole simple, claire, nette, de ce didactisme si régulier, si facile, si accessible à toutes les intelligences, de cette analyse minutieuse et toujours vraie des phénomènes pathologiques, et par dessus tout, de cette guerre inexorable faite à tout esprit de système. Le *Cours de pathologie interne*, publié par M. A. Latour en 1836, bien qu'il n'ait pas eu l'assentiment du professeur, n'en reproduit pas moins en réalité la substance et l'esprit. On y voit à chaque page, avec la peinture la plus fidèle et la plus exacte possible de chaque groupe pathologique, l'empreinte de ce jugement sûr, qui se tient constamment à égale distance de toutes les exagérations systématiques, qui honore le passé, accepte les faits contemporains, expose avec sincérité et sans parti pris tous les points positifs ou douteux de la science, indique les lacunes et les questions qui restent à résoudre et montre la voie où doivent s'engager les chercheurs nouveaux.

Mais c'est surtout dans son cours de pathologie générale qu'il a le plus fait preuve de sens critique et de ce sentiment profond des grandes vérités médicales de tous les temps et de la grandeur des problèmes dont le professeur de pathologie générale a pour mission de poursuivre l'étude. C'est dans les dernières années de ce cours qu'il a fait cette brillante incursion dans le domaine de l'histoire, non pas comme l'avait fait quelques années auparavant un de ses savants collègues d'une autre faculté, pour établir le pérennité des principes de la médecine renfermés tout entiers dans les livres hippocratiques, mais pour rappeler tout ce que ces livres renferment en réalité d'observations profondes et de vérités fondamentales, pour montrer la solidarité et l'enchaînement qui existent, au point de vue de l'observation, entre les anciens et les modernes, et pour faire ressortir la nécessité, sous peine de refaire souvent ce qui a été fait et de tourner ainsi incessamment dans le même cercle, de chercher toujours à rattacher les faits nouveaux aux faits anciens, afin de les éclairer les uns par les autres et de les féconder par l'application ou le contrôle des méthodes scientifiques modernes. C'est ainsi qu'il reliait lui-même l'idée médicale nouvelle, au développement de laquelle il avait eu une si grande part, à l'idée médicale ancienne dont il cherchait à dégager la véritable valeur.

Il faudrait, si nous voulions présenter sous tous ses aspects la physionomie scientifique de M. Andral, le suivre dans son service d'hôpital, au sein des académies et des diverses sociétés savantes qui tenaient à honneur de le compter parmi leurs membres, dans ses consultations, et jusque dans sa pratique privée. Nous le verrions partout apporter la même exactitude dans l'accomplissement de ses devoirs et de la mission scientifique qu'il s'était donnée, le même soin scrupuleux dans l'étude et l'examen des faits sur lesquels il a à se prononcer, la même gravité dans sa tenue et sa conduite, le même esprit de justice et d'équité dans les jugements qu'il a à porter sur les hommes ou sur les choses, la même bienveillance dans sa manière de répondre aux demandes d'avis et de renseignements qui lui étaient si fréquemment adressées. L'autorité de sa parole était telle dans les conseils, les commissions dont il faisait partie, comme dans les discussions académiques auxquelles on pouvait regretter qu'il ne prit pas une part plus active, que ses avis ou ses propositions donnaient rarement lieu à la contestation. Ses suffrages étaient tellement recherchés, dans les concours comme dans les compétitions académiques, qu'on tenait à honneur de les avoir obtenus, alors même qu'ils n'avaient pas entraîné avec eux le succès.

Pendant le trop long espace de temps qu'a duré sa retraite volontaire, que tout le monde déplorait, mais en en respectant profondément le motif, M. Andral n'était pas aussi étranger qu'on pouvait le croire aux choses de la science qui avait fait l'objet de son culte le plus fervent. Il se tenait au courant de tout ce qui se faisait et se disait d'important dans le monde médical, il s'intéressait à tous les progrès dont il apprenait au jour le jour les développements, s'enquérait du nom de leurs auteurs et encourageait le petit nombre d'entre eux qui pouvaient avoir accès jusqu'à lui.

A peine rendu à lui-même et à la vie publique, par la mort de celle dont il n'avait pas voulu se séparer jusqu'à sa dernière heure, il avait recommencé à se montrer assidu aux séances académiques, et il n'y a que quelques mois encore qu'il lisait à l'Académie des sciences un mémoire sur la glycosurie qui faisait suite à une précédente communication sur le même sujet faite en 1855. On retrouve dans ce dernier travail toutes les éminentes qualités qui caractérisent toutes ses œuvres, et surtout cette sévérité de méthode et cette sagesse de déduction qui leur impriment à toutes leur cachet.

IV

Celui qui écrit ces lignes n'a pas eu l'honneur d'une assez grande intimité avec l'homme illustre dont il n'a eu d'autre prétention que d'esquisser la vie scientifique, pour se permettre de pénétrer dans les secrets de sa vie et dans l'appréciation de ses qualités privées. Comme tous ceux qui ne l'ont approché qu'en sa qualité de maître ou de praticien, il a pu apprécier toutefois la bienveillance de son accueil et la noblesse de ses manières. Mais ce qui a révélé en lui d'une manière éclatante, aux yeux de tous, un grand cœur à côté d'une grande intelligence, c'est ce sacrifice presque sans exemple de tout ce qui fait l'objet des plus ardentes ambitions, grande position scientifique, riche clientèle, gloire et fortune, au soulagement et à la consolation de la martyre du foyer.

Comme tout homme se peint un peu lui-même dans les sentiments qu'il exprime à ces moments solennels des derniers adieux, nous rappellerons, en terminant, les paroles qu'il prononçait, il y a huit ans, aux obsèques de son ami et collègue Serres, de l'Institut, paroles qu'on pourrait lui appliquer aujourd'hui à lui-même, jusque dans les conditions mêmes de sa mort et des instants qui l'ont précédée.

« Hier encore, disait-il, notre collègue occupait à l'Académie sa place accoutumée, rien ne paraissait affaibli dans sa personne, ni sa constitution, ni son intelligence, et on pouvait

espérer que de longs jours avaient encore à se dérouler pour lui. Mais à mesure que la vie se prolonge, elle résiste de moins en moins aux causes de destruction qui peuvent l'atteindre; et, comme beaucoup de robustes vieillards, nous l'avons vu soudainement frappé d'une inflammation des organes respiratoires qui l'a rapidement enlevé à la science et à notre respectueuse affection. Et maintenant qu'il vient de se séparer à jamais des choses de la terre, je veux espérer que tout n'est pas fini pour lui, et qu'il lui est donné, dans un monde supérieur, de contempler sans entraves cette vérité qu'il n'a pas cessé de chercher, mais qui ne lui apparaissait ici-bas que souvent incertaine et toujours incomplète ». Dr BROCHIN.

REVUE DE LA PRESSE

De l'hémorrhagie sous-conjonctivale dans la coqueluche. — Un des symptômes de la coqueluche, que l'on a assez peu souvent l'occasion d'observer, est l'hémorrhagie sous-conjonctivale. Elle est due à la gêne de la circulation veineuse pendant les quintes de toux.

D'après M. le docteur Sous, qui a fait de cette espèce de complication une étude assez approfondie, l'hémorrhagie sous-conjonctivale, appartiendrait à la seconde période de la coqueluche. Elle survient de préférence chez les enfants débilités, sans distinction d'ailleurs d'âge ni de sexe.

La tache hémorrhagique est limitée à la conjonctive oculaire qu'elle occupe en totalité ou en partie, et sur laquelle elle fait une saillie plus ou moins considérable. La coloration est plus foncée au centre que sur les bords qui sont nettement limités.

Quand l'hémorrhagie atteint toute la conjonctive, elle s'arrête à la cornée ; si elle est partielle, elle ne siége qu'à la partie inférieure. Elle ne cause aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée; la vision n'est pas modifiée. La tache disparaît par résorption, en passant par toutes les nuances propres à l'ecchymose. Sa durée est de quinze jours à un mois; elle varie en proportion de l'intensité des paroxysmes et des conditions hygiéniques. Elle serait plus longue lorsque le malade a de fréquentes épistaxis.

Le diagnostic est facile; le pronostic toujours favorable. Les excitants, les astringents, les mouchetures hâtent la guérison. Mais les meilleurs modes de traitement seraient les collyres à base de plomb, joints à la compression des yeux. — (*Bordeaux médical.*)

De l'action du chlorate de potasse sur l'économie. — Nous résumons ici les conclusions d'un travail de M. le docteur Isambert sur le chlorate de potasse.

Le chlorate de potasse est un sel fixe qui résiste aux faibles réactions de l'organisme; c'est un antiseptique aux mêmes titres que le sel marin. Son action est nulle sur les divers liquides de l'économie, à l'exception du sang veineux auquel il donne une couleur rutilante, remplacée bientôt par une teinte brune, fuligineuse, et dont il dissout les globules rouges, à la manière des carbonates alcalins. Introduit dans les voies digestives ou sous la peau, le chlorate de potasse est rapidement absorbé, puis immédiatement éliminé par la plupart des sécrétions. Il agit comme sédatif sur la circulation et ne détermine dans les organes respiratoires qu'une légère irritation des bronches, du larynx et des fosses nasales. Il augmente la sécrétion du mucus. Il agit comme excitant sur les organes de la digestion et modifie la sécrétion de la bouche et des premières voies. Son action est la même, sur les sécrétions par lesquelles il s'élimine, notamment la salive et l'urine. Enfin ce sel paraît être un sédatif du système nerveux; sur le système cutané et la sécrétion de la sueur, son action serait nulle. A haute dose il peut devenir toxique. Son action comme tonique, antiputride ou reconstituant est nulle. En applications topiques, c'est un excitant énergique des plaies; il paraît indiqué surtout contre les ulcères atoniques, les plaies fétides, le phagédénisme, etc. A l'intérieur, il est le spécifique de toutes les maladies de la bouche, à l'exception du muguet. Il est également utile contre les maladies des fosses nasales et les angines de différente nature, surtout contre l'angine diphthéritique et le croup. Enfin on peut l'employer avec succès contre les bronchites chroniques et certaines phases de la phthisie, dans lesquelles il agit comme expectorant, et surtout comme un diurétique éliminant beaucoup d'acide urique. — (*Gazette médicale*).

De la purulence des urines dans la méningite cérébro-spinale. — Le docteur Giuseppe Barillari, de Saint-Bruno (Calabre), dit avoir observé à la suite d'une épidémie de méningite cérébro-spinale, un fait qui n'avait pas été signalé jusqu'ici. Il s'agit de la présence du pus dans les urines, chez deux des malades auprès desquels il a été appelé.

Chez le premier, les symptômes les plus caractéristiques de la maladie furent observés successivement. La fièvre présentait un type rémittent avec exacerbations le soir. Aussitôt après l'émission des urines, il se formait un dépôt purulent épais, occupant la moitié du vase. Simultanément, à la surface, il se formait une pellicule graisseuse. L'urine avait une grande tendance à la putréfaction.

Sous l'influence des purgatifs salins, des diurétiques, il se fit une amélioration rapide de ce côté. Le sulfate de quinine fut également administré comme tonique et pour prévenir le retour de la fièvre.

L'histoire du second malade est à peu près semblable à la première. L'urine devint purulente quatorze jours après le début; en même temps, il se produisit une exagération de la fièvre et des frissons. Ces symptômes disparurent avec la méningite. — (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*).

Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, à l'hôpital d'Heidelberg. — Voici quels sont les résultats obtenus à l'hôpital d'Heidelberg, dans le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids : sur 218 cas traités par des médications diverses, il y a eu 18 morts, tandis qu'on n'en compte que 16, sur 237 malades traités pendant les années 1871, 1872, 1873 par les bains froids.

Voici, en quelques mots les règles d'après le docteur Schultze, auxquelles les typhiques ont été soumis à l'hôpital d'Heidelberg. Chaque fois que la température atteignait 39°5, on plongeait le malade dans un bain froid, en même temps qu'on lui versait sur la tête deux ou trois arrosoirs d'eau froide. La température du bain était de 20 à 18 degrés, rarement plus; dans quelques cas, elle a été portée à 22 ou 24 degrés Réaumur. Celle de l'eau contenue dans les arrosoirs était de 10 à 12 degrés en été et de 8 à 4 degrés Réaumur en hiver. Au sortir du bain, le malade était couché sur des matelas spéciaux contenant de l'eau froide, à laquelle on substitua plus tard de l'eau tiède. En même temps on appliquait des vessies de glace sur la poitrine et le ventre des malades, chaque fois que leur constitution le permettait.

Ce traitement qui préviendrait, au dire de M. le docteur Schultze, les complications du système nerveux et des poumons ainsi que les lésions causées par le décubitus, aurait cependant l'inconvénient de déterminer une augmentation considérable dans le nombre des hémorrhagies intestinales. Celles-ci seraient dans la proportion des 9,6 pour 100, au lieu de 5,3 pour 100, quand les malades étaient traités par les anciennes méthodes.

Les bains froids ne prédisposent pas aux complications pulmonaires, ils agissent au contraire à titre d'expectorants. L'atélectasie et la congestion hypostatique ne se sont pas rencontrées plus de cinq fois sur cent, et la pneumonie hypostatique plus de huit fois.

Les diverses formes de délire, les complications dues au décubitus, ont varié dans les proportions de 6 à 15 pour les premières, de 3, 8 à 11 pour les secondes.

Par la méthode hydriatrique, les névralgies à titre de complications, douleurs dans les pieds et les muscles inférieurs paraissent plus fréquentes; les récidives et les thromboses veineuses seraient au contraire plus rares.

Quant aux effets de l'hydrothérapie sur le météorisme, on ne saurait le préciser ici, car dès le début des accidents, tous les malades absorbent de fortes doses de calomel.

D'après le docteur Schultze, l'état de collapsus seul pourrait être considéré comme une contre indication de la méthode hydriatrique;

il n'en serait plus ainsi toutefois, si cette méthode était convenablement mitigée.

Enfin, le docteur Schultze signale deux cas de mort survenus, pendant le traitement hydriatrique, par suite de gangrène des membres supérieurs. (*Bulletin général de thérapeutique*).

De la méningite comme complication de la pneumonie. — Le délire qu'on observe fréquemment dans la pneumonie est parfois symptomatique d'une méningite qui vient compliquer cette affection. M. Laveran, professeur-agrégé au Val-de-Grâce, a souvent été témoin de faits de ce genre. Andral, Chomel, Durand-Fardel avaient déjà rapporté des observations de pneumonie compliquée de méningite, et deux thèses de MM. Verneuil et Surugue, viennent encore à l'appui de cette opinion.

Les *sympathies* qui existent entre l'encéphale et le poumon sont d'ailleurs nettement démontrées par les expériences de Brown-Sequard, de Vulpian, de Nothnagel. La clinique, d'après les travaux de MM. Ollivier, Lépine, Gubler, n'est pas moins affirmative sur ce point, et s'accorde à démontrer, avec la pathologie expérimentale, que des lésions de l'encéphale peuvent déterminer secondairement des hémorrhagies pulmonaires, que l'inflammation du poumon peut réagir sur la circulation de l'encéphale et que les troubles vasomoteurs qui en résultent peuvent avoir pour conséquences : la congestion, l'œdème, l'hémorrhagie méningée, et, peut-être aussi, la méningite.

Les troubles vasculaires qu'on observe du côté de la face chez certains pneumoniques (Gubler); les troubles oculo-pupillaires (Roque); la paralysie des capillaires de la face, sont des phénomènes analogues à ceux que l'on observe sur les animaux à la suite de la section du grand sympathique cervical : injection vive et augmentation de température de la peau, et congestion encéphalique se traduisant par une élévation de température du cerveau du côté correspondant à la section (Cl. Bernard). Or, ne pourrait-on conclure de ce qui précède que le poumon enflammé réagit sur la circulation intra-crânienne, de même que sur la circulation des téguments de la face par l'intermédiaire du grand sympathique. Si les faits, que nous venons de rapporter, n'expliquent pas directement la méningite comme complication de la pneumonie, du moins ne permettent-ils pas de comprendre le mécanisme des hémorrhagies méningées, des congestions cérébrales, qu'on observe parfois chez les pneumoniques, et enfin d'affirmer que les méninges congestionnées sont préparées pour l'inflammation, d'où résultera une méningite, si, des causes individuelles, dépendant de l'état général du malade, par exemple, viennent se joindre à la prédisposition résultant de l'état local. — (*Gazette hebdomadaire*).

Emploi du collodion dans les douleurs produites par la carie. — M. le docteur Lardier préconise l'emploi du collodion dans les douleurs produites par la carie dentaire. — Le but que l'on cherche à obtenir dans ce cas étant, en effet, de calmer la douleur et de soustraire la cavité de la dent cariée au contact de l'air extérieur, aucun agent thérapeutique ne convient mieux que le collodion pour réaliser ces conditions. L'éther, en s'évaporant, anesthésie les rameaux nerveux, et il se forme, à la suite de cette évaporation, une couche isolante dont on peut varier l'épaisseur. Il faut prendre le soin, avant d'appliquer le collodion, de dessécher la cavité dentaire avec un peu de charpie ou de coton, la salive s'opposant à l'adhérence de cet agent, — (*Union médicale.*)

Anesthésie locale. Méthode de M. le docteur Letamendi. — Le docteur Letamendi, en se livrant à des recherches ayant pour but de déterminer le moment précis où se produit l'anesthésie locale, a été conduit à la découverte d'un fait physiologique important. Voici en quoi il consiste :

Après avoir déterminé, au moyen de l'appareil de Richardson chargé d'éther sulfurique neutre, la rubéfaction de la partie à anesthésier, si, avec un bistouri convexe, on fait à la peau une incision légère de 8 à 15 millimètres, intéressant seulement l'épiderme et le réseau superficiel du derme, il se produit subitement, à partir du point entamé, une zone anémique du tégument cutané. Cette zone, va s'élargissant et devient complétement exsangue, si l'on prolonge de quelques minutes l'irrigation d'éther. Les tissus ischémiques ainsi anesthésiés ont perdu leur souplesse et leur élasticité. Si on les coupe, ils ressemblent à du beurre, du carton mouillé, de la graisse coagulée. La zone, environnant la partie anesthésiée, est elle-même anémiée au point qu'il suffit de diriger l'irrigation d'éther sur cette sorte de pénombre pour y déterminer l'anémie. On peut ainsi agrandir dans tous les sens et étendre considérablement le département anémié. Si l'on suspend l'irrigation, les tissus restent encore influencés pendant un certain temps, et il suffit d'un nouveau jet d'éther pour y rappeler l'ischémie.

M. Cardenal, après avoir reproduit les expériences de M. Letamendi, a cherché à déterminer quelles étaient les conditions les plus capables de favoriser l'ischémie, et il est arrivé aux résultats suivants :

L'incision à queue, celle qui consiste dans l'incision ordinaire, mais un peu plus profonde et terminée par un temps de pression de la peau avec le bistouri, sans incision de ce tégument, est la plus propre à amener l'ischémie anesthésique.

Celle-ci ne se produit pas dans les parties recouvertes de poils, d'où la nécessité de raser les régions velues où l'on veut la déterminer.

L'ischémie est d'autant plus facile à produire que les tissus sont plus vasculaires. Elle apparaît avec une grande rapidité chez les femmes, les enfants, dont la peau est mince, délicate, mais saine : elle tarde un peu plus chez les individus dont la peau est plus résistante et sur les téguments naturellement peu vasculaires. On peut alors hâter son apparition au moyen de frictions légères et en activant l'évaporation de l'éther au moyen d'un soufflet.

Elle est nulle dans les téguments altérés et chroniquement hyperémiés, comme ceux qui entourent les ulcères calleux.

De ces recherches, il résulterait que l'état de vascularisation des tissus est la seule condition qui fasse varier cet état d'ischémie, et que la cause, qui préside à sa formation, siége dans les vaisseaux.

D'après M. Cardenal, la décharge de la tension nerveuse des vaso-dilatateurs produite par l'incision, et la légère irritation causée par le tranchant du bistouri, suffiraient pour faire entrer en activité les filets nerveux vaso-constricteurs, en mettant en jeu l'énergie accumulée pendant tout le temps qu'ils ne pouvaient agir, énergie de laquelle résulte la véritable ischémie de la région.

Ces expériences, répétées par M. Cardenal dans le laboratoire de M. Vulpian, sur deux hommes jeunes, l'un blond, l'autre brun, ont produit des résultats remarquables. Toutefois, il est nécessaire d'employer de l'éther sulfurique parfaitement pur si l'on veut répéter ces expériences. M. Vulpian a, en effet, échoué avec de l'éther provenant de la Pitié, et qui contient 30 pour 100 d'alcool. — (*Archives de physiologie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 février 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Une lettre de M. Poncet, qui se porte candidat au titre de membre correspondant national ;

3° Une lettre de remercîments de M. T. Anger, nommé membre titulaire dans la dernière séance.

M. Le Fort donne communication d'une note manuscrite de M. Berns, *privat-docent* à l'université de Fribourg-en-Brisgau, sur les résultats du traitement de Lister. Il résulte de la statistique relevée dans l'hôpital de cette ville, que l'on a d'abord fondé trop d'espérances sur cette méthode. Voici ces résultats : deux morts sur sept amputations de bras; cinq guérisons sur sept amputations d'avant-bras; deux morts sur deux désarticulations de la hanche;

dix morts sur quatorze amputations de la cuisse, et une proportion un peu moindre dans les amputations du pied.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant national. La Société prend une vive part à cette perte.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

De l'ostéotomie dans les déviations rachitiques. — M. LE FORT rappelle qu'en 1852, Meyer (de Wurtzbourg), a donné le premier les résultats de l'ostéotomie pour le redressement des déviations rachitiques. Ce n'est pas, il est vrai, une opération bien grave, surtout lorsqu'elle est faite sous la peau (Langenbeck), et que la scie est remplacée par le ciseau (Billroth). Mais on ne doit la faire que vers l'âge de dix à douze ans, alors que l'on n'a plus d'espoir de redresser les membres par un appareil et l'hygiène. D'ailleurs, même en Allemagne, l'ostéotomie n'est faite qu'en dernier lieu, après avoir essayé d'autres moyens de redressement, même l'ostéoclastie. Mais on ne se sert pas du vrai moyen, qui est le temps et la patience, aidés, s'il le faut, d'un appareil qui varie selon les cas.

M. VERNEUIL, d'après l'examen des moules qui sont joints au rapport, pense que toutes les courbures opérées auraient pu être redressées par un appareil très-simple et un bon régime en une année au plus, et c'est le temps qui s'est écoulé entre l'opération et le second moulage, qui représente la guérison obtenue. L'ostéotomie, relativement peu grave, dit-on, donne encore 10 pour 100 de mortalité. L'opération de Langenbeck, quoique sous-cutanée, détermine, par l'usage de la scie, une attrition des parties molles, qui rend l'opération grave.

L'emploi du ciseau est un progrès. Mais l'opération elle-même est inutile, et doit être rangée parmi les excentricités chirurgicales dont notre pays n'a pas toujours été à l'abri, mais qui maintenant sont l'apanage des chirurgiens étrangers. N'a-t-on pas tenté dernièrement l'extirpation du pylore pour un cancer?

M. MARJOLIN. Pour que l'ostéotomie fût un progrès, il faudrait qu'il n'y eût rien de mieux à opposer aux déviations rachitiques des os. Il faudrait d'abord soustraire les enfants à la cause réelle du rachitisme, qui est la mauvaise alimentation ou les conditions hygiéniques défectueuses au moment du sevrage. M. Perrochaud, médecin de l'asile de Berk-sur-Mer, à qui M. Marjolin avait demandé des renseignements, lui a répondu que les déviations rachitiques se produisent rarement au-dessous de deux ans et au-dessus de douze, et que, dans ces limites, sur 79 enfants traités à Berk depuis 1870 par l'usage seul des bains et de l'air de la mer, 30 ont été guéris, et 32 améliorés assez pour n'être pas exemptés plus tard du service militaire; sept seulement n'ont obtenu aucun résultat; six ont succombé et quatre ont été repris par leurs parents. — Le rachitisme acquis se guérit en général plus vite que le rachitisme héréditaire qui est d'ailleurs beaucoup plus rare. L'âge le plus favorable à la guérison est de deux à huit ans. Passé cet âge la guérison est rare à moins d'un séjour très-prolongé. Après douze ou quatorze ans, le séjour au bord de la mer donne peu de résultats au point de vue local. L'établissement de la menstruation semble amener une amélioration chez les filles rachitiques. M. Cazin, chirurgien de Berck, tout en connaissant les essais des Allemands, n'a jamais été tenté de pratiquer l'ostéotomie dont il n'a jamais reconnu les indications. Il considère cette opération non comme un progrès mais comme un mouvement rétrograde.

M. PANAS. C'est une question de mesure. On est autorisé dans certains cas à pratiquer cette opération, lorsqu'il est bien certain que tout autre moyen ne réussirait pas. L'ostéotomie n'est pas une opération innocente, mais elle est moins grave qu'on ne le croyait jusqu'à présent.

M. TRÉLAT. La communication de M. Perrochaud démontre que les rachitiques peuvent être complétement redressés par l'hygiène. On savait bien que le rachitisme a une évolution et qu'il guérit, mais avec des déformations; aujourd'hui nous savons qu'il guérit seul, sans déformation. Ce n'est donc qu'en présence de cas notoirement inpossibles à guérir autrement qu'on sera autorisé à pratiquer l'ostéotomie, mais jamais avant l'âge de dix ou de quatorze ans. Dans ces conditions il est heureux de savoir que cette opération est moins grave qu'on ne le pensait.

M. BLOT s'applaudit d'avoir provoqué ces éclaircissements. Il remercie M. Marjolin de lui être venu en aide en s'adressant à l'expérience de M. Perrochaud. Quant à l'âge où l'on peut commencer à user du traitement maritime, il a vu un enfant de douze mois très-rachitique, guérir complétement en six semaines, par le seul séjour sur la plage de Trouville. L'établissement de la menstruation peut-il être une cause d'amélioration dans le rachitisme? M. Blot croit plutôt qu'il en est le résultat.

M. LE FORT. Il est établi que le séjour au bord de la mer peut guérir le rachitisme. Mais tous les enfants ne peuvent pas y aller. C'est alors qu'il faut avoir recours à l'hygiène et aux appareils. L'ostéotomie ne semble pas une opération grave d'après les exemples que M. le rapporteur en a cités, mais il ne faudrait pas compter obtenir à douze ou quinze ans, âge véritable de cette opération, les résultats obtenus à deux ans, qui est un âge prématuré. On aurait certainement plus d'insuccès.

M. TILLAUX. L'ostéotomie a un effet plus grave chez les adultes. Il y a eu dix morts sur 38 opérés pour des ankyloses, tandis qu'il n'y en a pas eu une seule sur trente-quatre rachitiques. La mortalité de dix pour cent, que M. Verneuil a rappelée d'après le travail de M. Lenepveu s'applique aux premiers de ces cas.

M. VERNEUIL ne combat pas l'usage, mais l'abus de l'ostéotomie. Il ne faut la pratiquer que si la déformation entraîne des accidents, autrement c'est une opération de complaisance.

PRÉSENTATION DE MALADE

Cysticerques multiples chez l'homme. — M. BROCA présente un malade atteint de cysticerques multiples siégeant dans le tissu musculaire, le tissu cellulaire, et peut-être l'encéphale.

C'est un homme de vingt-sept ans, ayant exercé jusqu'à l'année dernière la profession de cocher. Aujourd'hui il habite Saint-Ouen, où il est cordonnier. Il y a quatre ans, ce malade a rendu des anneaux de ver solitaire. Dernièrement encore, à l'hôpital, il a rendu des anneaux approchant de la tête, mais qui ont été perdus avant d'être examinés. Mais tout porte à croire que c'étaient bien des anneaux de tænia solium, le seul dont la relation avec le cysticerque soit établie.

M. Broca croit que c'est la première fois qu'on voit chez l'homme cette coïncidence déjà constatée chez les animaux. Aucun traitement n'avait été fait après l'expulsion des premiers anneaux de tænia. Peu de temps après, le malade, étant à cheval, perdit connaissance et resta longtemps dans cet état. Depuis, cet accident s'est renouvelé trois fois, mais d'une manière moins soudaine et moins grave. La dernière fois, c'était le 2 décembre dernier, à l'hôpital, ce ne fut presque qu'un simple vertige; le malade ne tomba pas. Jamais ces pertes de connaissance n'ont présenté le caractère de l'épilepsie. Il y a sept mois, le malade constata sur sa poitrine l'existence d'une petite boule, puis, après celle-ci, d'autres en grand nombre. Tout son corps était criblé de petites tumeurs régulièrement ellipsoïdes, indolentes, quelques-unes exceptées, à grand axe parallèle aux fibres musculaires. Toutes avaient la forme d'une olive et une longueur de 10 à 12 millimètres sur une largeur deux fois moindre. Elles ont aujourd'hui été toutes opérées, ce qui a modifié leur largeur, mais non leur longueur. Les accidents cérébraux vont aujourd'hui en s'atténuant; ils ne consistent plus qu'en une demi-surdité passagère, qui dure de quelques heures à quelques jours, et en une altération légère de la vision à gauche. L'examen ophthalmoscopique démontre une atrophie légère de la rétine, mais l'absence de cysticerques dans l'humeur vitrée.

L'anatomie pathologique complète du cysticerque a pu être faite sur les échantillons recueillis dans quelques tumeurs superficielles incisées et disséquées. Presque toutes ont été traitées par la ponction simple avec la plus fine des aiguilles à cataracte, non suivie d'injection. Il est rarement sorti de liquide, quoiqu'une double ouverture ait été faite à chaque tumeur, mais ce traitement a suffi pour amener la mort du cysticerque et l'atrophie de la tumeur.

M. Broca a fait jusqu'à deux piqûres par jour. Trois cent soixante-

quinze ont été pratiquées jusqu'à ce jour. La résolution se fait quelquefois attendre un mois. Le dernier terme de l'atrophie de la tumeur est la forme en grain d'orge, ainsi que M. Lancereaux l'a désignée très-exactement. Quelquefois ce petit grain est calcifié à l'intérieur. Malheureusement ce traitement ne peut être appliqué qu'aux kystes situés à la surface, et l'on est obligé d'abandonner à la nature ceux qui sont situés plus profondément.

DISCUSSION

M. Paulet pense que la coïncidence des cysticerques avec le tænia solium ne démontre pas que les premiers soient sous la dépendance du second. Il eût été plus important de pouvoir constater que le malade avait mangé des cucurbitains.

M. Desprès demande à M. Broca s'il n'existe pas de tumeurs sous la langue. M. Lancereaux a dit à la Société anatomique que l'on trouvait sous la langue une tumeur formée par ces cysticerque lorsqu'il en existait dans les muscles.

M. Marjolin cite une observation publiée par Nivet dans le journal de Blandin. Il s'agissait d'un abatteur de cochons.

M. Broca. On trouve toujours une tumeur sous la langue chez le porc ladre, mais cette proposition n'est pas exacte chez l'homme. Il existe en Allemagne une industrie spéciale, qui consiste à enlever cette tumeur chez les porcs destinés à la vente. Le siége le plus fréquent du cysticerque chez l'homme est le muscle, puis le cerveau. M. Broca ne connaît pas d'exemple que la langue en ait été atteinte chez l'homme.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Lucas-Championnière présente un malade qu'il a opéré il y a dix-huit jours d'une tumeur de la parotide du volume d'un œuf de dinde, en se servant du procédé de Lister. Six points de suture ont été appliqués. *Il n'y a eu aucune suppuration,* et le malade aurait déjà pu être présenté guéri à la dernière séance. Il n'y a pas eu de fièvre à proprement parler, mais seulement une petite fièvre traumatique passagère, pendant laquelle la température est montée à 38 degrés. La fièvre traumatique n'est donc pas absolument supprimée par le traitement de Lister, mais seulement atténuée, ce qui renverse absolument la théorie de la septicémie.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Amblyopie hystérique.

Monsieur le rédacteur,

Dans une lettre, insérée au n° 20 de la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Bonnefoy nous reproche de nous être attribué, dans un article sur l'*amblyopie hystérique*, un mérite qui appartient à sa thèse inaugurale.

Si M. le docteur Bonnefoy avait lu le petit travail qu'il incrimine, il aurait vu :

1° Que nous avons étudié non seulement son cas, mais tous les cas analogues que nous avons trouvés à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Charcot ;

2° Que nous nous sommes servi pour l'exploration, de méthodes bien supérieures aux siennes et qui nous ont donné des résultats en conséquence ;

3° Que l'article en question, loin de prétendre à être une monographie de l'amblyopie hystérique, n'est que l'exposé de nos recherches particulières et pouvait, par conséquent, négliger tout aussi bien l'historique que d'autres parties du sujet, par exemple la partie thérapeutique.

Nous mentionnons cependant, à propos de l'observation de la malade Etch. : quelques articles publiés à son sujet et qui nous ont été communiqués à la veille de l'impression de notre travail. Si la thèse de M. Bonnefoy est passée sous silence, c'est certainement une omission de notre part, nous n'hésitons pas à le reconnaître ; encore ne nous appartient-elle pas en propre. Ce n'est que hier, renseigné par l'auteur lui-même, que nous avons cherché et lu sa thèse.

4° Enfin la lecture de notre article aurait appris à M. Bonnefoy — ce qui l'aurait sans doute intéressé — que la malade, dont il dit avoir constaté à gauche l'atrophie partielle des artères rétiniennes et « tous les signes d'une atrophie commençant du nerf optique, consécutive à la névrite » à droite une « névrite parfaitement manifeste, ce qui lui a fait présumer que la marche de la maladie serait ici la même que du côté gauche » que cette malade, disons-nous, n'a ni atrophie des artères ni atrophie des nerfs optiques, et une acuité visuelle normale des deux côtés.

Devons nous après cela nous défendre contre l'accusation de plagiat? Ceux qui nous connaissent savent bien comment ces façons d'agir, qui ne remplacent point les titres scientifiques, nous sont inutiles et étrangères.

Quant à l'insinuation plus ou moins délicate par laquelle M. Bonnefoy termine sa lettre, nous déclarons que nous n'entrerons jamais dans une polémique de cette nature. Cette insinuation porte du reste d'autant plus à faux que nous n'appartenons nullement à la nationalité dont il attaque les procédés peu loyaux.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr Landolt.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans notre dernier numéro nous avons donné l'état des membres titulaires, des académiciens libres et des associés étrangers de l'Académie des sciences, au 1er janvier 1876. Nous allons terminer cette petite revue, en relevant les membres *correspondants* qui touchent à nos études.

Physique générale. — MM. Plateau, Weber, Hirn, Helmholtz, Mayer, Kirchhoff, Joule et Billet.

Chimie. — MM. Bunsen, Malaguti, Hofmann, Favre, Marignac, Frankland, Dessaignes, Williamson et Zinin.

Minéralogie. — MM. Damour, Miller, Leymerie, de Kokscharow et Studer.

Botanique. — MM. Lestiboudois, Schimper, Braun, Hofmeister, Hooker, Pringsheim, Planchon, Weddell et Bentham.

Économie rurale. — Girardin, Kuhlmann, Pierre, Chevandier de Valdrôme, Reiset, Martins, de Vibraye, de Vergnette-Lamotte, Marès et Cornalia.

Anatomie et zoologie. — MM. de Baer, Van Beneden, de Siebold, Brandt, Lovën, Mulsant, Steenstrup, Dana, Carpenter et Joly.

Médecine et chirurgie. — MM. Virchow, Bouisson, Ehrmann, Gintrac, Rokitanski, Lebert, Ollier et Tholozan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les mamelles et leurs anomalies étudiées au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de l'embryogénie, par le docteur Albert Puech. — Paris, 1876, 1 vol. gr. in-8° de 120 pages. Prix : 3 francs. — F. Savy.

Des opérations applicables au bec-de-lièvre compliqué, par le docteur Courmont. — In-8°. Prix : 3 fr. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'empoisonnement aigu par le plomb et ses composés, par le docteur Moreau. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude des lésions rénales déterminées par les obstacles au cours de l'urine, par le docteur Chandelier. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 25. — MARDI 29 FÉVRIER 1876. 49e ANNÉE. MARDI 29 FÉVRIER 1876. — N 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LAILLER.

Tricophytie : erythème et herpès circinés, sycosis. — Éruptions épidermo-phytiques. — Le pityriasis versicolor (1).

Le tricophyton peut s'observer dans d'autres régions, mais auparavant, je voudrais vous parler d'une éruption très-fréquemment concomitante du sycosis parasitaire, de celui du dos de la main, sur lequel M. Bazin a justement appelé l'attention des dermatologistes. Le tricophyton, comme je vous l'ai dit, donnant lieu à des démangeaisons assez vives, il en résulte que le premier besoin qu'éprouvent les malades, c'est d'y porter la main, avec le dos de laquelle ils se frottent. Ils s'inoculent ainsi le champignon, inoculation qui se traduit alors par de la rougeur, qui va en augmentant, et par des plaques mêlées d'érythème et d'herpès.

Un autre siége du sycosis parasitaire, ce sont les ongles, sous lesquels le tricophyton se développe par suite d'un autre mode d'inoculation, qui consiste à se gratter; les spores du champignon se développent alors dans le derme sous-unguéal; l'ongle prend une teinte grisâtre et se dissocie assez facilement. Mais cet onyco-sycosis, comme on l'appelle, est une affection assez rare.

Le pronostic des affections parasitaires de la face ou du tronc n'est pas très-grave. La durée est également assez courte, six semaines ou deux mois; quelquefois davantage, quand l'affection n'est pas traitée. A la barbe, le pronostic est plus sérieux quant à la durée de la maladie et aux récidives auxquelles le sujet reste exposé.

Le traitement est à peu près celui de la tricophytie lorsqu'elle se développe au cuir chevelu. Pour le tronc, quelques cautérisations avec l'acide acétique, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, suffisent en général. Au dos de la main, l'affection est un peu plus difficile à guérir, à cause des poils qui s'y développent; mais dans ce cas, on a recours à l'épilation.

Dans ces derniers temps, on a publié des faits assez intéressants de guérisons obtenues au moyen de préparations exotiques, qui ne sont pas encore entre nos mains, telle que la poudre de Goa. Dernièrement, un médecin de la marine a eu l'obligeance de m'envoyer un article intéressant sur le traitement de l'herpès circiné parasitaire, en Cochinchine surtout, par la poudre d'ara-roba, probablement originaire du Brésil, qui aurait sur la précédente l'avantage de coûter beaucoup moins cher.

De mon côté, en faisant quelques recherches sur l'herpès circiné, j'ai été frappé d'une indication thérapeutique que je crois devoir rapprocher des précédentes. Ozanam, dans son livre des maladies épidémiques, dit que les Indiens traitent l'herpès circiné avec une solution de cassier, et il me paraît probable que les poudres de Goa et d'ara-roba ne sont elles-mêmes que des poudres de cassier.

Quant au traitement du sycosis chez l'homme, il consiste dans l'épilation, et M. Bazin serait arrivé à cette conclusion, qu'elle n'est réellement utile que dans la période tertiaire ou tuberculeuse. J'ai suivi cette pratique; toutefois j'y ai ajouté un procédé un peu différent. Au lieu de me contenter, comme le fait M. Bazin, de lotions anti-parasitaires, je conseille au malade des rasures fréquentes, quotidiennes. Il me paraît, en effet, logique d'emporter ainsi la plus grande quantité possible d'éléments parasitaires.

Avant de vous dire quelques mots sur la tricophytie animale, permettez-moi cette dernière réflexion, qu'il me semble que les affections parasitaires chez les adultes, c'est-à-dire celles caractérisées par l'herpès pityriasique, le sycosis, en un mot que les affections déterminées par le tricophyton, deviennent de plus en plus rares.

Quant à la tricophytie animale, elle est très-probablement fréquente, seulement c'est une étude qui est encore à faire. Elle est mal connue des hommes de science. Les affections contagieuses des animaux à l'homme ont été signalées en 1845, à la Société médicale de Toulouse, par M. Oulé (de Sorrèze), alors que l'on ne connaissait pas encore la nature parasitaire de ces affections. Cette question est entrée dans une phase scientifique, par les travaux de MM. Letenneur et Malherbe (de Nantes) en 1852. Ces auteurs ne croient pas à la nature parasitaire de ces affections, tout en reconnaissant la contagion de l'éruption des animaux, et en particulier des bœufs et des veaux, à l'homme. Des travaux semblables ont été faits en Angleterre, en Italie, en Allemagne.

Il est probable que ces éruptions ne sont pas rares à la campagne; seulement, comme leurs manifestations sont beaucoup moins apparentes que celles du favus, il s'en suit qu'elles sont le plus souvent méconnues.

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 février.

Éruptions épidermo-phytiques. — *Le pityriasis versicolor.*

C'est encore une affection parasitaire, mais non plus des cheveux. M. Bazin a, en effet, divisé les affections parasitaires en trico-phytiques et en onico-phytiques, c'est-à-dire qu'il appelait teignes toutes les affections parasitaires végétantes, quelle que fût la partie occupée par le champignon, cheveux, poils, ongles. Vous voyez donc qu'il n'y a pas concordance complète entre l'opinion de M. Bazin et celle de M. Hardy, le premier donnant le nom d'éruption tricophytique au favus, déterminé, comme vous le savez, par l'acorion Schænleinii, et à la teigne tondante, due au tricophyton, tandis que le second ne comprend sous cette désignation de tricophytie que les éruptions de la peau, des cheveux ou des poils, qui sont déterminées par le tricophyton. Par conséquent, le favus qui serait pour M. Bazin une affection tricophytique n'en est pas une pour M. Hardy.

M. Bazin, à cette division, en a ajouté une autre. Il partage les végétaux parasitaires en épidermo-phytiques, dont le type est le pityriasis versicolor, que nous allons étudier, et en épithélio-phytiques, dont le muguet est la manifestation la plus complète.

En 1869, M. Renaut a communiqué à la Société médicale des hôpitaux un cas d'éruption siégeant à la pointe de la langue et caractérisée par une coloration brune, l'hypertrophie épithéliale de la muqueuse qui revêt le dos de l'organe, et surtout par la présence d'un champignon absolument semblable au tricophyton de la peau. M. Renaut était tenté de considérer cette affection comme une teigne des muqueuses. Il est évident que ce n'était là qu'un simple accident, qui ne joue aucun rôle en pathologie.

Voyons maintenant quelles sont les affections causées par la variété épidermo-phytique.

M. Bazin confond sous le nom de crasses parasitaires un certain nombre d'affections décrites par les auteurs sous des noms différents : pityriasis versicolor, nigra, cloasma ou mascula gravidarum, taches hépatiques, éphélides lenticulaires, affections, qui pour le savant dermatologiste, seraient toutes parasitaires et produites par le microsporum furfur.

Le pityriasis versicolor est constitué par des plaques brunes, de couleur café au lait, chamois, inégales dans leurs contours, irrégulières, disposées par groupes, par archipels, ayant leur siége au tronc, et par extension aux membres et au cou, rarement à la face, s'accompagnant de démangeaisons, jamais ou presque jamais circinnées, sans élevure apparente au toucher ni à la vue, mais caractérisées par une très légère desquamation, habituellement furfuracée, sous forme de petites furfures, et quelquefois de lamelles un peu plus fines. Cette desquamation est un des éléments de diagnostic les plus utiles.

Ces plaques peuvent être confondues avec la simple crasse de la malpropreté, mais un simple lavage suffit pour faire disparaître la cause d'erreur. La syphilis pigmentaire, décrite surtout par M. Hardy, peut encore simuler quelquefois le pityriasis versicolor, mais cette affection desquame beaucoup moins et ne présente pas de démangeaisons; de plus, elle est presque toujours précédée ou accompagnée d'autres manifestations syphilitiques.

Le vitiligo peu marqué peut être encore une cause d'erreur. Mais la différence entre celui-ci et le pityriasis versicolor, c'est que le vitiligo est dyschromatique, c'est-à-dire caractérisé par une mauvaise répartition des cellules pigmentaires, qui, à côté de surfaces achromatiques, se trouvent réunies en quantités exagérées. De plus, cette affection ne détermine ni démangeaisons, ni desquamation. La coloration même diffère de celle du pityriasis; elle est un peu plus brune.

Le masque des femmes enceintes peut encore être confondu avec la lésion qui nous occupe actuellement. Sous ce nom, M. Bazin comprend toutes les affections de la face et des mamelles qu'on rencontre chez les femmes pendant la gestation. D'après lui elles sont déterminées par un parasite, fait qui est absolument contesté par les accoucheurs.

Le masque des femmes enceintes survient sous l'influence des troubles généraux qui accompagnent la grossesse; sa coloration est plus brune et moins disposée en plaques que celle du pityriasis. De plus, c'est le plus souvent la face qui est affectée, région que le pityriasis versicolor n'envahit presque jamais. Enfin pas de démangeaisons, pas de desquamation, ni au microscope de microsporum furfur.

Les taches hépatiques sont des éruptions caractérisées par une coloration jaunâtre, disséminée sur le tronc, quelquefois même sur la face, chez les individus qui présentent des symptômes gastro-hépatiques. Elles diffèrent du pityriasis versicolor, en ce qu'elles ne présentent pas de démangeaisons, qu'elles ont une durée considérable, qu'elles sont bien irrégulières, mais sans former de groupes, et enfin ne contiennent jamais d'éléments parasitaires.

Enfin le diagnostic différentiel du pityriasis et des *nævi* congénitaux se fera facilement en sachant que ces derniers datent de la naissance.

Mais l'élément de diagnostic par excellence, c'est l'examen microscopique. Les plaques épidermiques du pityriasis versicolor donnent, par ce procédé, les résultats suivants : elles renferment dans leur intérieur des groupes de spores au nombre de vingt, vingt-cinq, trente par chaque groupe, plus volumineuses que celle de l'acorion et du tricophyton, et s'accompagnant presque toujours d'un nombre assez considérable de tubes de mycélium.

La durée de la maladie, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même est à peu près indéfinie; elle va, vient, disparaît pour revenir plus tard. Elle est contagieuse, mais dans des limites, je crois très-restreintes, car j'ai eu occasion personnellement d'observer un nombre assez considérable de ménages dans lesquels le mari avait un pityriasis qui datait de très-longtemps, alors que la femme en était complétement indemne.

Le traitement est assez simple et donne lieu à une amélioration assez rapide de l'éruption. Un point plus difficile à obtenir, c'est la guérison complète de l'affection. On emploie, pour arriver à ce résultat, les bains sulfureux avec du sublimé, à la dose de 20, 25, 30 et même 50 grammes, par bain, et les frictions rudes, surtout savonneuses. Quand ces moyens ne réussissent pas, on fait des applications d'huile de cade, et surtout de teinture d'iode. On obtient ainsi la disparition du pityriasis versicolor pour un temps plus ou moins long, mais rien n'est plus commun que de le voir se reproduire au bout de une, deux années, sans que l'on sache la raison de cette récidive.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR L'ÉTIOLOGIE DES SYPHILIDES MALIGNES PRÉCOCES (1).

Par le docteur ORY, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — Les syphilides malignes précoces qui se sont rencontrées en assez grand nombre à mon observation se sont déclarées toujours chez des gens dont l'organisme était débilité. — Le lymphatisme, la scrofule, l'allaitement, la grossesse et bien souvent l'alcoolisme, la débauche, les chagrins, l'âge avancé, la maladie, la misère au moment de la contamination ou peu de temps après, sont les causes fréquentes de la précocité des accidents ulcéreux de la

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — J. B. Baillière et fils.

peau chez les syphilitiques, et cela quelle que soit l'origine du virus, et quel qu'ait été le mode de contamination. — Les mêmes causes survenant dans le cours de la syphilis en aggravent le pronostic et font apparaître les manifestations ulcéreuses. — De là, la nécessité de se préoccuper beaucoup de l'hygiène des malades atteints de syphilis et les quelques succès incontestables du traitement tonique à l'exclusion de tout traitement spécifique.

Telle est la conviction qui résulte pour moi de cette étude, mais je n'irai pas plus loin; et si je constate l'opportunité absolue de relever les forces du malade et d'améliorer le terrain, j'ai vu trop souvent les immenses ressources que présente un « traitement mercuriel » bien dirigé, pour être de l'avis de ceux qui en méconnaissent les bienfaits. — Je rappellerai toutefois que, dans les cas très-graves, il est quelquefois prudent de ne pas administrer immédiatement les préparations hydrargyriques, et que vouloir quand même faire absorber du mercure, alors qu'il n'est pas toléré par le malade, qu'il cause de la diarrhée et de la dyspepsie, serait une pratique dangereuse et nuisible.

Le traitement des syphilides malignes précoces est un traitement mixte, et c'est le sirop de Gibert, à la dose d'une ou deux cuillerées par jour, associé au quinquina, aux diverses préparations amères et toniques, dans les cas dont j'ai rapporté les sérieuses complications, qui a déterminé souvent la cicatrisation rapide des ulcérations; parfois, il est vrai, c'est seulement après de longs mois qu'il a pu faire disparaître les poussées ulcéreuses, graves, persistantes, de la syphilis maligne. Les eaux sulfureuses sont aussi de puissants auxiliaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 février 1876. — Présidence de M. Paris.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Ad. Brongniart, doyen de la section de botanique.

Les obsèques ont eu lieu le 21 février. M. Brongniart appartenait à l'Académie depuis l'année 1834.

CORRESPONDANCE

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE invite l'Académie à lui présenter une liste de candidats pour chacune des trois chaires suivantes, actuellement vacantes au Muséum d'histoire naturelle.

1° Chaire de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), laissée vacante par le décès de M. Deshayes.

2° Chaire de minéralogie, laissée vacante par l'admission à la retraite de M. Delafosse.

3° Chaire de zoologie (mammifères et oiseaux), devenue vacante par la démission de M. H. Milne-Edwards.

La lettre de M. le ministre sera transmise aux sections de zoologie et de minéralogie, chargées de préparer ces listes de candidats.

Chimie. — M. TERREIL adresse une note sur la composition de la matière noire que l'on obtient en calcinant le ferrocyanure de potassium.

Chimie organique. — MM. GAL et ÉTARD adressent leurs recherches sur la formation des acides anhydres de la série grasse et de la série aromatique par l'action de l'acide phosphorique sur leurs hydrates.

M. TSCHERNICK continue ses travaux sur les produits d'action du chlorure de chaux sur les amines.

Physiologie. — M. JOUSSET adresse une note au sujet de la digestion des insectes.

COMMUNICATION

Chimie organique. — M. BERTHELOT confirme le pouvoir rotatoire du styrolène, pouvoir annoncé par lui, il y a quelques années, et contesté par M. Van't Hoff.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Hygiène publique. — M. TOLLET présente un travail sur les principes qui doivent présider à la construction de logements en commun.

M. TOUSSAINT soumet au jugement de l'Académie un mémoire portant pour titre : *Application de la méthode graphique à la détermination de la part qui revient à l'appareil respiratoire dans l'exécution de quelques actes mécaniques de la digestion.* (Renvoi au concours des prix de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 février 1876. — Présidence de M. Laborde.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Atrophie musculaire progressive. — M. HAYEM, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Renaut, fait observer qu'il faut distinguer les altérations de l'atrophie musculaire progressive des altérations musculaires qu'on observe dans certaines affections médullaires.

L'atrophie musculaire progressive primitive, protopathique, est celle qui produit les lésions les plus simples, les moins inflammatoires; c'est elle dont les altérations ressemblent le plus à celles qu'on produit par la résection simple des nerfs. Lors, au contraire, qu'il s'agit d'une atrophie musculaire liée à une affection médullaire, le processus est diffus, les lésions sont plus importantes, plus inflammatoires.

Glycosurie produite chez des malades affectés de cirrhose du foie par l'ingestion de glycose. — M. LÉPINE rappelle les expériences de M. Cl. Bernard, qui démontrent qu'une injection de glycose pratiquée dans une veine de la périphérie, détermine de la glycosurie, tandis que la même quantité de glycose injectée dans la veine-porte, par exemple, ne produit pas la glycosurie. Il rappelle, en outre, les expériences et les observations faites à ce sujet depuis les expériences de M. Cl. Bernard; il dit avoir renouvelé ces expériences et avoir constaté les mêmes résultats : par exemple, dans deux cas de cirrhose du foie, M. Lépine a fait prendre aux malades 400 grammes de glycose dans de la tisane en l'espace d'une journée; dès le lendemain, il constatait chez ces malades une glycosurie, qui ne durait pas moins de cinq à six jours. Ainsi, chez des malades dont le foie ne retient pas la glycose, on obtient de la glycosurie par l'ingestion de glycose.

M. LABORDE demande à M. Lépine s'il a fait les mêmes expériences chez des individus non atteints d'affections du foie.

M. LÉPINE répond que, dans ces cas, on n'obtient pas la glycosurie, pas plus que chez des malades atteints, par exemple, de cancer du foie; si bien, que ce serait un moyen de diagnostiquer la cirrhose des autres maladies qui peuvent être confondues avec elle, telles, par exemple, que la péritonite chronique, etc...

Développement de la chaleur pendant la coagulation du sang. — M. LÉPINE a constaté qu'il se faisait pendant la coagulation du sang un développement de chaleur assez considérable, pour qu'on doive y voir autre chose qu'un simple phénomène physique. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe pendant la rigidité cadavérique. Ce développement de chaleur est plus considérable que celui que comporte le passage d'un corps de l'état liquide à l'état solide. Voici en quoi consiste l'expérience entreprise par M. Lépine : il tire du sang d'un animal, le défibrine, et le reporte ensuite à la température qu'il avait au moment où il a été tiré de l'animal, soit 38 ou 39 degrés; puis, à ce moment, il tire de nouveau du sang de l'animal, et le recueille dans un vase absolument semblable à celui qui contient le sang défibriné; un thermomètre est placé dans chacun de ces vases et, en observant la marche descendante des deux thermomètres, on constate que le sang non défibriné se refroidit moins vite que l'autre. La différence est de plusieurs dixièmes de degrés.

M. GRIMAUD fait observer que cette différence n'est pas tellement sensible qu'on doive voir là autre chose qu'un phénomène purement physico-chimique.

Des causes anatomiques de la rétraction du mamelon. — M. DE SINÉTY présente des pièces relatives à ce sujet. — Chez certaines femmes, dit-il, soit en dehors de tout état pathologique, soit sous l'influence de tumeurs de la mamelle, le mamelon s'enfonce dans une sorte de dépression, au lieu de faire saillie à la surface de l'aréole. Dans ce cas-ci, il s'agissait d'un cancer de la mamelle qui avait envahi seulement les parties profondes. Le mamelon était indemne de tout néoplasme et fortement rétracté. L'auteur, après avoir rappelé la disposition des éléments anatomiques dans le mamelon normal, insiste sur la direction des faisceaux musculaires entrecroisés autour des canaux galactophores. Les faisceaux à direction horizontale sont ordinairement beaucoup plus nombreux que les faisceaux longitudinaux, ce qui explique la projection en avant et l'allongement du mamelon (thélothisme), sous l'influence d'une excitation quelconque. Au moment de la lactation, les fibres musculaires lisses qui forment ces faisceaux augmentent considérablement de volume, comme il a pu le constater par des mensurations exactes. Dans les mamelons dont M. de Sinéty montre les préparations, les faisceaux à direction horizontale ont presque complétement disparu, tandis que l'on en observe encore un certain nombre de longitudinaux. En outre, une abondante production de tissus fibreux avait remplacé les couches musculaires. L'action des muscles s'ajoutait donc à celle du tissu fibreux pour attirer le mamelon d'avant en arrière et expliquait la rétraction. L'auteur recommande, en terminant, l'emploi de la purpurine pour les recherches de ce genre. En effet, ce réactif, appliqué par Ranvier aux études histologiques, colore les fibres musculaires et laisse absolument incolores les faisceaux de tissu conjonctif.

Périmètre, optomètre. — M. BADAL présente deux instruments destinés à l'exploration de la fonction visuelle. L'un est un périmètre qui a pour but de mesurer le champ visuel et qui permet en même temps d'étudier l'acuité pour la lumière, l'acuité pour les couleur et l'acuité pour les formes. L'autre est un optomètre qui présente sur les autres instruments du même genre, l'avantage de mesurer l'acuité visuelle en même temps que la réfraction, de telle sorte qu'il dispense de recourir à l'examen par les verres. A l'aide de cet instrument, on peut mesurer tous les degrés possibles d'amétropie.

M. PONCET fait observer que cet instrument, très-favorable aux examens cliniques, serait insuffisant dans les conseils de révision, parce qu'il n'empêche pas la simulation. Il préfère donc, en cas de myopie, recourir à l'examen ophthalmoscopique qui, dans les cas de myopie qui exemptent du service militaire, permet toujours de constater l'existence du staphylôme postérieur, sauf de très-rares exceptions. Cet examen déjoue donc toute tentative de simulation.

Localisations cérébrales. — M. FERAY présente un malade qui, il y a cinq ans, est tombé sur la tête et s'est fait au pariétal droit une blessure dont on voit encore les traces, cet homme est affecté de mouvements convulsifs de la face du côté opposé; ces mouvements convulsifs ont surtout pour siége l'orbiculaire et les muscles zygomatiques. En cherchant à déterminer aussi exactement que possible à quel point du cerveau correspond cette blessure, M. Feray croit pouvoir affirmer qu'elle correspond au pli courbe, lequel est précisément regardé comme le centre moteur de la face.

Papillons de jour, papillons de nuit. — M. PAUL BERT a cherché à déterminer à quelle cause est due la différence qui existe entre les papillons de jour et les papillons de nuit. On sait que les premiers placent leurs ailes l'une contre l'autre, dans la verticale, tandis que les seconds ne peuvent les mettre dans cette position et les gardent toujours dans l'horizontale. On a voulu expliquer cette différence par l'existence, chez le papillon de nuit, d'une sorte de crochet et d'un crin qui s'opposeraient à l'élévation de leurs ailes. Or M. P. Bert a coupé ce crin chez un grand nombre de papillons de nuit et ces papillons n'ont pas levé davantage leurs ailes dans la verticale. Ce n'est donc pas à ce crin qu'est due, comme cela est dit dans tous les livres de physiologie comparée, la position horizontale des ailes des papillons de nuit. M. P. Bert a cru trouver l'explication de cette différence entre les papillons de nuit et les papillons de jour, dans la conformation du dos qui est très-différente chez les uns et les autres.

Un cas de paralysie infantile chez l'adulte. — M. COUTY présente un malade du service de M. le professeur Villemin, hôpital du Val-de-Grâce.

Ce malade, âgé de vingt-huit ans, est atteint de myélite aiguë des cornes antérieures (paralysie dite infantile).

Le 25 août 1875, après quatre jours de fièvre vive, le membre inférieur gauche a été brusquement et complétement paralysé, paralysie qui a envahi le lendemain quelques groupes musculaires du membre supérieur du même côté : pas de troubles sensitifs cutanés; pas de troubles trophiques; pas de troubles cérébraux.

Septembre. — L'état du malade reste le même.

Octobre. — Le membre supérieur gauche devient moins gêné, et quelques mouvements limités reparaissent dans le membre inférieur gauche : l'atrophie des parties paralysées est très-appréciable.

En novembre, on constate une différence de 9 centimètres entre le volume des deux cuisses, de 2 centimètres entre les deux bras et une consistance, une flaccidité spéciale du mollet gauche, peu atrophié en apparence. La faradisation montre que tous les muscles du membre inférieur gauche, ceux de l'épaule et quelques-uns du bras et de l'avant-bras du même côté sont moins contractiles : les masses postérieures de la cuisse et de la jambe gauches les plus atteintes, donnent des contractions fibrillaires à peine appréciables par les plus forts courants.

Décembre-janvier. — Les mouvements deviennent plus étendus : le malade peut marcher ; mais la différence de volume et de contractilité des masses musculaires persiste. Actuellement, la flexion de la jambe gauche est très-limitée; le membre inférieur gauche ne peut soulever que des poids légers : le membre supérieur gauche beaucoup mieux rétabli est encore moitié moins fort que le droit.

Ce malade se rétablira peu à peu : car la contractilité d'aucun muscle n'a disparu complétement.

C'est là un cas type de myélite antérieure aiguë : début fébrile, paralysie maximum d'emblée, puis commençant à diminuer après un à deux mois; atrophie tardive plus marquée dans certains groupes musculaires. Pas de troubles trophiques ou sensitifs, viscéraux ou cutanés.

Outre la forme hémiplégique exceptionnelle, ce malade a présenté d'autres particularités.

La sensibilité de la peau est normale, mais les muscles paralysés sont hyperesthésiés ; cette hyperesthésie, très-considérable les premiers mois de la maladie, a diminué ensuite, et probablement elle ne tardera pas à disparaître ; cette hyperesthésie, accusée au début par une douleur gravative, continue, sans exacerbation, n'est plus constatée depuis que par la pression et les mouvements communiqués.

La température du membre inférieur gauche atrophié est inférieure à celle du membre droit de 1 à 4 degrés, suivant l'état de la température extérieure : le refroidissement est plus marqué au niveau des groupes musculaires les plus atrophiés.

Le dos du pied est, au contraire, à l'état normal, plus chaud du côté gauche, car, outre la paralysie des muscles striés, il y a de la paralysie vaso-motrice, et les téguments du membre inférieur gauche sont plus congestionnés; cette différence de vascularisation, souvent appréciable à l'état normal, devient considérable si le malade est placé dans un bain, exposé au froid ou mieux à la chaleur. Ces troubles vaso-moteurs, complétement analysés, ont permis à M. Couty de discuter le mécanisme des variations caloriques observées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 février 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Leucocythémie, ramollissement de la rate. — M. POTAIN présente une rate volumineuse et entièrement ramollie, qui a été recueillie chez un malade mort dans son service.

Cet homme était entré pour la première fois dans le service de M. Potain en 1873. A cette époque, depuis un an déjà, il toussait, avait maigri et présentait dans le côté gauche une tumeur volumineuse, qu'il était aisé de reconnaître pour la rate. Cet homme présentait un grand nombre de globules blancs dans le sang. Sous l'influence d'un traitement général reconstituant, on constata chez lui une notable amélioration; le nombre des globules blancs diminua sensiblement, et il put sortir de l'hôpital. L'année dernière, au mois d'août, il rentre dans le service présentant l'état suivant : la rate remplissait entièrement le flanc gauche, l'hypogastre, et dépassait la ligne blanche du côté du flanc droit; elle était dure comme du bois. Peu de temps après, elle était réduite de moitié et était devenue molle et fluctuante. Une première ponction donna issue à une substance violacée, véritable boue splénique. Trois ponctions successives furent ainsi pratiquées sans accident. La quatrième donna issue à du pus. Le malade eut de la fièvre ; on put constater chez lui tous les signes d'une endocardite valvulaire. Un jour, il ressentit une violente douleur dans le membre inférieur gauche, avec refroidissement de ce membre et un gonflement du genou qui offrait tout à fait l'apparence d'un rhumatisme articulaire aigu. Enfin ce malade prit une variole, à laquelle il succomba.

En comparant chez ce malade les rapports des modifications de la rate avec le nombre des globules, on voit que ce dernier diminuait à mesure que la rate augmentait de volume, et réciproquement.

M. VIDAL, dans un cas de ce genre, a constaté, au contraire, une augmentation parallèle du nombre des globules blancs et du volume de la rate.

M. LANCEREAUX demande si l'artère splénique a été examinée dans toute son étendue. Car il arrive souvent que, chez des malades atteints d'endocardite végétante, on trouve dans l'examen des artères l'explication du gonflement douloureux de l'articulation du genou, si souvent confondu, dans ces cas, avec le rhumatisme articulaire aigu.

M. POTAIN répond que la dissection de l'artère splénique n'a pas encore été faite, mais qu'elle le sera.

Rapports des oreillons avec les fièvres éruptives. — M. LÉON COLIN lit un travail sur ce sujet, dont voici un court résumé :

Deux opinions très-différentes ont cours relativement à la pathogénie des oreillons : les uns pensent qu'ils sont dus à l'action du froid humide; les autres croient que, comme les affections transmissibles de l'homme à l'homme, les oreillons relèvent d'un germe déterminé, spécifique, et les rapprochent en cela des fièvres éruptives. M. Colin analyse ces deux opinions, et les discute en se basant sur un grand nombre de faits observés par lui dans l'armée.

L'influence du froid et de l'humidité joue un rôle incontestable dans la pathogénie des oreillons. Plus fréquents dans les pays brumeux, sur le bord de la mer, dans les saisons à brusques oscillations de température, on les voit, dans l'armée, atteindre de préférence les hommes soumis à de brusques refroidissements. En outre une circonstance qui plaide en faveur de la toute puissance des causes atmosphériques dans la pathogénie des oreillons, c'est la rapidité de l'intumescence parotidienne consécutive, rapidité qui paraît exclure toute période préalable, soit d'incubation, soit même d'invasion.

Ces faits permettent-ils de contester la nature spécifique des oreillons? Parmi les fièvres exanthématiques n'en est-il pas qui soient notablement influencées par les influences banales, notamment par les influences atmosphériques? Quoi qu'il en soit, M. Colin n'a jamais, dans l'armée, vu aucun cas sporadique, isolé de parotidite idiopathique. Donc une constitution atmosphérique banale ne peut être considérée comme suffisante à créer la maladie. On voit une série d'enfants atteints d'oreillons, dans la même maison, alors qu'on les a soumis à une réclusion presque absolue, il en est donc en cela des oreillons comme de la scarlatine, de la rougeole. M. Colin n'en admet pas moins l'influence considérable des conditions météorologiques, non seulement comme cause excitante individuelle dans un très-grand nombre de cas d'oreillons, mais comme constituant pour cette affection, comme pour d'autres maladies contagienses, des milieux plus ou moins favorables à son développement épidémique.

M. Colin aborde ensuite l'étude des rapports des oreillons avec les fièvres éruptives. Il étudie successivement, sous le titre de similitudes épidémiques, les faits empruntés aux conditions de propagation et de développement épidémique des oreillons, et, sous celui de similitudes cliniques, les analogies entre l'évolution clinique des oreillons et celle des fièvres éruptives. Au point de vue des similitudes épidémiques, les principales conditions de rapports entre les oreillons et les fièvres éruptives se rencontrent dans les circonstances suivantes: leur mode de transmissibilité, l'immunité conférée par une première atteinte, leur non-sporadicité, leur fréquence chez les jeunes sujets et chez les soldats, l'atteinte successive, dans un centre de population donné, des divers groupes de cette population; la simultanéité des épidémies d'oreillons et des épidémies exanthématiques. M. Colin développe chacune de ces conditions.

La transmissibilité des oreillons est un fait démontré. Quant à l'innocuité habituelle pour leurs voisins d'hôpital, des malades atteints d'oreillons, M. Colin l'explique, comme pour la rougeole, par exemple, par une certaine participation, dans la pathogénie des oreillons, des conditions météorologiques à l'abri desquelles se trouvent placés les malades d'hôpital.

L'immunité conférée par une première atteinte est non moins certaine pour les oreillons que pour la variole ou la rougeole; et les exceptions à cette règle sont peut-être plus rares encore pour les oreillons que pour les fièvres éruptives.

Les oreillons, pas plus que la rougeole, la variole, n'apparaissent jamais sporadiquement.

Comme les fièvres éruptives, les oreillons constituent des épidémies parfois exclusives aux enfants; dans les villes de garnison, les soldats sont plus souvent atteints que les adultes civils, 1° parce qu'ils s'y trouve peu d'individus préservés par une atteinte antérieure; 2° parce que la vie en commun supprime tout obstacle au contage.

Contrairement à ce qui a lieu pour les affections saisonnières, les épidémies d'oreillons envahissent lentement et successivement divers groupes, diverses catégories de cette population. Elles présentent, avec les épidémies de variole et de rougeole, ce double caractère commun : 1° de durer assez longtemps (dix-huit mois à trois ans); 2° au lieu d'apparaître simultanément dans divers quartiers de la ville, de n'éclater dans les divers milieux favorables à leur développement que lorsque le germe morbide y a été transporté.

Enfin, le point de contact le plus incontestable des oreillons avec les fièvres éruptives, paraît être la simultanéité de leurs épidémies avec celles de ces dernières affections. Non-seulement donc les oreillons présentent de grandes similitudes avec les fièvres éruptives dans leurs allures épidémiques, mais encore il semble exister une grande affinité entre les conditions qui créent la constitution médicale exanthématique et celles dont relèvent les épidémies d'oreillons. Toutefois, il ne serait pas rationnel de tirer de semblables analogies une conséquence exagérée en transformant la similitude en identité.

M. Colin étudie ensuite les similitudes cliniques entre les oreillons et les fièvres éruptives. On a rapproché d'une manière trop précise les symptômes qui annoncent le début de l'orchite métastatique de ceux des trois fièvres éruptives. Dans la majorité des cas, l'affection évolue avec un calme qui ne rappelle en rien l'appareil fébrile de ces pyrexies. Dans bien des cas où un appareil fébrile a précédé la tuméfaction des parotides, on peut, suivant M. Colin, en rapporter

la cause à des complications de voisinage telles que l'angine. Cette absence habituelle de fièvre d'invasion, soit de l'oreillon même, soit de l'orchite consécutive, n'est pas, comme on l'a prétendu, un argument suffisant contre la spécificité de cette affection. Du reste, avant de juger cette question, il faut tenir compte des cas assez nombreux où l'appareil des symptômes généraux présente une gravité remarquable. M. Colin rappelle les cas de ce genre observés par les auteurs et en rapproche deux cas observés par lui durant l'épidémie actuelle, et dans lesquels un véritable appareil typhoïde se manifeste au moment de la résolution des parotides; les épistaxis se renouvelaient deux ou trois fois par jours; l'insomnie absolue, la fièvre, l'adynamie rappelaient entièrement le début de la dothinentérie. L'amélioration se manifeste brusquement au bout de cinq à six jours, en même temps que se développait l'orchite secondaire.

M. Colin signale d'autres complications insolites observées par quelques auteurs dans le cours des oreillons, telles que des convulsions parfois mortelles, de douleurs articulaires rappelant le rhumatisme des scarlatineux, une desquamation analogue à celle de la rougeole, avec maculations cuivrées, mais sans éruption préalable, une coloration rosée spéciale à la partie interne des joues, véritable enanthème correspondant à celui des fièvres éruptives, et qui a été constaté par M. Guéneau de Mussy. Mais M. Colin insiste particulièrement sur une autre complication signalée en 1872 par Pratolouzo (de Genève), l'anasarque, complication qui, depuis, n'a été signalée que par un seul auteur contemporain, Léon Renard. C'est pourquoi M. Colin rapporte dans tous ses détails l'observation d'un malade chez lequel cette complication constitua le fait dominant, et se rattacha à un appareil morbide qui devait être mortel. Cette observation a été recueillie par M. Ehrman, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Elle est ainsi intitulée: Orchite et oreillons, albuminurie aiguë, urémie; mort.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

VARIÉTÉS

Du principe de la vie (1).

par le docteur E. Bouchut.

I.

Il n'y a que deux façons d'envisager les phénomènes de la vie, l'une qui les rattache à un principe d'action qui en fait la *cause* de l'agrégat vivant quel qu'il soit, et l'autre qui les considère comme un *effet* de l'organisation. Quant à ceux qui par indifférence ou par scepticisme ne croient pas devoir se prononcer et qui se contentent de l'étude des phénomènes et du rôle de *reporters*, ils ne comptent pas pour la philosophie. L'indécision ne peut servir de base à aucune doctrine.

Il est évident que la forme des êtres vivants diffère de tout ce qu'on connaît dans le monde inorganique, *et que dans son développement et dans son ensemble*, un être vivant par cela même qu'il est vivant, résiste et lutte contre les influences physiques et chimiques extérieures. Rien ne peut détruire ce fait; c'est la base de la philosophie médicale d'Hippocrate, de Galien, de Paracelse, de van Helmont, de Stahl, de Bordeu, de Barthez, et à laquelle Tiedemann, Müller, Berzelius, Liebig, Dumas, etc., qu'on ne saurait soupçonner de vouloir amoindrir le rôle de la chimie, ont prêté l'appui de leur nom. Le dernier de ces savants a même écrit en 1850 la phrase suivante: « La vie est un combat où les forces de l'organisation, en lutte continuelle avec les forces qui régissent la matière brute, doivent sans cesse maîtriser celles-ci pour les plier aux besoins de notre existence. (2). »

(1) Fragment tiré de la seconde édition de *La vie et ses attributs* dans leurs rapports avec la médecine et la philosophie. Ce livre paraîtra prochainement chez J. B. Baillière et fils.

(2) Dumas, *Rapport au ministre sur le rétablissement de la chaire de pharmacie*, 1859.

C'est ce que Bossuet a exprimé en d'autres termes, qui pour n'avoir pas le caractère scientifique n'en sont pas moins d'une véritable éloquence:

« La nature, comme si elle était presque envieuse du bien qu'elle nous a fait, nous déclare et nous fait signifier qu'elle ne peut nou laisser longtemps ce peu de matière qu'elle nous prête, qui ne doit pas demeurer dans les mêmes mains, et qui doit être éternellement dans le commerce: elle en a besoin pour d'autres formes, elle le redemande. »

En dehors de cette doctrine qui caractérise le vitalisme, sous différents noms, en rapport avec la nature supposée du principe vital quelle qu'elle soit, il n'y a plus que la doctrine matérialiste de la vie considérée comme un effet de l'organisation.

C'est ce double courant qu'il faut suivre pour connaître les divergences d'opinion de ceux qui ont abordé le mystérieux problème du principe de la vie. Là, nous verrons ce que c'est que le vitalisme qui caractérise les unes, et l'organicisme qui représente les autres, puis je dirai en terminant quelle est ma manière de définir et d'envisager la vie.

La recherche du principe de la vie est un peu comme celle du principe de gouvernement des sociétés humaines. Elle a le privilége de diviser profondément l'opinion. Selon les temps et selon les lieux elle reçoit des solutions différentes dont la nouveauté est souvent plus dans la forme que dans le fond des choses. L'originalité à laquelle on prétend n'est plus d'une fois qu'une modification d'idées antérieures vieillies, et délaissées pour des raisons secondaires qui n'infirment en rien leur justesse. Puis il faut le dire, toutes ces solutions se ressentent des passions philosophiques ou politiques du moment, et la science devient ainsi, malheureusement pour elle, l'auxiliaire des partis qui se disputent la direction des peuples.

En écrivant ces pages, je me suis moins occupé des conséquences de ma tentative que de la pensée de fournir à la philosophie quelques documents utiles. Il m'a semblé qu'en pareille matière, la publication de faits observés avec soin et capables d'éclairer un tel problème offrait un intérêt suffisant pour être fait sans souci de la critique des partis opposés de la doctrine. La question a bien longtemps sommeillé, car les physiologistes du temps présent laissent volontiers dans l'ombre les grands principes de la science pour se livrer de préférence à l'étude des faits particuliers. Tout récemment M. Cl. Bernard a essayé de l'aborder en jetant dans la balance l'autorité de son nom universellement apprécié (1). C'est une bonne fortune pour la psychologie que cette intervention inattendue, car s ce physiologiste est assez heureux pour convaincre les philosophes, que l'idée d'un principe dirigeant les phénomènes de la vie n'est qu'une « erreur », la question aura fait un grand pas vers une solution définitive. En toute occurrence, il ne saurait être sans intérêt de voir par quels arguments la physiologie moderne entend établir la théorie de la vie considérée comme résultat de l'organisation, et non comme cause de cette même organisation.

Cl. Bernard est l'adversaire du vitalisme. Il rappelle d'abord que, si de toute antiquité il s'est trouvé des philosophes tels que Pythagore, Platon, Aristote, Hippocrate, pour considérer les phénomènes de la vie comme émanés d'un principe supérieur immatériel agissant sur la matière inerte et obéissante, il s'est aussitôt formé une opinion absolument contraire. La négation d'une intelligence motrice de l'univers et l'identité des phénomènes observés dans les corps inorganiques et dans les corps vivants ont été soutenus par Démocrite et par Épicure. C'est le fond de l'*atomisme ancien*. Pour cette école, le monde se meut éternellement; il n'y a qu'une seule matière dont les atomes diversement figurés, groupés et combinés, forment les corps organiques et organisés, tels que les plantes, les animaux, et l'homme doué d'intelligence et de sensibilité. Au spiritualisme ancien modifié, se rattachent les idées que l'on retrouve dans les théories sur la vie de Paracelse et de van Helmont, car ils admirent l'existence de nombreux principes immatériels intelligents, présidant aux fonctions des organes, quelques chose d'analogue aux petites vies de Bordeu, ou aux propriétés vitales de Bichat; et les théories de Sthal, de Descartes, de Leibnitz, de Bordeu, de Barthez, etc.

(1) *Revue des Deux-Mondes* 1875. Définition de la vie.

Ainsi Descartes et Leibnitz admettaient que l'action des forces physico-chimiques étaient la cause des manifestations vitales, que l'âme était le principe supérieur de la pensée, et la vie un effet des lois de la mécanique. — La pensée de Leibnitz se formule ainsi. « Le corps se développe mécaniquement et les lois mécaniques ne sont jamais violées dans les mouvements naturels : tout se fait dans les âmes comme s'il n'y avait pas de corps, et tout se fait dans le corps comme s'il n'y avait pas d'âme ». Plus absolu et plus net dans ses opinions, Stahl rejette toutes les explications mécaniques, physiques et chimiques des actes vitaux, et combattant les idées chimiatriques de Sylvius, de Willis, etc., il soutient que les forces chimiques sont différentes des forces de la vie ; qu'elles sont en lutte et qu'elles tendent à se détruire plus qu'à se conserver. Dans son opinion, cette force est intelligente, agit avec un dessein calculé pour la conservation de l'organisme, et cette force n'est autre chose que l'âme.

Bordeu, Barthez, Grimaud, se séparant de Sthal sur ce point, ne voulurent point reconnaître dans l'âme le principe des phénomènes matériels de la vie, et, ne pensant pas que la vie soit un résultat d'organisations, admirent, en dehors de l'âme, un principe vital agissant en dehors des lois physiques. Ce fut le *vitalisme moderne*.

C'est alors que parut Bichat. Inspiré de ces doctrines, il s'en éloigne considérablement, car il ne s'occupe nulle part du principe de la vie, et, absorbé dans l'étude de l'organisation, il signale pour la première fois l'existence des *propriétés vitales* dans chacun des tissus constituants de l'économie humaine. Parti de cette idée qu'il y avait deux classes d'êtres, deux classes de propriétés et deux classes de sciences : des propriétés vitales ou non vitales, des sciences physiques ou physiologiques, il reconnut dans chaque tissu des propriétés vitales semblables ou particulières qui étaient opposées aux propriétés physiques prêtes à détruire l'organisme. Pour lui la mort était le triomphe des propriétés physiques. Ce fut là son vitalisme.

Pour Cl. Bernard, en décentralisant la vie pour l'incarner dans les tissus, Bichat s'est « trompé » et ses affirmations ne sont, ceci est textuel, que des « hérésies scientifiques d'une énormité telle, qu'on aurait peine à les comprendre si on ne voyait comment la logique d'un système a pu y conduire. » De nos jours, Pelletan, Cuvier, Dumas, etc., se sont faits les partisans de cette idée de contraste et d'opposition entre les forces vitales et les forces antérieures physico-chimiques. Ils ont admis que la vie est la résistance opposée par la matière organisée aux causes extérieures qui tendent à la détruire ; ce qui veut dire, n'en déplaise à l'école positive matérialiste, qu'il y a la chimie des corps vivants et la chimie des corps bruts, et que si les propriétés des corps physiques sont éternelles, les propriétés vitales ne sont que temporaires. « La matière brute, dit Bichat, en passant par les corps vivants, s'y pénètre de ces propriétés, qui sont alors unies aux propriétés physiques ; mais ce n'est pas là une alliance durable, car il est de la nature des propriétés vitales de s'épuiser ; le temps les use dans le même corps. Exaltées dans le premier âge, restées comme stationnaires dans l'âge adulte, elles s'affaiblissent et deviennent nulles dans les derniers temps de la vie. »

La question étant ainsi posée entre la matière et la vie, c'est-à-dire entre les propriétés physiques observées dans les corps vivants et le vitalisme de Bichat, la physiologie actuelle devait à ses lecteurs de démontrer en quoi le vitalisme est entaché d'erreur et quelle théorie expérimentale de la vie elle a scientifiquement, c'est-à-dire sur preuves matérielles, le droit de substituer à l'ancienne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil municipal de la ville de Lyon vient de voter un crédit de 5,000 francs, pour la création d'un service médical de nuit, organisé sur celui créé récemment à Paris.

— *Faculté de médecine.* — La Faculté restera fermée les lundi, mardi et mercredi 28, 29 janvier et 1er mars.

M. le secrétaire recevra le mercredi 1er mars, de neuf heures à onze heures.

— La session extraordinaire d'avril pour les examens de fin de troisième année, s'ouvrira le 3 avril prochain.

Seront seuls admis à se présenter devant les jurys : 1° les élèves qui se trouvent dans les conditions déterminées, par l'arrêté du 7 septembre 1846 (art. 8) ; 2° ceux qui justifieront d'une autorisation ministérielle, conformément aux dispositions de l'art. 5 de l'arrêté précité.

Les consignations pour ces examens seront reçues au secrétariat de la Faculté, tous les jours de neuf à onze heures, du lundi 20 mars au samedi 25 mars.

Passé ce délai, aucune consignation ne sera reçue pour ces examens.

Les étudiants inscrits seront informés par lettres individuelles du jour où ils devront subir l'examen. Les élèves mis en série qui ne répondraient pas à l'appel de leur nom, perdront leur consignation et ne pourront plus subir l'examen pendant cette session.

— *Collége de France.* — M. Schützenberger, suppléant de M. le professeur Balard, fera une série de leçons sur quelques points de chimie physiologique les mercredi et samedi de chaque semaine à une heure et demie, à partir du samedi 4 mars.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Thieux (Ernest-Emmanuel-Clément), né le 2 décembre 1854 à la Chapelle Saint-Denis (Paris), est nommé préparateur de botanique en remplacement de M. Marion, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Sabatier (Charles-Paul-Dieudonné-Armand), docteur ès-sciences, est nommé professeur de zoologie et anatomie comparées.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. le professeur Oberlin, est nommé directeur de ladite école.

— *École de médecine de Tours.* — M. Lecoq est nommé secrétaire agent comptable en remplacement de M. Giot, démissionnaire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Dragées arsenico-ferriques **aux sels naturels de la Dominique.**

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix: **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Huile de Foie de morue **de HOGG.**

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Liqueur de Carrié au tartrate **ferrico-potassico-ammoniaque.**

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Eau anti-hémorrhagique de **TISSERANT**

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie DUPUY, montagne de la Cour.

Pilules Duroy **à l'extrait de sang, — ou Hématiques**

— RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme*. Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, PHARMACIEN LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, RUE DU FAUB.-MONTMARTRE, A PARIS, et toutes les pharm.

Épilepsie. Élixir sédatif

A BASE DE PICROTOXINE

du Dr **PÉNILLEAU,** de la Faculté de Paris.

De récentes expériences ont démontré que cette préparation faisait disparaître les crises dès les premiers jours et donnait des résultats définitifs.

Phie LEPINTE, 148, rue St-Dominique et les phies.

Prix du flacon : **6** francs, avec l'instruction.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement l'un par l'autre.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot. *J. Laroche*

Élixir Chantrel, préparé au **Phosphate acide de chaux.**

Le seul approuvé par le docteur H. FREMINEAU, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. DOSE : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. ADULTES : Une cuillère à bouche. ENFANTS : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Pilules de Blancard, **approuvées par l'Académie de médecine de Paris.**

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Blancard* *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Vin ferrugineux à la rhubarbe

de AD. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Toutes les préparations ferrugineuses amènent plus ou moins de la constipation, et c'est pourquoi on ne peut en continuer longtemps l'usage. Le VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE DE CHINE ne présente pas et ne peut présenter ces inconvénients. Il est agréable au goût, et convient dans tous les cas où le fer est indiqué. — 61, boulevard Malesherbes. Paris, et dans toutes les pharmacies.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de **LAURIER D'ARABIE**

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. MARIANI, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul expérimenté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — Seul dépôt pour la vente en gros et exportation : maison Raoul BRAVAIS et Ce, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra).— Usine à Asnières (Seine). — Maison au Havre.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes, eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la leucocytose est de nouveau interrompue. Mais celle qui s'est élevée naguère entre les oculistes de la dernière école et M. Jules Guérin paraît sur le point de se ranimer.

En effet, M. Jules Guérin vient de faire connaître en détail les résultats que lui avaient donnés ses opérations de *myotomie sous-conjonctivale* dans le strabisme. Or, sous-conjonctivale ou non, la myotomie est passée de mode. Il est donc probable que ce nouveau mémoire de M. Jules Guérin va trouver des contradicteurs.

Signalons encore dans la séance un rapport de M. le professeur Hardy sur une communication fort intéressante de M. Desprès.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC

Leçon sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1)

(Recueillie par M. JALAGUIER, interne du service.)

IV

En juillet 1872, mon malade eut *une seule vésicule* d'herpès, située dans la région anale, à gauche et au-dessous de la marge de l'anus. Eh bien, vous allez voir tout le désordre nerveux qui accompagna cette petite lésion.

C'est le 17 juillet, dans la matinée, que les premières cuissons locales furent ressenties. Le soir, quelques douleurs irradiantes parcoururent le membre inférieur gauche.

Le 18, les choses restèrent dans le même état que la veille.

Le 19, dans la soirée, les irradiations névralgiques devinrent extrêmement vives. C'étaient des *éclairs de douleur*, tantôt dans le périnée, tantôt dans le scrotum, tantôt dans la fesse du côté gauche. Il y eut huit ou dix crises pendant la nuit, assez fortes pour empêcher le sommeil.

Quand je vis le malade, le lendemain, je constatai sur le bord gauche de la marge de l'anus, la petite érosion herpétique. Je l'ai dessinée dans mes notes ; elle a les dimensions d'un gros pois. On a peine à comprendre qu'une lésion aussi insignifiante ait été compliquée de tant de troubles nerveux. Laissez-moi vous les énumérer. Ils avaient acquis le 20 (4e jour) un haut degré d'intensité :

Douleurs fréquentes, lancinantes, par saccades, par éclairs, tout le long du *périnée*, dans les *fesses*, sur le *scrotum*. Irradiations dans le pli *ischio-fémoral* et dans les régions postérieure et interne de la *cuisse gauche*.

La peau de ces régions présentait des plaques mobiles d'*hyperesthésie* avec *chair de poule*, c'est-à-dire *avec état spasmodique* des petits muscles qui s'insèrent à la base des bulbes pilifères. *Sécrétion sudorale visqueuse* et un peu collante dans le pli fémoro-périnéal.

Douleurs anales crampoïdes. Douleurs prostato-vésicales. Douleurs dans la portion membraneuse de l'urèthre.

Le 21, les douleurs irradiantes, ainsi que les douleurs locales au niveau de la petite érosion herpétique, diminuèrent et disparurent dans la nuit.

Le 22, le malade éprouva de la *courbature musculaire* dans tout le membre inférieur droit, qui avait été respecté jusque-là. Il eut aussi un peu d'hyperesthésie cutanée sur la partie externe de la *fesse* du même côté et sur plusieurs points de la *cuisse* et de la *jambe*.

L'érosion herpétique était presque guérie. Le malade n'en conserva pas moins pendant trois ou quatre jours un certain sentiment de lassitude et de courbature dans les deux membres inférieurs, et cette sorte d'hyperesthésie cutanée avec chair de poule, qui se promena sur divers points de la peau, non-seulement des membres inférieurs, mais même du tronc dans tout le côté gauche.

Au bout de huit ou dix jours, tout avait disparu.

Vous voyez, messieurs, l'étroite connexion qui existe entre l'herpès, si minime qu'il soit, et les troubles de la sensibilité. Ici, il était réduit à une seule vésicule ; pourtant l'irradiation réflexe fut vive, variée, multiple, et s'étendit fort loin. Reste toujours à savoir si la vésicule d'herpès était *cause* ou *effet*. C'est ce que nous discuterons plus tard.

Depuis cette époque, M. A... a eu deux ou trois attaques d'herpès génital. Le disque herpétique toujours placé sur la muqueuse préputiale, tantôt à gauche, tantôt à droite, n'était composé que de deux ou trois petites vésicules. L'éruption était précédée, pendant deux ou trois jours, de troubles variés de la sensibilité dans les parties génitales et dans le membre inférieur correspondant. Averti par ces sensations que l'expérience qu'il en avait lui avait appris à interpréter, M. A... venait me trouver dès leur début. Je les ai vues quelquefois

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 février.

persister pendant plus de quarante-huit heures, sans qu'il fût possible de découvrir la moindre rougeur, la plus petite ulcération sur la muqueuse préputiale. Vers le troisième jour, la plaque herpétique se constituait, et après l'éruption des vésicules, les troubles de la sensibilité diminuaient et disparaissaient.

Puis l'herpès suivait son cours, guérissait en huit ou dix jours et provoquait invariablement une adénopathie sympathique douloureuse dans un des ganglions de l'aine correspondante.

J'ai vu plusieurs fois les douleurs irradiantes *revenir* avec une certaine intensité pendant le cours de l'herpès, et alors il se produisait une *vive irritation* dans les vésicules déjà existantes; ou bien une *nouvelle irruption* d'une ou deux petites plaques herpétiques avait lieu à côté du foyer primitif.

Obs. I. — *Cinq blennorrhagies contractées à diverses époques et compliquées chacune de déterminations rhumatismales sur les articulations, chez un malade qui, avant les blennorrhagies et dans leurs intervalles, n'avait eu aucune manifestation arthritique.*

Un mois après la dernière blennorrhagie, herpès du fourreau, suivi de douleurs lancinantes paroxystiques tout le long de la verge, et de douleurs gravatives continues dans les deux aînes.

I

Il y a deux ans, M. B..., âgé de trente et un ans, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu d'autre affection vénérienne que des blennorrhagies, ne possédant point d'arthritiques dans sa famille, vint me consulter, le 18 juin, pour des douleurs qu'il éprouvait dans la verge et dans les aines.

Il était guéri depuis quelques jours d'une cinquième blennorrhagie, compliquée d'une affection rhumatismale très-sévère. Les quatres blennorrhagies qui avaient précédé cette dernière avaient aussi entraîné quelques déterminations rhumatismales : la première dans le genou et le coude droits; les autres dans diverses articulations. Il y avait eu aggravation des arthropathies blennorrhagiques à chaque nouvelle attaque.

Pour le moment, M. B... se portait très-bien. Son écoulement était tari depuis un mois; il n'existait chez lui aucune lésion des bourses, des testicules ni des articulations.

Ce qui m'intéressait le plus dans son état, c'étaient les douleurs qu'il éprouvait depuis quinze jours environ. Elles consistaient en *irradiations lancinantes* qui parcouraient la verge d'avant en arrière, duraient une minute environ et cessaient pour se reproduire quelques instants après. Ces crises de douleurs étaient donc très-nombreuses dans une journée.

Il existait un autre foyer de sensation anormale; il occupait les deux aines. Là, le malade n'avait pas des douleurs aiguës, mais plutôt un malaise pénible et de la pesanteur, quoique toutes les parties constituantes de la région inguinale fussent dans leur état naturel.

Ces douleurs, de nature névralgique, étaient survenues après un herpès du fourreau composé de cinq ou six vésicules, en partie desséchées lorsque j'examinai ce malade.

Il me raconta que les douleurs de la verge étaient augmentées par l'érection, et que, dans les fortes crises, il lui semblait qu'on lui arrachait le pénis et les bourses. *Le premier coup de douleur est très-fort*, ajoutait-il, puis il est *suivi de malaise et d'une sensation de pesanteur.*

La peau avait conservé sur les bourses et la verge sa sensibilité normale. Mais la moitié gauche de la couronne du gland était très-*hyperesthésiée*. C'est en ce point que se produisait le *summum* de la douleur spontanée.

II

Je rassurai M. B... au sujet de ces phénomènes douloureux qui l'inquiétaient sérieusement; je lui annonçai leur cessation prochaine. Je pense que mon diagnostic s'est vérifié, car je ne l'ai pas revu depuis.

Dans ce cas, vous voyez, messieurs, que les douleurs névralgiques ont été *consécutives* à l'herpès du fourreau. C'est ce qui se voit fréquemment à la suite du zona. Dans notre premier cas, les phénomènes douloureux et les perversions de la sensibilité tactile et autres sensibilités de la peau, ou bien avaient précédé l'éruption, ou bien s'étaient manifestés pendant sa durée, mais avaient toujours à peu près cessé avec ou même avant la guérison des érosions.

Ainsi, comme je vous l'ai dit plusieurs fois, la névropathie douloureuse de l'herpès *précède, accompagne* ou *suit* l'éruption des vésicules.

La nature constitutionnelle de l'herpès me paraît devoir être rattachée chez M. B... à l'arthritisme. Il fallait que son organisme fût fortement imprégné de cette prédisposition, puisque chacune des cinq blennorrhagies qu'il a eues a suscité des arthropathies sérieuses. Je puis donc vous donner ce cas comme un exemple de névralgie de la verge consécutive à un herpès du fourreau de nature arthritique.

Il y a bien des points sur lesquels j'aurais désiré recueillir des renseignements; mais n'ayant vu qu'une fois le malade, je me suis trouvé dans l'impossibilité de le faire. Telle qu'elle est, cette observation est instructive et occupe bien sa place dans l'affection que je vous décris.

En voici une autre plus complexe et tout à fait caractéristique. J'ai pu étudier le malade à loisir, comme le premier, et me rendre compte de tous les phénomènes de son *herpès douloureux*. *(A suivre.)*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 février 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire intitulé : *Étude statistique sur la mortalité de la première enfance dans le département de l'Hérault* (comm. de l'hygiène de l'enfance);

2° Un mémoire intitulé : *Du torticolis postérieur et de son traitement par le massage et le bandage silicaté*, par M. Delore (comm.: MM. Jules Guérin, Larrey, Verneuil).

RAPPORT

M. Hardy lit un rapport sur une malade présentée par M. Després comme atteinte d'une maladie scrofuleuse.

Après avoir décrit l'état de cette malade, discuté le diagnostic de M. Després, fait voir les analogies que cette affection ulcéreuse présente avec plusieurs autres maladies, telles que la lèpre, le lupus et la sclérodermie, M. Hardy conclut en ces termes :

« Je termine en insistant sur l'intérêt exceptionnel que présente le fait observé par M. Després, et je demande, au nom de la commission, qu'il soit déposé honorablement dans les archives de l'Académie.

LECTURE

M. Jules Guérin lit un mémoire sur la *Myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale.* En voici quelques extraits :

« Il y a trente ans, on considérait la myotomie oculaire comme une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie moderne. La rapidité et l'universalité de son emploi en sont un témoignage. Est-il vrai, comme il a été articulé dans cette enceinte, il n'y a pas un mois, que cette méthode soit entièrement déchue de sa splendeur première? Est-il nécessaire, en second lieu, comme l'a affirmé, au même moment, un de nos nouveaux collègues, que la myotomie oculaire soit tenue, pour reconquérir sa place parmi les méthodes chirurgicales constituées, de faire reconnaître à nouveau ses titres par la nouvelle génération chirurgicale. Je n'hésite pas à répondre à ces deux prétentions par la négation la plus formelle.

A la première de ces allégations, qui affirme la déchéance de la myotomie oculaire, je réponds qu'aujourd'hui, comme à l'époque de sa première grande vogue, cette méthode chirurgicale, munie de toutes ses ressources, est en pleine possession de sa valeur; qu'elle est appliquée avec encore plus de succès qu'autrefois; et que, ce qu'elle a perdu en popularité, elle l'a gagné en perfectionnements.

A la seconde de ces allégations, qui affirme la nécessité, pour la myotomie oculaire, de faire réviser ses titres par la génération chirurgicale actuelle, je répondrai que les observations et les expériences qui en ont dès longtemps établi la valeur théorique et pratique, n'ont rien perdu de leur autorité; il suffira pour le prouver de dégager ces observations et ces expériences des applications incorrectes et irréfléchies avec lesquelles elles ont été confondues.

Tel est l'objet du travail que je viens soumettre au jugement de l'Académie.

Dans la première partie de ce travail, je ferai connaître les causes de différente nature qui ont motivé en apparence les déclarations de déchéance prononcées contre elle.

Dans la seconde partie, j'exposerai, avec de nouveaux détails, les principes et le mode opératoire qui doivent assurer les résultats les plus parfaits de la méthode, et je ferai connaître immédiatement les nombreuses et authentiques observations qui, après trente années d'application, ne permettent plus d'en méconnaître ou contester la valeur.

PREMIÈRE PARTIE

Causes de déchéance de la myotomie oculaire.

A l'époque où la chirurgie réalisant, par l'opération du strabisme, l'induction explicitement formulée par la théorie générale de la rétraction musculaire, fit entrer dans la pratique vulgaire, cette merveilleuse opération, celle-ci devint, presque aussitôt, l'objet d'un véritable engouement : il n'est pas un chirurgien de cette époque qui n'ait essayé de pratiquer le strabotomie. Rien ne paraissait plus simple, rien ne paraissait plus facile. Cependant on ne tarda pas à s'apercevoir que cette simplicité et cette facilité n'étaient qu'apparentes : qu'autour du muscle ou des muscles raccourcis, il y avait les complications de *nature*, de *modes*, de *degrés* et d'*ancienneté*, lesquelles se traduisaient par autant de complications matérielles correspondantes. Ces complications, méconnues par l'opérateur, le conduisaient fatalement à des résultats pratiques aussi incomplets que la notion qui le guidait.

Or l'harmonie des yeux ne souffre pas d'à peu près; et la délicatesse de leurs fonctions est telle, que le moindre trouble a des conséquences plus graves que la difformité même à laquelle on a voulu remédier. Sous ce double rapport, l'observation, appliquée aux résultats opératoires de cette époque, n'a eu que l'embarras du choix.

Les sujets atteints de strabisme interne, sortaient généralement des mains de l'opérateur avec un strabisme externe. Il y avait, en plus de cet échange, le déchaussement de l'œil opéré, la destruction de la caroncule, la saillie anormale du globe oculaire, la perte partielle ou totale du mouvement, la diplopie, les troubles visuels les plus fatigants; enfin un ensemble de mécomptes aussi fâcheux pour l'opéré que compromettants pour l'opération. Je n'exagère rien, il n'y avait que du plus au moins; et pendant les années où je me suis occupé de ce sujet, dans mes conférences à l'hôpital des enfants, j'ai fréquemment fait appel aux chirurgiens de tous les pays, pour qu'ils voulussent bien mettre sous mes yeux un résultat non entaché d'un ou de plusieurs des stigmates du mode opératoire employé. Je le déclare hautement, aucun des opérateurs de cette époque n'a pu me donner cette satisfaction. Il faut bien le reconnaître, il y avait là de quoi motiver un premier désenchantement.

Cependant, alors que la pratique usuelle ne faisait qu'ajouter chaque jour à la déception générale, une étude plus approfondie et des méthodes opératoires mieux réglées, s'affirmaient ailleurs par des résultats complétement opposés. C'était en 1841, 1842, et 1843.

Pour ne citer qu'un exemple, le service spécial de l'hôpital des enfants, appelé, par l'administration des hôpitaux, à justifier la faveur exceptionnelle à laquelle il avait dû sa création, se trouva dans la nécessité de faire connaître les résultats de ses trois premières années d'exercice, Or, parmi ces résultats se trouvait un nombre de 155 cas de strabisme pour lesquels la myotomie oculaire produit 100 guérisons complètes de cette difformité et autres anomalies visuelles, c'est-à-dire 100 cas dans lesquels l'œil ou les yeux, avaient récupéré leur direction normale, sans rien perdre de leur mouvement, de leur harmonie, en un mot, réunissant toutes les conditions de la normalité.

L'annonce de tels résultats, mise en présence des insuccès bien avérés de la pratique vulgaire, était bien faite pour produire quelque émotion, qui se convertit aisément en incrédulité. De l'incrédulité même on passa à un genre d'opposition plus agressif. Aussi, que résulta-t-il? C'est que, au lieu de rehausser la myotomie oculaire en considération, ses succès exceptionnels n'ont fait que la discréditer davantage; et ce qui aurait dû la sauver du naufrage n'a fait que la précipiter plus vite. Il était avéré que, sous tous les bistouris de l'époque, l'œil dévié se changeait en œil difforme; comment admettre qu'un seul eût le privilége d'échapper à la loi générale? N'était-ce pas contraire au dogme de la méthode expérimentale? Si bien que la strabotomie usuelle, dont chacun apportait un fait à la démonstration générale de son impuissance, sombra dans l'opinion avec celui ou ceux qui avaient eu la prétention de la sauver.

En présence d'un tel antagonisme, était-ce bien le moment de produire une démonstration en règle? J'ai donc suspendu, pour des temps meilleurs, et non supprimé, comme on l'a dit, cette démonstration; et c'est elle, entourée de toutes les garanties d'une observation sévère, d'une expérience publique et d'une consécration donnée par le temps, que je viens soumettre au jugement de l'Académie.

Mais avant d'aborder les questions générales afférentes à notre sujet, j'ai besoin d'insister à nouveau sur le caractère de certitude et de précision des faits qui ont servi de base à ce mémoire. Ces faits, ai-je dit dans la dernière discussion sur les anomalies de la vision, ont été recueillis, en très-grande partie, sur des sujets qui se sont présentés à notre consultation de l'hôpital des enfants, et ils l'ont été en présence, et, en quelque façon, sous le contrôle d'une assistance qui ne comprenait souvent pas moins de cent-cinquante à deux cents personnes.

Voici comment il était procédé à leur observation.

Chaque sujet qui se présentait était interrogé et examiné scrupuleusement; chaque particularité était indiquée par le chef de service; elle devenait l'objet de toutes les remarques qui pouvaient intéresser l'auditoire et éclairer la nature et le mécanisme du strabisme et de ces complications. Ces remarques portaient spécialement et explicitement sur la *direction*, le *mouvement des yeux*, sur la *forme du globe oculaire* et sur l'*état de la vision*.

C'est d'après les indications résultant de cet interrogatoire et de cet examen que les observations étaient recueillies et rédigées, ainsi que chacune d'elles en témoigne. Les circonstances de fait rentraient seules dans le cadre des observations.

Je le répète donc une dernière fois, mes observations ont porté simultanément sur la *direction* et les *mouvements des yeux*, sur les *déformations du globe oculaire* et sur les *modifications de la vision;* et ces quatre ordres de particularités notées *avant* l'opération, comme formule et dépendance de la difformité, l'ont été *après*, en vue de préciser le degré d'utilité et d'efficacité de la myotomie oculaire. »

Après avoir rappelé les principes, les procédés, les règles et les indications de la méthode sous-conjonctivale, M. Guérin fait connaître les résultats numériques de ces opérations sur la direction des

yeux, sur les mouvements, sur la forme du globe oculaire et sur les altérations de la vision.

Sur 192 cas, il y a eu :

156 redressements complets,

145 conservations ou redressements des mouvements.

Sur 18 cas de déformation du globe oculaire, il y a eu 3 cas de disparition complète ou de diminution.

Sur 92 cas, la vision a été améliorée, à des degrés différents, 75 fois.

CONCLUSIONS

Si l'on veut bien prendre en considération les observations et les expériences que ce mémoire renferme, on peut voir d'abord que l'opération du strabisme n'est ni aussi simple ni aussi facile qu'on l'avait cru généralement, et ne consiste pas seulement dans une section telle quelle des brides musculaires et aponévrotiques; que, considérée abstractivement du caractère général de la méthode, qui consiste à soustraire la plaie au contact de l'air, et seulement comme moyen de corriger une difformité, cette opération a des principes fixes qui ne sont autres que la formule des conditions matérielles propres à fournir les *indications* multiples appréciables, préalablement établies; principes nombreux, d'une application difficile, et exigeant une grande délicatesse dans les *moyens d'exécution*; que les procédés de la méthode sous-conjonctivale, les seuls qui aient été conçus en vue de ces principes, sont aussi les seuls capables de les réaliser entièrement; enfin que les résultats obtenus portent le cachet de la constitution rationnelle de ces procédés.

On trouvera, dans les propositions générales qui suivent, le résumé de ces *principes*, de ces *moyens d'exécution* et de ces *résultats*. Nous joignons à ces derniers les effets consécutifs de l'opération qui par leur liaison éloignée avec les éléments caractéristiques et primitifs de la difformité guérie, sont propres à déterminer la valeur totale de la méthode.

§ I. — *Principes de l'opération* (1).

A. Détruire *tous* les éléments, et ne *détruire* que les éléments étiologiques matériels de la difformité.

B. Chercher à obtenir la réunion bout-à-bout des extrémités musculaires divisées, sans adhérence avec le globe oculaire.

C. Maintenir ces extrémités dans un degré d'écartement tel, que la distance intermédiaire ne soit ni trop courte ni trop longue.

D. Ménager autant que possible, l'insertion antérieure du fascia à la sclérotique.

F. Éviter les adhérences solides et étendues du fascia avec la sclérotique, de manière que ses feuillets puissent continuer à glisser plus ou moins librement sur le globe de l'œil.

§ II. — *Moyens de réaliser ces principes.*

A. La méthode sous-conjonctivale donne, aussi bien que les autres méthodes de myotomie oculaire, tous les autres moyens d'atteindre et de détruire les éléments étiologiques de la difformité; le procédé pas dissection pouvant toujours remplir sous ce rapport les indications les plus étendues, auxquelles ne répondrait pas le procédé par ponction. Mais la méthode sous-conjonctivale permet seule de n'atteindre que ces éléments : le procédé par ponction pouvant limiter à volonté ou même éviter à peu près complétement la division des membranes péri-musculaires.

B. Elle obtient la réunion des deux bouts du muscle, sans adhérence avec la sclérotique, en conservant le plus intacte possible la gaîne membraniforme, qui sert de tube conducteur à la matière plastique. Cette condition est parfaitement remplie au moyen du procédé par ponction dans lequel la gaîne est seulement divisée en travers et peut même, au besoin, être complétement respectée.

Elle l'est également par le procédé dit *par dissection*, dans lequel on ne soulève que le feuillet superficiel pour aller chercher le muscle dans sa loge.

C. En permettant de couper tout ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut, les deux procédés de la méthode permettent par cela même, mieux qu'aucun autre, de proportionner l'écartement des bouts musculaires au degré de la rétraction, mesuré par le degré de la déviation, et aussi par les autres caractères de la difformité. Ensuite elle assure, à la matière intermédiaire de nouvelle formation, une longueur convenable, et ce résultat, elle l'obtient par l'emploi des mouvements mécaniques de l'œil au moyen des lunettes orthopédiques.

D. L'insertion antérieure du fascia à la sclérotique reste à peu près intacte dans le procédé par ponction, qui ne lui fait subir qu'une simple piqûre, et dans le procédé par dissection, qui se borne à soulever le feuillet superficiel en conservant les attaches du feuillet profond; et quand, exceptionnellement, la rétraction du fascia oblige à détacher, dans une certaine étendue, l'insertion antérieure des deux feuillets, comme nous proportionnons toujours l'étendue de la dissection à celle de la rétraction, nous ne faisons que ramener les moyens d'union du globe oculaire à leurs conditions normales, loin de les détruire.

E. Enfin, le procédé par ponction, en respectant presque complétement la loge et la gaîne musculaires, et le procédé par dissection, en respectant le feuillet profond, permettent le glissement du fascia sur le globe oculaire après la cicatrisation.

§ III. — *Résultats de la méthode.*

L'application des principes ci-dessus énoncés, se traduisant d'abord et principalement dans la direction et les mouvements du globe de l'œil, voici, sous ces deux premiers points de vue, les résultats de cette application.

Sur 192 opérations

après une seule opération :

Redressement complet, 156, soit 5 sur 6.

Déviation dans le sens du strasbisme opéré, 30, soit 1 sur 6 1/2.

Déviation en sens opposé, 6, soit 1 sur 32.

Rétablissement du mouvement jusqu'au contact de la cornée et de l'angle palpébral, 176, soit 11 sur 12.

Réduction du mouvement dans le sens du strasbisme opéré, 10, soit 1 sur 19.

Réduction en sens opposé, 27, soit 1 sur 7.

Réduction dans les deux sens, 6, soit 1 sur 32.

Après réopération :

Redressement complet, 175, soit 11 sur 12.

Rétablissement du mouvement jusqu'au contact de la cornée et de l'angle palpébral, 153, soit 10 sur 12.

Ce premier ordre de résultats, quelque satisfaisants qu'ils soient, aurait paru modeste aux chirurgiens qui se piquaient de réussir dans toutes leurs opérations de strabisme. La manière dont ils entendaient le succès, et les illusions qui en provenaient, expliquent peut-être leurs prétentions, mais ne les justifient pas. Nous le répétons, nous sommes encore à constater un succès complet, tel que nous le comprenons et l'exigeons pour nous-mêmes, par les procédés de myotomie autre que ceux de la méthode sous-conjonctivale.

Mais au-delà de la restauration anatomique, il y avait la restauration physiologique. Or le résultat matériel, de l'opération sur la régularité de la forme de l'œil et de ses mouvements exerce, comme chaque fait particulier en a témoigné, la plus grande influence sur le rétablissement des fonctions visuelles.

Les altérations de ces fonctions, qui sont l'effet direct et nécessaire des changements de rapport des humeurs de l'œil, soit *fixes*, par suite des déformations *permanentes* du globe oculaire, soit *temporaires*, par l'effet de la désharmonie de ces mouvements et des pressions anormales qui en résultent, ces altérations, dis-je, ont diminué et même, dans quelques cas, ont tout à fait disparu avec la disparition des causes qui les avaient produites et entretenues. Le mal que la fonctionnalité anormale avait fait, la fonctionnalité normale l'a corrigé; et dans les deux cas, la fonction a défait et refait l'organe. C'est à ce titre que la perfection du système opératoire est devenue la clef et la condition de la restauration fonctionnelle consécutive à la restauration organique, l'une et l'autre en corrélation directe avec le mode opératoire employé.

C'est dans ce sens et pour ce motif que j'ai donné à l'opération de la myotomie oculaire, appliquée au strabisme, lorsque cette opéra-

(1) Nous supposons qu'on a préalablement constaté l'absence des contre-indications fournies par la *nature* et les modes de la cause.

tion a satisfait à toutes les conditions d'harmonie de forme, de direction, de régularité et d'intégrité de mouvements, la désignation de *chirurgie de précision*. Il n'est aucune opération de la chirurgie où cette condition soit plus nécessaire, et il n'en est aucune, quand elle atteint complétement son but, qui mérite mieux cette dénomination. Or c'est, si je ne me trompe, le résultat final qu'a atteint la myotomie sous-conjonctivale.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 décembre 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

RAPPORT

M. PERRIN lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Moncorvo de Figueiredo :

M. le docteur Moncorvo, membre correspondant de la Société, médecin de l'hôpital de la Miséricorde, à Rio de Janeiro, s'est proposé de démontrer cliniquement l'*efficacité de la gentiane associée à l'acide sulfurique*, dans un certain nombre d'états cachectiques liés à des affections de nature d'ailleurs très-différente, mais ayant tous pour trait d'union commun la dépression des forces radicales, et l'appauvrissement organique et fonctionnel de l'économie.

Dans notre pays, la gentiane est, on le sait, comme le roi des amers indigènes. Par ses propriétés fébrifuges, elle a même reçu le nom de *quinquina des pauvres*. Un mélange, à parties égales, de poudre de gentiane, de camomille et d'écorce de chêne, a été conseillé autrefois sous le nom de *fébrifuge français*.

Considérée comme un bon sialagogue, la gentiane, à l'exemple des amers similaires, le colombo, le simarouba, le quassia, augmente le besoin de réparation ou la sensation de faim. Aussi peut-on admettre, par analogie, d'après Rabuteau, qu'elle possède également la propriété d'exciter la secrétion du suc gastrique, de la même manière que les substances sapides, qui activent les fonctions salivaires, grâce aux sympathies qui relient ces dernières aux fonctions gastriques. Si, enfin, on rappelle ici que les variations d'urée, dans le cas d'ingestion expérimentale de la gentiane, se sont montrées si faibles qu'elles peuvent être considérées comme accidentelles, qu'il en a été de même des différences du pouls et de la température, on est autorisé à supposer que cette substance n'exerce, en réalité, aucune action chimique appréciable sur les fonctions de nutrition, et qu'elle doit être envisagée comme un simple *eupeptique* excitant la nutrition et la suractivité digestive qu'elle détermine.

Quoi qu'il en soit de son mode d'action, il est certain, comme le dit M. le docteur Moncorvo, que la gentiane, comme les amers ses congénères, est employée avec avantage dans le traitement non-seulement des névroses digestives et autres, mais encore de toutes les affections qui s'accompagnent de cachexie plus ou moins avancée. Mais, selon notre collègue, et c'est là l'objet de la note qu'il vous a adressée, les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la racine de gentiane, seraient singulièrement accrues par son association avec l'acide sulfurique.

C'est à l'hôpital de la Miséricorde (de Rio), que M. le docteur Moncorvo a vu pour la première fois, et avec un succès inattendu, administrer cette racine ainsi associée. C'était sur un malade atteint d'une cachexie paludéenne profonde, et chez lequel s'était développée, intercurremment, une hépatite parenchymateuse circonscrite.

La formule conseillée par M. Moncorvo est empruntée d'ailleurs au docteur Bedford (de New-York), qui, le premier, paraît avoir signalé les avantages cliniques de cette association.

Voici cette formule :

Infusion de racine de gentiane. .	150	grammes.
Teinture alcoolique de gentiane. .	30	—
Acide sulfurique dilué.	8	—

Il convient de rappeler ici, pour l'intelligence de cette formule dont les éléments sont empruntés à la pharmacopée américaine, qu'il n'y a guère de différence dans le mode de préparation que par rapport à la teinture de gentiane qui, au lieu de constituer, conformément à notre codex français, une alcoolature simple, dans la proportion de 100 grammes de racine pour 500 grammes d'alcool à 60 degrés, est préparée de la manière suivante :

Racine de gentiane.	45	grammes.
Écorce d'oranges amères.	20	—
Semences de cardamone.	7	—
Alcool à 57°.	500	—

La pratique du docteur J. V. Fazenda, chargé du service des vieillards à l'hôpital de la Miséricorde, paraît avoir confirmé la réalité des bons résultats obtenus par notre collègue, particulièrement chez des malades venus de l'asile des Mendiants, dont la plupart viennent s'y faire traiter d'une cachexie à laquelle le docteur Fazenda a cru, avec quelque raison, devoir donner un nom caractéristique : *cachexie des mendiants*.

Quant aux observations, au nombre de huit, consignées dans le mémoire de M. le docteur Moncorvo, à l'appui de la médication qu'il préconise, il est malheureusement vrai qu'elles manquent de détails suffisants pour asseoir la conviction d'un observateur exact et rigoureux.

Quoiqu'il en soit, les améliorations qu'il signale, aussi bien que les guérisons, ont eu lieu, comme nous l'avons déjà dit plus haut, chez des malades en proie à des affections chroniques les plus diverses, et plus particulièrement dans ces états de cachexie marquée où l'élément dyspeptique très-accentué empêche absolument toute réparation suffisante de l'organisme. De telle sorte que la médication, en combattant avec succès cet état dyspeptique, et son symptôme habituel, l'anorexie, aurait pour avantage d'atteindre le but que tout praticien doit se proposer dans le traitement d'une cachexie quelconque, c'est-à-dire, et comme l'a écrit M. le docteur Jaccoud, « ... de déterminer une restauration de la nutrition et des forces, afin que l'accroissement de la résistance organique arrête le processus local, et substitue à l'évolution organique nécrobiotique un état stationnaire, ou même une évolution réparatrice. »

Outre l'insuffisance de détails dans les observations très-écourtées de M. le docteur Moncorvo, notre collègue a oublié également de nous dire si les améliorations ou guérisons obtenues par lui ont été durables. Les malades n'ayant pas été exclusivement soumis à la médication proposée, il est ensuite difficile de faire la part qui peut revenir à la méthode dans les succès relatés. Enfin, et c'est là une lacune regrettable dans un travail d'essai thérapeutique, nulle part M. Moncorvo n'indique comment, combien de temps et à quelle dose la mixture qu'il vante a été administrée à ses malades.

Malgré ces oublis multiples, nous ne serions pas éloigné de croire, dans une certaine limite, aux bons effets thérapeutiques consignés, bien que non démontrés, dans le mémoire que nous analysons ici. A l'appui de notre assertion, nous rappellerions, d'une manière générale, les avantages bien connus de l'emploi interne des acides dilués, soit végétaux, soit minéraux. L'acide chlorhydrique notamment, n'est-il pas considéré, depuis les travaux de Sandras, de Bouchardat, de Caron, comme un adjuvant précieux de la digestion? On sait que Trousseau l'administrait à la dose de quelques gouttes, trois à dix, dans une potion gommeuse ordinaire du codex. Bouchardat a lui-même donné la formule d'un vin de colombo composée, dans la préparation duquel entre en premier rang le même acide. La salsepareille, associée cette fois non plus à l'acide sulfurique, mais à l'acide nitrique, a donné pareillement au célèbre professeur Graves (de Dublin), des résultats fort remarquables dans certaines toux rebelles, et surtout dans certaines cachexies et affections liées à la syphilis ou produites par l'abus des préparations mercurielles. Ajoutons, enfin, que l'acide nitrique a été encore vanté dans ces derniers temps comme véritablement utile dans le traitement de certaines formes d'albuminurie.

Ces bons effets reconnus depuis longtemps à l'usage interne d'acides minéraux autres que l'acide sulfurique, administrés soit à l'état de simple dilution aqueuse ou alcoolique, soit associés à d'autres substances médicamenteuses, toniques et aromatiques, comme le voulait Trousseau, sembleraient démontrer que la gentiane

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 février.

et l'acide sulfurique réunis n'ont rien, en réalité, des propriétés presque spécifiques que M. Moncorvo serait disposé à leur accorder, et que très-vraisemblablement le même acide, ajouté en quantité convenable à toute autre mixture eupeptique, procurerait les mêmes avantages aux malades. S'il en était ainsi, et c'est le but qu'ultérieurement nous nous proposons personnellement de poursuivre, on comprend sous combien de formes pharmaceutiques variées, il serait possible d'administrer l'acide sulfurique, que, pour notre part, en cas d'emploi à l'intérieur, et pour ne pas effrayer les malades, nous ne faisons jamais figurer dans une potion ou un sirop sous son véritable nom, persuadé que, dans la plupart des cas, l'eau de Rabel en peut tenir la place, même avec avantage.

Quoiqu'il en soit de la médication vantée par notre honorable collègue de Rio, nous avons cru devoir vous l'exposer avec quelques détails, dans le but d'appeler sur elle l'attention des praticiens, si complétement désarmés dans les cas graves où précisément la médication dont il s'agit paraît avoir été utile.

Votre commission, messieurs, aurait encore voulu vous dire quelques mots de plusieurs mémoires imprimés, dont M. le docteur Moncorvo a bien voulu faire hommage à la Société, mais l'étendue déjà trop longue de ce rapport ne le lui permettant pas, elle vous propose de déposer honorablement le présent travail et les mémoires en question dans vos archives, et d'adresser une lettre de remercîments à notre laborieux collègue, avec prière de nous continuer l'envoi de ses travaux ultérieurs.

DISCUSSION

M. ANTONIN MARTIN demande la dose à laquelle a été employée la potion tonique de M. Moncorvo.

M. PERRIN répond que cette dose n'a pas été indiquée, et que c'est même un des points qu'il a critiqués dans le mémoire.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, LEMOISNE.

VARIÉTÉS

Du principe de la vie (1).

par le docteur E. BOUCHUT.

II

A l'appui de sa doctrine, Bichat avait, dans un langage justement admiré, soutenu que les corps de la nature inorganique sont éternels tandis que les corps vivants seuls sont périssables; d'où la preuve qu'un principe intérieur de vie maintient passagèrement la matière sous forme d'un être vivant de courte durée. C'est une idée admise anciennement par les philosophes.

Pour la renverser, Cl. Bernard va chercher ses arguments bien loin. Il quitte les choses de la terre, déjà bien confuses, pour celles du ciel, qui le sont bien davantage, et où, en fait d'évolutions des astres, n'en déplaise aux astronomes, on ne sait rien de précis. C'est là que pour mettre en faute et terrasser le vitalisme affirmant la pérennité des corps bruts, notre physiologiste trouve une preuve. Il dit, d'après M. Faye, que les astres n'ont pas toujours existé, qu'ils ont eu une période de formation, et qu'ils auront une période de déclin suivie d'une extinction finale. Il ajoute, ensuite, que de bonnes lunettes ont permis, un jour, au dix-septième siècle de constater, dans la constellation du Serpentaire, l'apparition d'une nouvelle étoile, sous les yeux de l'observation. Je crains que cette appréciation ne soit pas très-exacte ni très-concluante. Les astronomes admettent un certain nombre d'*étoiles*, dites *changeantes*, qui paraissent ou disparaissent au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Ils citent même, à cet égard, celle de 1572, la plus brillante de toutes, que l'on admirait dans la constellation de Cassiopée, et qui disparut, au bout de dix-huit-mois, pour ne plus revenir. N'allons donc pas si loin chercher des faits dont la portée nous échappe complétement. Si l'on ne trouve pas sur la terre d'argument pour combattre l'éternité des propriétés physiques des corps bruts et qu'il faille le chercher dans le ciel, à trente millions de lieues de nous, dans la lunette d'un astronome, je crois que la théorie vitaliste n'a rien à en redouter. J'ajouterai même qu'il est surprenant de voir accuser le vitalisme d'hypothèse, d'hérésie scientifique et d'ignorance par une philosophie qui n'apporte aucune preuve à l'appui de ses affirmations contradictoires.

Un autre argument produit contre le vitalisme est celui-ci : En opposition avec le fait bien connu de la cicatrisation des plaies, de la guérison des organes malades, et même de la reproduction des parties coupées d'un animal, telles que l'œil, la tête, le bras, la queue, etc., ce qui semble indiquer dans l'être vivant un principe conservateur de la forme des organes, on a dit qu'il n'était pas besoin pour cela d'invoquer une propriété vitale en contradiction avec la physique, et que les corps minéraux jouissaient de la même propriété d'unité morphologique. Ceci ne me paraît pas exact, car les minéraux ont des formes cristallines très-différentes, ce que l'on n'a pas encore vu dans les espèces animales ou végétales.

Mais, sans faire de digression, l'argument tiré de la cicatrisation d'un minéral cassé, pour établir qu'il y a là une force physique analogue à celle qui reproduit le bras coupé d'une salamandre avec ses os, ses muscles, ses vaisseaux, etc., est tout à fait mal choisi. M. Pasteur, dans une expérience fort curieuse, a vu que des cristaux mutilés sur une de leurs faces et replacés dans l'eau mère, continuaient à s'agrandir dans tous les sens par un dépôt de particules cristallines, et que sur la partie cassée, il se faisait un dépôt semblable plus actif, rétablissant la régularité des faces et des angles du cristal.

Y a-t-il dans cette formation cristalline quelque chose de comparable à la reproduction d'un membre coupé de salamandre et à la cicatrisation des plaies? Je ne le pense pas. Est-ce que dans l'intérieur du minéral tout n'est pas immobile et sans rénovation possible? Est-ce que rien change au-dessous de sa première couche? A moins de soutenir que la force de cristallisation des minéraux dans les entrailles de la terre ou dans le laboratoire des chimistes, soit la même que celle qui préside à la formation des germes et des êtres vivants, le rapprochement n'est pas fondé. — D'ailleurs la cristallisation n'est qu'une agglomération de molécules par *extra-susception* ou par *supra-position*, tandis que la vie est une *intus-susception*, ce qui est absolument le fait contraire. Il est difficile, en conséquence, de tirer de la rédintégration cristalline comparée à la rédintégration des organes, vivants, une preuve d'identité entre les forces physiques et les propriétés vitales.

Dans sa doctrine des propriétés vitales, Bichat admet que ces propriétés enchaînent les propriétés physiques et les retiennent sans cesse dans les phénomènes qu'elles tendraient à produire. Cl. Bernard trouve que ce principe est faux, et que c'est la proposition contraire qui exprime la vérité, parce que, selon Lavoisier, la vie étant une combustion moléculaire permanente, cette combustion tient sous sa dépendance les manifestations calorifiques, lumineuses et vitales. — Partant de là, il n'y a point d'antagonisme entre les phénomènes chimiques et les manifestations vitales; il y a au contraire parallélisme parfait entre les uns et les autres. — Exemple : le rotifère desséché de *Spallanzani*, qui ressuscite après avoir été trempé dans l'eau. — Il est difficile de voir dans ce fait une preuve que la vie ne tient pas sous sa dépendance les propriétés physiques d'un être vivant dans les phénomènes qu'elles tendraient à produire. — A moins de supposer aux vitalistes et aux animistes l'idée que le corps des êtres vivants ne compte pour rien et que le principe d'action vitale est tout, ce qui se fait trop souvent avec peu de loyauté, qu'est-ce que signifie la résurrection d'un rotifère humecté après trente ans de dessiccation? Peut-on voir le triomphe de la matière organisée et la preuve que les phénomènes physiques et chimiques sont suffisants pour expliquer la vie, sans nécessité d'admettre un principe intérieur d'action? — Nullement. — Dans cet animalcule si bas placé dans l'échelle des êtres, le principe intérieur d'action cesse d'agir avec le mécanisme qui l'a créé pour un milieu spécial lorsque ce milieu vient à disparaître sans l'altérer, et il se réveille

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 février.

avec lui lorsqu'il retrouve les conditions matérielles de son exercice. L'eau ne lui apporte ni force ni principe, dit Cl. Bernard. Sans doute; mais elle n'a besoin de rien apporter, puisque le rotifère a tout en lui en puissance, et qu'il ne lui manque que son milieu humide. — Il en est ainsi des graines fécondées qu'on trouve dans les momies d'Égypte. Elles ont la vie en puissance; elles ont le principe intérieur d'action que n'ont pas des graines non fécondées, et il leur suffit d'un peu d'eau pour donner, après cinq mille ans de sommeil, du blé plus chargé de graines et plus grand que le nôtre. — Au reste, l'expérience de Spallanzani a besoin d'être faite savamment, car si les rotifères sont desséchés à un trop grand soleil ou dans des appareils trop chauds, on a beau les humecter, ils ne se réveillent pas. Leur résurrection est impossible, ils sont cuits, et le principe intérieur d'action n'a plus d'empire sur les cadavres. Les mêmes questions pourraient se poser à l'égard des animaux hibernants. On sait que chez eux les fonctions se ralentissent par le froid et semblent suspendues. Mais, est-ce par suite de l'arrêt primitif des propriétés physico-chimiques que les propriétés vitales s'endorment ou bien parce que le froid agit sur le système nerveux et par lui, secondairement, paralyse les propriétés physico-chimiques, qui font l'hématose régulière et la calorification. Chez les marmottes, le cœur ne bat plus que huit ou dix fois par minute, la respiration cinq à six fois, et la température tombe à + 8 degrés. Mais si l'on place l'animal dans un gaz irrespirable, il meurt d'asphyxie.

S'il était exact de dire, comme Cl. Bernard, que l'intensité des manifestations vitales est dans un rapport direct avec l'activité des manifestations chimiques, nous ne verrions pas constamment, nous autres médecins, la fièvre, qui par sa température élevée représente l'activité des combustions organiques moléculaires, c'est-à-dire des manifestations chimiques, diminuer constamment l'intensité des manifestations vitales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris vient de commettre une de ces erreurs volontaires dont se réjouissent ses ennemis, mais qui remplissent de douleur ses vrais amis.

Invitée à faire des présentations pour les chaires vacantes de pathologie interne et d'histoire de la médecine, la Faculté avait à choisir pour la première chaire entre trois candidats : MM. Jaccoud, Peter et Potain, pour la seconde chaire entre MM. Parrot et Maurice Raynaud.

Des candidats à la chaire de pathologie interne, deux sont des professeurs distingués.

L'un, M. Jaccoud a laissé, dans tous les souvenirs, la trace brillante de son concours d'agrégation. Depuis il a su par des travaux d'un ordre magistral se créer une place considérable dans le monde savant.

L'autre, brillant lutteur des concours et professeur disert, était un adversaire des plus sérieux pour la candidature Jaccoud. Il pouvait triompher : en présence de deux grandes valeurs, l'embarras de la Faculté était permis.

La Faculté n'a pas hésité, elle a placé en premier rang, M. Potain.

Or, si nous reconnaissons à M. Potain une grande autorité comme « consultant »; si nous estimons juste d'attirer toute l'attention de nos confrères, sur son cabinet de consultations, où l'on est assuré de trouver les conseils les plus précieux dans la clinique médicale : nous n'étonnerons personne de ceux qui ont pu approcher notre savant confrère, en affirmant que les dons du professorat lui ont été refusés et parmi eux le premier de tous, celui de l'élocution facile.

Nous ne voulons pas rechercher quel mobile a poussé la Faculté à écarter MM. Peter ou Jaccoud, si éminemment doués tous les deux des qualités indispensables au professorat.

Nous pourrions nous retrouver une fois de plus en présence de ces intrigues mesquines, de ces procédés inavouables de coterie, où les intérêts de la science et de la Faculté ont été si souvent sacrifiés à ceux de la camaraderie.

La chaire d'histoire de la médecine a donné lieu, de son côté, à un résultat inattendu.

Des deux candidats, l'un, rompu aux recherches historiques, est le littérateur distingué auquel nous devons les « Médecins au temps de Molière »; l'autre, est un de nos bons pathologistes, qui n'a jamais encore touché aux questions d'histoire.

La Faculté a placé en premier rang le pathologiste et en deuxième rang l'historien.

M. Maurice Raynaud pourra renoncer à ses études favorites et passer à M. Parrot les cartons, qui renferment ses travaux d'histoire de la médecine. M. Parrot offrira, de son côté, à M. Maurice Raynaud, les moyens de continuer les recherches qui lui ont mérité sa juste réputation.

Et voilà, comment la Faculté de médecine aura sauvegardé les intérêts si graves qui lui sont confiés.

— *École de médecine de Toulouse.* — Il est créé une deuxième chaire de clinique chirurgicale. M. Bonnemaison, professeur adjoint de clinique médicale, est nommé professeur titulaire de la seconde chaire de clinique médicale.

M. Ripoll, professeur adjoint de clinique chirurgicale, est nommé professeur titulaire de la seconde chaire de clinique chirurgicale.

— M. Roullier, secrétaire-agent comptable de la faculté des sciences et de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé officier d'académie.

— La ville d'Angers vient d'acquérir, au prix de six mille francs, l'herbier de M. Boreau, le savant auteur de la « Flore du Centre ». Cette magnifique collection comprend plus de 250 cartons renfermant environ 20,000 espèces dues à 50 années d'herborisation et à de nombreux échanges avec les célébrités botaniques de tous les pays.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Artérite syphilitique intra-cérébrale.

Dans la Revue du 19 février, où nous avons engagé l'examen de la question de l'artérite syphilitique intra-cérébrale, nous n'avons donné à l'appui du diagnostic porté par M. Lancereaux chez la malade dont nous avons rapporté sommairement l'histoire, que des faits analogues, et qui manquaient aussi de la sanction de l'anatomie pathologique. Nous avons réservé pour un deuxième article l'exposé de la série de faits susceptibles de jeter sur ceux-là le complément de lumière qui leur faisait défaut. C'est de ces faits qu'il va être question aujourd'hui. Nous les empruntons plus particulièrement à M. Lancereaux lui-même, qui a fait, comme on le sait, une étude spéciale de ce point de pathologie et d'anatomie pathologique.

Une femme, âgée de quarante-cinq ans, entre à la Pitié en juillet 1860, ayant été atteinte dix ans auparavant de douleurs violentes dans le côté droit du corps, avec exacerbations nocturnes, en même temps que d'une douleur violente à la base du crâne, présentant alors l'état suivant : maigreur, peau sèche, écailleuse; embarras de la parole; stupidité du visage, mémoire faible; faiblesse musculaire dans le côté droit. Sensibilité conservée, céphalalgie, insomnie, étourdissements, vertiges, intégrité des sens.

L'iodure de potassium est prescrit, mais au bout d'une huitaine de jours, on est obligé d'en suspendre l'usage. Trois semaines plus tard, survient en quelques jours une hémiplégie complète du côté gauche. Les sphincters se paralysent. La malade accuse une douleur intense avec exacerbation nocturne, localisée à la partie postérieure droite de la tête, de l'insomnie, des vertiges, de la faiblesse. Elle présente, en un mot, tous les caractères d'une cachexie avancée.

Après plusieurs alternatives d'amélioration sous l'influence de la reprise de la médication iodurée et de retours d'accidents du même genre, cette femme finit par tomber dans un tel état de cachexie, qu'on est obligé de la transférer à la Salpêtrière, où elle succombe peu de temps après.

A l'autopsie on constate, entre autres lésions multiples, une hypertrophie des os du crâne, un épanchement séreux abondant, un état de ramollissement général de la substance cérébrale, une dilatation des ventricules latéraux renfermant un liquide trouble. A la section par tranches du cerveau, on remarque plus particulièrement dans la substance blanche, à une faible distance de la substance grise, des foyers jaunâtres constitués par de nombreuses granulations, pour la plupart graisseuses, des noyaux et des cellules granuleuses et une matière amorphe et grenue. A la surface du corps strié existe une plaque jaune légèrement saillante. Ramollie à ce niveau, la substance cérébrale forme une sorte de magma blanc jaunâtre, et à la section du corps strié et de la couche optique du même côté, on aperçoit, par place, une coloration d'un jaune verdâtre... En plusieurs points de la substance grise et de la substance blanche, on rencontre des amas de granules graisseux, principalement sur le trajet des vaisseaux.

L'aorte est le siége de quelques plaques jaunes au niveau de sa courbure supérieure : l'artère carotide interne gauche est en partie oblitérée au niveau du sinus caverneux, par une membrane constituée par des noyaux et des cellules de tissu conjonctif plus ou moins altérées, et adhérant intimement à la paroi de ce vaisseau. Dans la carotide droite existe un coagulum adhérant à ses deux extrémités et qui n'obstrue qu'une faible portion de la lumière du vaisseau.

M. Lancereaux a observé depuis, en 1863, avec M. le docteur Hemay, un jeune homme de vingt-cinq ans, qui était depuis cinq mois en traitement d'une éruption syphilitique, et qui succomba rapidement après avoir présenté des phénomènes d'encéphalite. A l'autopsie, il constata, en même temps que des tumeurs de petit volume, l'existence d'une encéphalite partielle et une oblitération presque complète des deux artères carotides internes à leur terminaison. Les parois artérielles lésées étaient le siége d'un néoplasme, qui les rendait plus épaisses et rétrécissait notablement leur calibre. Il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une lésion athéromateuse, mais d'un produit circonscrit et constitué par des cellules et des noyaux arrondis.

Des faits analogues et quelques-uns tout à fait semblables ont été rapportés par plusieurs auteurs allemands et anglais, notamment par Wirchow, Meyer, Steenberg et Wilks. Ce dernier, en particulier, rapporte avoir vu, chez une jeune femme syphilitique de trente-huit ans, un dépôt de nouvelle formation situé dans l'épaisseur des parois des artères carotides et vertébrales.

On trouve enfin, dans une thèse récente de M. le docteur F. Rabot sur ce sujet (*Lésions syphilitiques des artères céré-*

brales), une observation de M. le docteur H. Broadbent et deux observations de M. Jackson, toutes trois plus récentes, de 1873 et 1874, et qui montrent aussi des exemples très-remarquables d'altérations des artères cérébrales avec ramollissement cérébral consécutif, chez des malades qui avaient présenté pendant la vie des phénomènes cérébraux hémiplégiques à la suite d'accidents syphilitiques bien constatés.

Tous ces faits, dit M. Lancereaux dans son traité de la syphilis (1), conduisent à admettre l'existence d'une artérite syphilitique, altération qui a pour siége plus spécial les artères carotides et cérébrales, mais qui peut affecter aussi l'aorte et l'artère pulmonaire. « Une ou plusieurs artères, quelquefois deux artères symétriques, dit M. Lancereaux, ont leurs parois épaissies dans un point limité, car ces lésions, comme toutes celles qui font partie de la période tertiaire de la syphilis, ont pour caractère principal d'être peu étendues ou circonscrites. Cet épaissement, qui paraît débuter en général par la tunique externe, mais qui peut envahir les tuniques moyenne et interne, a pour effet habituel de rétrécir le calibre du vaisseau et d'en produire l'obstruction par la formation d'un caillot fibrineux. A cette obstruction, lorsque le vaisseau malade est un peu important, succèdent l'altération d'une portion plus ou moins étendue de l'organe correspondant et des désordres variés. »

Les symptômes qui se rattachent à ces diverses manifestations sont peu caractéristiques. Cependant, le siége assez spécial de ces lésions donne lieu à des phénomènes particuliers, en rapport avec les fonctions de l'organe ou de la portion d'organe correspondant au vaisseau lésé. C'est ainsi, ajoute M. Lancereaux, que lorsqu'il y a oblitération d'une artère cérébrale, comme dans les cas que nous venons de rappeler, on observe ces phénomènes encéphaliques et ces hémiplégies du genre de celles que produit le ramollissement cérébral.

Pour arriver à reconnaître ces hémiplégies, il faut être renseigné sur les antécédents spécifiques du malade, et s'assurer surtout de l'absence des signes d'une des affections qui pourraient être la source d'une embolie.

On a vu que c'était sur cette double circonstance, présence de signes révélateurs d'une ancienne syphilis d'une part et, d'autre part, absence de toute lésion susceptible d'être la source d'embolies, que M. Lancereaux s'était fondé pour diagnostiquer une lésion syphilitique des artères cérébrales chez la malade de la Charité qui nous a fourni l'occasion de ces quelques développements.

Traitement du pityriasis capitis par les solutions chloralées.

Dans une communication faite à la Société de thérapeutique, M. le docteur Martineau a fait connaître à ses collègues les résultats avantageux qu'il a obtenus depuis deux ans qu'il n'a cessé d'en faire l'essai, de l'usage des solutions chloralées dans le traitement du pityriasis capitis, simplex ou alba. On sait combien cette affection, peu grave sans doute en elle-même, est incommode et quels tourments elle cause aux personnes qui en sont affectées, autant par sa persistance que par sa résistance à la plupart des moyens usités. Nos lecteurs ont pu voir encore tout récemment, par la publication des dernières leçons de M. Laillier, combien, s'il était souvent aisé d'obtenir une amélioration rapide de cette affection, il est bien plus difficile de compter sur une guérison complète. M. Martineau croit avoir trouvé dans le chloral un moyen de traitement efficace.

Voici la composition à laquelle il s'est arrêté, après plusieurs expériences :

Eau.	500	grammes.
Hydrate de chloral.	25	—

Il fait mettre une ou deux cuillerées à bouche de cette solution dans un petit vase, qu'on fait tiédir au bain-marie, puis avec une éponge, on lotionne en frictionnant légèrement le cuir chevelu. Dès le contact de la solution, le malade éprouve une légère chaleur, la peau devient rosée; mais ces phénomènes durent à peine une minute ou deux. Le jour même, les démangeaisons sont moins fortes. Dans quelques cas, elles disparaissent pour ne plus revenir. Si elles résistent à une première lotion, on répète ces lotions les jours suivants. Lorsque le pityriasis est récent, on est à peu près certain, suivant M. Martineau, d'en obtenir la guérison complète en les continuant pendant un mois environ.

Lorsque le pityriasis est ancien et dure depuis plusieurs années, on obtient bien la disparition momentanée de la démangeaison et des pellicules, mais pour les voir revenir au bout d'un temps variable, parfois rapproché, d'autres fois très-long. Dans ce cas, on est quitte pour recommencer à chaque réapparition, l'usage même journalier de ces lotions n'ayant par lui-même aucun inconvénient.

Parmi les nombreux malades soumis à cette médication, M. Martineau affirme avoir obtenu des guérisons incontestables, lorsque le pityriasis est récent, des améliorations toujours.

Dans les cas où le pityriasis s'accompagne d'érythème, de papules de prurigo, il conseille, pour obtenir un résultat plus efficace et plus prompt, de joindre à l'hydrate de chloral la liqueur de Van Swieten. La solution doit être dès lors formulée comme il suit :

Eau.	500	grammes.
Hydrate de chloral.	25	—
Liqueur de Van Swieten. . .	100	—

Cette dernière solution faisant disparaître rapidement les complications du pityriasis, il ne reste, lorsque ce premier résultat a été obtenu, qu'à reprendre l'usage de la première formule et à la continuer jusqu'à guérison complète.

Éclampsie puerpérale accompagnée d'amaurose albuminurique, suivie de guérison.

Nous recevons de M. le docteur A. Decoin, de La Motte en Senterre (Somme) la relation suivante d'un cas grave d'éclampsie puerpérale, qui nous a paru doublement intéressant, d'abord à cause de son issue heureuse à la suite d'un traitement mixte dans lequel la saignée, le chloral et le calomel, loin de s'exclure, ont paru, au contraire, s'entr'aider ; et, ensuite, à cause de son apparition seulement à la huitième grossesse, rien de semblable ne s'étant manifesté à quelque degré que ce soit, dans les sept grossesses précédentes.

Voici l'observation, telle que notre confrère nous la transmet :

Virginie F..., âgée de quarante-deux ans, mariée depuis l'âge de dix-sept ans a eu depuis son mariage sept enfants dans les meilleures conditions et de grossesse et d'accouchement. Aussi arrivée au terme de la huitième grossesse était-elle inquiétée de souffrir des reins depuis quinze jours environ lorsque les douleurs augmentant, elle m'envoie quérir le 10 octobre dernier,

(1) *Traité historique et pratique de la syphilis*, par le docteur E. Lancereaux. — 1 vol. in-8°. — Paris, 1874. — Librairie Germer-Baillière.

au matin. Le travail étant très-lent, je me retirai en priant la personne qui l'assistait de me faire prévenir au moment des contractions. La journée se passa sans grandes douleurs ; mais vers le soir on vint me chercher en toute hâte, me disant que la femme était comme morte, qu'elle se débattait et agonisait. Lorsque j'arrivai elle avait déjà eu deux accès qui, après m'avoir été racontés, ne me laissèrent aucun doute sur leur nature; c'était bien l'éclampsie puerpérale.

Je trouvai la femme parlant bien, mais sans suite ni ordre dans les idées ; en un mot l'intelligence n'était pas nette et elle ne conservait pas le souvenir des accès qu'elle venait d'avoir. De plus la vue était complétement abolie depuis deux heures; elle ne voyait plus et elle reconnaissait pourtant les personnes de son entourage au timbre de la voix.

J'examinai les urines, elles contenaient une grande quantité d'albumine (elle se coagulait en masse par l'ébullition). Le col de l'utérus n'étant ni dilaté ni dilatable, je crus qu'avant de provoquer l'accouchement, il était sage de combattre la maladie par d'autres moyens.

Je pratiquai donc au bras une large saignée commandée par l'état pléthorique de la malade. Le pansement de la saignée n'était pas terminé qu'une nouvelle attaque eût lieu et tellement forte, que les personnes présentes ne purent en supporter la vue. Cet accès calmé au moyen d'affusions froides au visage et l'application de sinapismes aux mollets; je prescrivis une cuillerée à bouche de sirop de chloral toutes les demi-heures jusqu'à cessation des attaques; puis toutes les heures et ensuite toutes les deux heures, de plus 1 gramme de calomel en dix prises à prendre une toutes les heures jusqu'à purgation, qui n'arriva que deux heures après l'administration de la dernière dose. Le chloral agit de suite, dès la première cuillerée, en produisant de la somnolence, et les attaques ne se renouvelèrent plus à partir de celle qui suivit immédiatement la saignée qui fut évaluée à 750 grammes environ (*la malade pèse près de 100 kilogrammes*). Le lendemain 11, l'albumine diminua sensiblement dans les urines, la vue était encore abolie, mais les douleurs avaient disparu. Le 12, les urines ne contiennent que fort peu d'albumine, la vue s'éclaircit et la malade distingue les objets et les personnes, l'intelligence est parfaite, aussi s'étonne-t-elle de ne plus souffrir, elle croit son enfant mort, elle ne le sent plus et craint de ne pas accoucher de longtemps. Mais le 13, au matin, c'est-à-dire trois jours après l'éclampsie, les douleurs revinrent et la femme au bout de deux heures de contractions accoucha d'une petite fille qui vécut encore deux jours. La vue est bonne et les urines ne renferment plus d'albumine.

Les suites de l'accouchement furent ordinaires, et cette femme guérie complétement, ne se doute pas du danger qu'elle a couru.

Dr Brochin.

ESSAI CLINIQUE

SUR LES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE (1)

Par le docteur Ziembicki
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Les tumeurs de l'ovaire réellement solides sont rares. Considérées au point de vue de l'irréductibilité de leur volume, elles sont beaucoup plus fréquentes. — Elles restent à l'abri de toutes adhérences, tant que l'épithélium spécial qui protège leur surface demeure intact. — Leur marche est lente ou rapide : lente, en général, lorsqu'il s'agit de fibromes, de cysto-fibromes et de productions dermoïdes; rapide, au contraire, par les tumeurs à forme kystique, les sarcomes et les néoplasmes véritablement malins. — Ce dernier, type clinique et anatomique, semble constituer le triste apanage des premières années fonctionnelles de la femme (quinze à vingt-cinq ans).

L'absence des métrorrhagies, les dimensions normales de la cavité utérine, tels sont les principaux caractères qui feront distinguer une tumeur de l'ovaire d'une affection de l'utérus. C'est dire qu'on devra toujours recourir à l'hystéromètre, à moins de contre-indications spéciales. — Une ascite précoce, abondante, rebelle, un état général mauvais, des douleurs vives, paraissent indiquer presque constamment la mauvaise nature du néoplasme. Néanmoins ceci n'a rien d'absolu.

La paracentèse du péritoine, faite au côté opposé à la tumeur, s'impose souvent comme moyen de diagnostic. Mais on doit y recourir le moins possible dans l'intérêt de la conservation des forces de la malade. — Au contraire, les ponctions exploratrices dans la tumeur doivent être proscrites sévèrement. Elles exposent aux hémorrhagies mortelles; elles lèsent l'épithélium protecteur et déterminent la formation des adhérences; elles sont peu utiles au chirurgien et nuisibles à la malade. — L'ovariotomie, ressource unique et suprême appliquée à certains cas, sera pratiquée de bonne heure. A cette condition seulement, on se mettra en garde contre le développement exagéré de la tumeur, les adhérences et les complications opératoires dues à l'irréductibilité de volume.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mars 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Reverdin (de Genève), adresse deux nouveaux exemples de *cicatrisation des plaies à l'aide de la greffe épidermique* dans un cas de large plaie résultant de l'ablation d'une tumeur. (Commission : MM. Trélat, Le Dentu, Verneuil).

RAPPORT

Dé l'emploi du chloral dans le tétanos. — M. Verneuil donne lecture d'un rapport sur deux observations de tétanos traité par le chloral, dues : l'une à M. Laurence et l'autre à M. Besson, médecins militaires en Algérie. Dans ce dernier cas le malade est mort subitement en sortant d'un bain. M. Verneuil conseille l'emploi du chloral. Il proscrit l'usage des bains, qui sans être nuisibles par eux-mêmes, déterminent des phénomènes réflexes par excitation superficielle au moment de la sortie de l'eau. M. Verneuil enveloppe ses tétaniques dans de la ouate et les place dans la grande gouttière de Bonnet pour leur éviter tout contact et toute secousse. M. Bresson n'a pas constaté que le tétanos fût plus fréquent en Algérie qu'en France, mais il a remarqué que les cas coïncidaient toujours avec un abaissement de la température. M. Verneuil ajoute qu'il a observé récemment dans son service deux cas de tétanos foudroyant, dont les observations intéressantes seront communiquées à la Société. On a accusé le pansement ouaté de donner naissance au tétanos, et dans ces deux cas c'était le mode de pansement adopté, mais M. Verneuil ne croit pas devoir lui attribuer cet accident.

DISCUSSION

M. Larrey conseille d'essayer le jaborandi.

M. Tillaux a présenté, il y a deux ans, une femme qu'il avait guérie par les injections de chloral. L'année dernière, un autre malade de son service a été soumis à ce traitement, mais, après une amélioration immédiate, il a de nouveau succombé à de nouveaux accidents tétaniques. A l'autopsie, on n'a constaté aucune trace de phlébite.

M. DESPRÈS voit un danger dans l'administration prolongée du chloral, et se demande si la mort du malade de M. Bresson ne doit pas être attribuée à l'influence toxique de ce médicament.

M. SÉE a fait des injections de chloral chez des enfants tétaniques. Il a vu une fois la mort survenir sans qu'il y eût eu de nouveaux phénomènes de tétanos, et s'est posé la même question que M. Desprès : est-ce le tétanos ou le chloral qui a amené la mort?

M. LANNELONGUE a constaté l'influence de l'excitation périphérique sur les crises du tétanos chez deux blessés pendant la Commune. Chez l'un de ces blessés, le tétanos avait commencé vers le cinquième ou le sixième jour, et les convulsions douloureuses se renouvelaient à chaque pansement. M. Lannelongue a recherché quel point de la surface de la plaie produisait ces crises, et a constaté que le simple effleurement avec un pinceau d'un seul bourgeon charnu, toujours le même, leur donnait naissance. Les convulsions commençaient par les membres inférieurs et gagnaient de là les membres supérieurs, puis la tête et le thorax. MM. Lancereaux et Cornil ont été témoins de ces faits. M. Lannelongue a touché ce bourgeon avec le fer rouge, mais il n'attribue pas à cette cautérisation la guérison qui est survenue, de même que dans l'autre cas observé quinze jours plus tard, ces deux cas ont guéri parce que c'était une forme de tétanos qui devait guérir.

M. LARREY rappelle que son père avait observé le tétanos en Égypte et avait, dès cette époque, conseillé les pansements rares.

M. BLOT n'a pas eu l'occasion d'observer de tétanos; mais dans une autre forme de convulsions cloniques, dans l'éclampsie, il a vu les crises provoquées par le moindre contact sur le col utérin, ou par l'introduction d'une sonde dans la vessie.

M. VERNEUIL répond à M. Desprès que le malade cité par M. Bresson était dans un état très-satisfaisant après l'administration du chloral. La température était redescendue à 38 degrés. C'est en sortant d'un bain qu'il est tombé foudroyé. Ce n'est pas ainsi qu'aurait agi l'empoisonnement par le chloral. Le second malade que M. Verneuil a eu dans son service a succombé, il est vrai, dans la résolution, mais ce fait s'observe souvent dans le tétanos.

M. LE DENTU a observé à la Salpêtrière un cas d'empoisonnement par le chloral chez une malade qui avait pris à la fois 10 grammes de cette substance au lieu d'un qui lui avait été prescrit. Après une série d'accidents remarquables par leur continuité, sommeil presque comateux, un peu d'agitation par moments, *mais pas de convulsions*. Elle revient à l'état normal au bout de trois ou quatre jours, progressivement, sans saccades, et cette marche est en opposition avec celle du tétanos qui procède par accès et par rémissions.

COMMUNICATION

Fracture du crâne avec enfoncement. Trépanation, redressement, guérison. — M. PÉRIER. Une petite fille de douze ans entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 30 juillet 1875. Elle avait été frappée à la tête, cinq jours auparavant, par une escarpolette. M. Périer n'a eu aucun renseignement sur les accidents immédiats, sinon que depuis deux jours elle a eu des douleurs de tête et quelques vomissements. Trois jours après son entrée, elle a de la fièvre. Le front et la paupière droite sont tuméfiés, douloureux. Elle porte une plaie linéaire à l'angle supérieur du pariétal droit. Purgatif, compresses imbibées d'une solution aqueuse de chloral au centième. Le doigt, introduit dans la plaie, constate un enfoncement du crâne en dehors de la plaie cutanée, sur un espace de 4 centimètres carrés. Le pouls devient lent; céphalalgie intense; vomissement continu des aliments.

Le 9, toux et attaque épileptiforme. Après avoir donné le chloroforme, M. Périer pratique la trépanation et retire cinq esquilles. Puis, avec l'élévateur, il redresse le fragment enfoncé. La dure-mère est intacte. Compresses avec acide phénique 10 grammes, huile 40 grammes. Sommeil calme après l'opération, mais le pouls monte à 144. Le lendemain, il n'est plus qu'à 76, la température à 38°,2. La température oscille jusqu'au 18, le pouls jusqu'au 20. A la fin de septembre, la cicatrisation est presque complète. Sur la partie osseuse enlevée, M. Périer constate que la table interne n'était pas brisée au même niveau que la table externe.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. PANAS présente un malade auquel il a pratiqué la désarticulation tibio-tarsienne pour un écrasement traumatique du pied ayant compris tout le métatarse et la rangée antérieure du tarse. M. Panas a enlevé le calcanéum et l'astragale. Quelques accidents phlegmoneux se sont produits sous le pansement ouaté entre le tibia et le tendon d'Achille; mais le malade a très-bien guéri et marche facilement à l'aide d'un appareil. Toutes les fusées purulentes se sont faites en arrière. M. Panas n'avait pas encore eu l'occasion de faire cette opération. Il a pensé que cette complication devait être fréquente. Ne faudrait-il pas en pratiquant cette désarticulatton faire de suite une contre-ouverture et placer un drain entre l'os et la couche musculaire.

M. VERNEUIL a fait trois désarticulations tibio-tarsiennes. Deux malades ont guéri, mais il a observé aussi ces fusées purulentes en arrière de l'os. Le drain est un moyen insuffisant puisqu'il l'avait employé en vain.

M. NICAISE a observé la même complication dans une opération qu'il a faite l'année dernière pour une arthrite fongueuse du tarse. L'infiltration s'est faite le long de la gaîne des péroniers. Le malade a bien guéri et marche facilement.

M. DESPRÈS a observé le même fait.

M. TILLAUX a vu plusieurs malades guérir sans complications de fusées purulentes, dans des cas traumatiques. La désarticulation tibio-tarsienne est bien préférable à l'amputation sus-malléolaire. Un malade qu'il a opéré sans enlever les malléoles exerce la profes- de charretier et marche du matin au soir.

M. PANAS. Les fusées se font dans les gaînes synoviales des tendons coupés et dans la couche profonde des muscles.

M. PERRIN n'a pas observé cet accident. Il attribue ce résultat à ce qu'il taille le lambeau beaucoup plus long qu'on ne fait d'ordinaire, pour s'éloigner autant que possible des coulisses tendineuses. Mais il préfère à cette opération l'amputation sous-astragalienne lorsque cet os est sain.

M. LE FORT pense que l'amputation tibio-tarsienne donne de meilleurs résultats.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. DAUVÉ, médecin-major à l'hôpital du Gros-Caillou, présente une tumeur provenant d'une autopsie faite dans son service. Le malade avait succombé à une hémorrhagie foudroyante causée par l'ulcération de l'artère faciale à son origine par un épithélioma gangrené du pharynx et de la langue. La tumeur a été examinée par M. Ranvier. Le chirurgien, en présence d'une tumeur cancéreuse, est-il autorisé à tenter une opération partielle qu'il sait ne pas être suivie de résultat heureux? M. Dauvé ne l'a pas pensé et n'a rien tenté pour opérer ce malade, qui demandait une opération.

M. LE FORT aurait agi de même. Une opération partielle donne toujours, pour ainsi dire un coup de fouet au mal, et ne doit être faite que lorsque la tumeur cause des accidents imminents d'asphyxie ou d'hémorrhagie.

M. LE FORT présente un porte-plume en ivoire qu'il a extrait par la taille prérectale de la vessie d'un malade qui l'y avait introduit depuis dix mois. Ce corps étranger était environné d'une couche calcaire et accompagné de calculs nombreux.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. GUÉNIOT présente un bandage hypogastrique à double pelotte, destiné à remplacer les ceintures hypogastriques qui ne remplissent pas toujours le but pour lequel on les applique, qui est de maintenir immobiles les organes abdominaux. Le bandage de M. Guéniot s'appuie sur les aines, comme un bandage inguinal double, mais il est beaucoup moins mobile et contient mieux les organes.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Du principe de la vie (1).

par le docteur E. Bouchut.

III

Il suffit de ces exemples pour montrer ce que les objections adressées à la doctrine vitaliste ont de mal fondé dans le fond et d'injuste dans la forme qui est un peu trop dédaigneuse. — Les médecins auront toujours cet avantage sur les physiologistes qu'ils voient des malades de toute condition, et l'homme aux prises avec les influences morales et physiques qui l'entourent, offrant à ses yeux une série de manifestations vitales que l'on ne trouve pas sur les grenouilles et les autres animaux de laboratoire. Que la physiologie et la médecine vétérinaires puissent dire avec Cl. Bernard : « C'est une erreur profonde de croire que dans les corps vivants il faille se préoccuper de l'essence même et du principe de la vie », la médecine proprement dite ne peut en dire autant. Elle ne saurait se désintéresser au même point d'une question qui met en jeu la dignité humaine, la responsabilité morale, et les liens de famille, choses fort secondaires dans la physiologie expérimentale.

Conformément à cette déclaration, il ne faut pas attendre de M. Cl. Bernard une étude de la vie qui touche à son essence ou à son principe. Après la réfutation qu'il a faite de tout dualisme vital et du vitalisme en particulier, définir la vie ou la mort, était pour lui chose difficile. Il ne l'essaye pas sérieusement, et il se borne à ce qu'il appelle un *déterminisme* rigoureux des causes immédiates de la vie. Déterminisme veut dire ici observation et pas autre chose. C'est le nom par lequel la nouvelle école désigne sa méthode scientifique. Dans ce déterminisme, la vie est caractérisée par la nutrition, c'est-à-dire par un mouvement nutritif perpétuel d'absorption moléculaire et d'excrétion des résidus. « L'univers n'est rien que par la vie, et tout ce qui vit le nourrit », a dit Brillat-Savarin.

Dans cette rénovation intérieure que les positivistes acceptent par raison sans l'avoir jamais vue, il y a un courant matériel (*tourbillon vital*) qui traverse l'organisme en renouvelant sa substance tout en conservant la forme des parties. Sur chaque point du corps de l'être vivant se fixe un atome prenant la place d'un atome usé qui disparaît en laissant quelque chose de lui-même, comme dans le monde à tout instant se produit une naissance à la place d'une vie qui s'éteint en laissant une partie d'elle-même dans sa descendance. Dans l'organisme les actes de formation et d'organisation entraînent forcément les actes de désorganisation, mais c'est peut-être abuser que de soutenir que *l'organisation n'est qu'une désorganisation*, et que *la vie c'est la mort*. Laissons ces formules aux esprits amoureux du paradoxe. Elles peuvent aller rejoindre celles de l'école de peinture réaliste, qui a dit : « Le beau c'est le laid », et de ces révolutionnaires qui disaient faire de l'ordre avec du désordre.

Du moment que dans cet échange il reste quelque chose au corps qui fait sa richesse, ce n'est pas là de la désorganisation; c'est au contraire de l'ordre et une économie bien entendue. — Le banquier ne se contente pas de sortir de sa caisse une somme à remplacer par une somme égale, son talent consiste à rejeter ce qu'il faut pour recevoir davantage, et toute déduction faite, c'est ainsi qu'il accroît sa fortune. Ainsi s'accroît le corps des êtres vivants. Ils dépensent pour recevoir plus qu'ils n'ont dépensé et accroître ou maintenir leur prospérité.

Sans doute la désassimilation est nécessaire à l'assimilation comme la déplétion du corps est nécessaire à la nutrition. Mais ce n'est qu'un résidu. Qui donc oserait placer la défécation dans les causes de la digestion? C'est dans un autre ordre d'idées : vouloir connaître la force d'une machine à vapeur en appréciant la quantité de cendres et des déchets de charbon qui tombent du foyer.

En suivant cette pensée peut-on dire qu'une désassimilation interstitielle accompagne toute manifestation vitale; — que lorsque la sensibilité, la volonté, la réflexion et la mémoire s'exercent, les nerfs s'usent et le cerveau se consume; « que jamais la même matière ne sert deux fois à la vie; que lorsqu'un acte est accompli, la parcelle de matière vivante qui a servi à le produire n'est plus, et si le phénomène reparaît, c'est une matière nouvelle qui lui a prêté son concours » (1)? Je ne le pense pas. C'est une hypothèse peu vraisemblable. Prenons, par exemple, la mémoire qui nous fournit les détails d'un fait passé depuis quarante ans, qui permet à certains vieillards, ce dont j'ai été le témoin, de réciter des pages entières de nos classiques célèbres, appris dans l'enfance. J'en ai même vu un qui récitait tout Virgile en commençant par la fin. Croit-on que les parcelles de matière vivante qui ont servi à produire la première manifestation du phénomène mémoire chez l'enfant aient disparu au moment de cette manifestation intellectuelle sans laisser de traces, pour qu'un an, dix ans, cinquante ans plus tard. l'homme retrouve ses souvenirs plus aisément qu'il ne retrouve le souvenir des éléments de la veille? — S'il en était ainsi, il n'y aurait plus de mémoire. Tout souvenir serait impossible du moment que la parcelle de matière vivante en rapport avec le fait ou les mots à retenir aurait disparu. Et quant à prétendre que si le phénomène reparaît, c'est qu'une matière nouvelle lui a prêté son concours, comment cette matière toute neuve pourrait-elle agir pour réciter deux mille vers de Virgile appris cinquante ans auparavant? Il n'y aurait pas à insister sur ce roman physiologique, si l'école d'où il sort n'avait pas cent fois formulé la prétention de n'étudier que les causes immédiates des phénomènes, de ne s'en tenir qu'aux faits rigoureusement constatés, et surtout de ne jamais faire d'hypothèses.

Mais continuons. — Dans ce principe qu'enchaîne le phénomène des corps inorganiques il y a la preuve qu'une même règle dirige les opérations accomplies dans les corps vivants et dans les corps bruts. — « Un être vivant qui est dans la plénitude de son activité fonctionnelle ne nous manifeste donc pas l'énergie plus grande d'une force vitale mystérieuse; il nous offre simplement dans son organisme la pleine activité des phénomènes chimiques de combustion et de destruction organique. » — Quand Cuvier nous dépeint la vie s'épanouissant dans le corps d'une jeune femme, il a tort de croire avec les vitalistes que les forces ou les propriétés physiques et chimiques sont alors domptées ou maintenues par la force vitale. Au contraire, toutes les forces physiques sont déchaînées, l'organisme brûle et se consume plus vivement, et c'est pour cela que la vie brille de tout son éclat (2).

Telle est la pensée de la nouvelle école sur les phénomènes physiques et chimiques qui, de la naissance à la mort de l'être vivant, produisent la désassimilation, corrélative de l'assimilation, ou bien la destruction organique en rapport avec les manifestations vitales. C'est d'après ce que l'on affirme, une *combustion* due à l'absorption de l'oxygène. « L'être qui vit est comme le flambeau qui brûle, le corps s'use, la matière du flambeau se détruit; l'un brille de la flamme physique, l'autre brille de la flamme vitale. » Je ne saisis pas bien le sens de cette métaphore plus poétique que physiologique; En disant que la *vie est une combustion*, la physiologie fait du roman. Elle commet une erreur. C'est oxydation qu'il fallait dire pour exprimer les combinaisons de l'oxygène avec les tissus, et les mots de combustion ou de corps qui brûle appliqués à la vie sont tout à fait impropres et répugnent au vrai langage scientifique. Une combustion qui, au lieu de détruire, développe quelque chose, qui fait d'un ovule invisible un embryon, un individu, une espèce ou même une race, dans tous les règnes de la nature, n'est pas une combustion. La vie d'un nouveau-né dont le poids augmente de 25 grammes par jour en moyenne, et de 40 grammes si l'assimilation est très-active, ne peut être considéré comme un effet de combustion d'autant plus vive que l'enfant est dans un état de plus grande prospérité. Et maintenant, si j'applique cette définition de la vie à un arbre, au chêne, par exemple, voilà que je me trouve en face de deux combustions possibles : l'une qui l'élève, le grandit, le développe pendant trois ou quatre cents ans pour en faire le roi de nos forêts, c'est la vie; l'autre qui, en quelques heures, dans une cheminée, en

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 mars.

(1) *Revue des Deux-Mondes.*

(2) *Revue des Deux-Mondes*, 1875, page 346.

fait un amas de cendres. Eh bien, n'en déplaise à la physiologie, la combustion ne sera jamais un moyen d'édifier quoi que ce soit.

A la nutrition, *caractère essentiel de la vie,* reposant sur une désassimilation moléculaire qui prépare l'assimilation, M. Cl. Bernard ajoute l'action d'un agent d'organisation qui est *le germe* et dont l'intervention lui paraît nécessaire pour expliquer la mue de certains êtres et les formations ou rénovations de tissus chez tous les autres. Ce n'était pas la peine de combattre le dualisme ancien pour arriver à celui-là. Mais *qu'est-ce que ce germe* dans lequel existe la force créatrice? « C'est l'agent d'organisation et de nutrition par excellence, qui attire autour de lui la matière cosmique et l'organise pour constituer un être nouveau. Toutefois, le germe ne peut manifester sa puissance organisatrice qu'en opérant lui-même des combustions et des destructions organiques (1). »

Voilà donc, en dehors des propriétés physiques et chimiques de la matière, un agent d'organisation qui manifeste sa puissance organisatrice en comburant ce qui l'environne et qui attire autour de lui la matière cosmique. Pourquoi cet agent attire-t-il la matière cosmique? A moins de prétendre que c'est en vertu de ses propriétés physiques, il faut convenir que c'est en raison de ses propriétés vitales, et voici, par une contradiction assez singulière, M. Cl. Bernard revenu au vitalisme qu'il avait entrepris de détruire.

Il n'y avait pas deux chimies, disait-il, l'une pour les corps vivants, l'autre pour les corps bruts, et voilà que pour expliquer la formation des êtres il admet qu'il y a des agents capables d'organiser les synthèses chimiques pour les approprier à l'édification morphologique du nouvel animal. « Parmi ces agents de *la chimie vivante*, le plus puissant, le plus merveilleux, est l'œuf, la cellule, la cellule primordiale qui contient le germe, principe organisateur de tout le corps (2). »

La mort n'arrive « que parce que l'enchaînement évolutif de l'être est parvenu à son terme et que l'impulsion cellulaire organisatrice a épuisé sa vertu », ce qui revient à dire que la mort résulte de l'arrêt d'impulsion du principe vital organisateur appelé ici impulsion cellulaire. C'est la théorie du *Séminalisme* que j'ai formulée très-longuement en 1866 (3), et dont je reparlerai plus loin.

Revenant de plus en plus au vitalisme qu'il a combattu, M. Claude Bernard ajoute : « Il y a (dans ces actions chimiques) comme un dessein vital qui trace le plan de chaque être et de chaque organe, en sorte que si, considéré isolément, chaque phénomène organique est tributaire des forces générales de la nature, pris dans leur succession et dans leur ensemble ils paraissent révéler un lien spécial, ils semblent dirigés par quelque condition invisible dans la route qu'ils suivent et dans l'ordre qui les enchaîne (4). » Puis il dit : « C'est cette puissance ou propriété évolutive, que nous nous bornons à énoncer ici, qui seule constituerait le *quid proprium* de la vie; car il est clair que cette propriété évolutive de l'ovule qui produira un mammifère, un oiseau ou un poisson, n'est ni de la physique, ni de la chimie (5). » Il me semble que c'est là ce qu'ont dit Pythagore, Platon, Aristote, Hippocrate dans l'antiquité, Paracelse, Van Helmont, au moyen âge, Stahl, Bordeu, Grimaud, Barthez, Bichat et tous les vitalistes des temps modernes. Pourquoi les avoir condamnés et maltraités, s'il faut revenir au principe de leur doctrine par une hypothèse discutable et que beaucoup de médecins physiologistes ne pourront admettre.

Attribuer au germe le rôle d'un agent organisateur de tout le corps, la puissance évolutive créatrice des organes, le *quid proprium* de la vie, n'est qu'une hypothèse peu justifiable. — Dans la perpétuité des êtres vivants et dans leur génération, il y a deux facteurs, l'un à peu près passif et l'autre essentiellement actif. Le germe n'a rien d'actif en lui-même et il ne représente que la constitution en puissance de celle qui le forme. Inerte, et par conséquent sans puissance évolutive, il est condamné à la décomposition, ce qui lui arrive bien souvent, puisque sur plusieurs centaines de germes que forme une femme, il n'en est qu'un très-petit nombre qui se développe. S'il a une puissance évolutive, elle lui vient du dehors, elle lui est donnée par l'autre facteur, et elle variera suivant la taille, la couleur, la force et la santé de cet auxiliaire. Par ce contact il reçoit véritablement ce qu'il faut appeler la vie, il entre en mouvement, sa matière s'organise en attirant ce qui est nécessaire à l'édification des tissus et à la construction du mécanisme vital dont la qualité représentera celle des facteurs. Sans doute les échanges moléculaires et les actions organiques se feront selon les lois de la physique et de la chimie générale, mais qui ne voit que ce germe éphémère, vivant sans puissance créatrice, destiné à périr au bout de quelques heures et à tomber sous l'empire des lois physiques de la décomposition, n'en a été empêché que par le contact de l'adjonction de cet agent venu du dehors et qui lui eût transmis la vie? N'est-ce pas là « le principe supérieur » agissant sur la matière inerte et obéissante des anciens philosophes; la force vitale qui, sans cesse en lutte contre les forces physiques, agit avec intelligence, dans un dessein calculé pour la conservation de l'organisme; — le principe intérieur d'action de Kant; l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort de Bichat; l'agent vital dont j'ai fait connaître les propriétés à propos du Séminalisme? Donc il n'y a pas à parler de la puissance évolutive du germe, car cette puissance n'existe pas, à moins que la fécondation ne vienne la lui communiquer. Dans ce cas, il faut tenir compte du germe et de l'agent séminal, qui ont chacun ses qualités, ses diathèses et tout ce qui fera l'être nouveau, véritable mélange qui rappelle physiquement et moralement la personne des parents.

C'est à ce point de vue qu'en dehors du principe immatériel de la vie, il faut tenir compte du principe séminal qui est distinct de l'organisation, qui en précède et dirige le développement, enfin dont les qualités et les vices modifient la force et les formes du nouvel être.

Ainsi, obligé de reconnaître qu'une puissance antérieure à l'organisation de l'individu dans chaque espèce d'êtres crée les organes nécessaires à son usage, je dirai :

La vie est un principe d'action susceptible de communiquer à la matière une forme et des propriétés nouvelles différentes de sa forme et de ses propriétés physiques ordinaires.

Maintenant quelles sont ces forces physiques tenues en respect par la vie et dont l'empire commence à la mort? Il est difficile de le dire d'une façon précise. Longtemps on a cru que l'humidité et la chaleur engendraient la décomposition du corps et sa putréfaction par une fermentation putride, qui donnait lieu à des formations de gaz et de résidus organiques. Mais aujourd'hui, il semble certain que cette destruction des corps vivants par la putréfaction n'est pas autre chose qu'un festin du monde invisible fait aux dépens du monde visible dont la force d'affinité vitale a disparu. Ce corps qui attirait ces éléments nécessaires à son ensemble par la vie, et qui par elle maintenant forme des milliards de milions d'infusoires dont le développement produit les gaz réputés putrides et dont le résultat est la dissolution des corps inanimés.

C'est une transformation, et ce que nous appelons la mort n'est qu'une forme de la vie invisible. Un ensemble disparaît à nos yeux, et sur sa dépouille des millions d'êtres microscopiques, se produisent, pour être à leur tour anéantis et repris sous forme impalpable par d'autres espèces qui en vivent et dont le sort est d'en nourrir d'autres. Ainsi ai-je pu dire que la mort était la pourvoyeuse de la vie, mais il n'en est pas moins évident, que l'être vivant ne se constitue qu'en luttant contre les causes chimiques ou parasitaires de destruction qui l'entourent.

Après avoir démontré qu'un principe de vie, distinct des propriétés habituelles des corps, attire la matière dans des formes spéciales en luttant contre les causes extérieures de destruction, il est bon de pénétrer plus avant dans le mystère de la formation des êtres.

Il y a dans le développement et dans la fabrication des organes qui conduisent un animal à la vie indépendante, une période de vie embryonnaire, généralement trop négligée des philosophes et des physiologistes. On s'occupe, avec raison, de la recherche du mécanisme des fonctions dans un organe; mais il serait temps d'approfondir la physiologie des éléments qui s'associent à l'infini pour créer ces organes et pour en maintenir la texture, malgré la rénovation continuelle des tissus. Dans cette *physiologie moléculaire,* il

(1) *Revue des Deux-Mondes*, page 342.
(2) Page 318.
(3) E. Bouchut *Histoire des doctrines médicales.* Deuxième édition.
(4) Page 348.
(5) Page 349.

ne saurait être question des appareils et des fonctions qui sont en rapport avec eux, il n'y a qu'à étudier les propriétés de l'atome vivant, destiné par la vie à entrer dans la trame des organes où à former les premières cellules rudimentaires de l'être.

Là, il n'y a point encore de propriétés de texture ni de fonctions régies par ces propriétés, puisque la texture est encore à faire. C'est la monade vivante, la matière amorphe qui doivent former les premières cellules de l'embryon, et plus tard, les cellules constitutives de l'être enfant ou adulte, dont il faut étudier l'état physiologique et pathologique.

En décomposant ainsi, les êtres vivants dans leurs organes constitutifs et ceux-ci dans leurs éléments rudimentaires, on arrive à se trouver en présence des corpuscules microscopiques, également doués de la vie et ayant des attributs particuliers.

Ces attributs sont : 1° une sensibilité obscure organique, indépendante des nerfs; 2° une faculté de se mouvoir sans fibres et sans muscles; enfin, une volonté instinctive et irrésistible des formes à construire, dans chaque espèce et dans chaque organe des différentes espèces.

J'ai donné à ces attributs les noms d'*impressibilité*, d'*autocinésie* et de *promorphose*. Ils varient selon les êtres et selon la nature du principe séminal qui met le germe en mouvement. On peut agir sur eux et les modifier, et c'est sous l'influence de ces actions étrangères que se développent les maladies héréditaires et les diathèses qui empoisonnent ou abrégent la vie de l'individu.

Je craindrais d'abuser de l'attention du lecteur en développant ces principes qui exigerait des détails peut-être trop spéciaux et qui sont la base de ce que j'ai appelé le *vitalisme séminal* ou *séminalisme*. Je m'arrête donc ici forcément, et pour me résumer je dirai :

Qu'il est dans l'homme avec son âme, et pour les besoins de son existence, un principe de vie capable d'attirer à lui la matière du dehors et de lutter contre les causes physiques et parasitaires de destruction;

Que ce principe donne à la matière qu'il attire et dirige des attributs spéciaux distincts de toute propriété de structure;

Que ce principe peut subir accidentellement ou volontairement des modifications capables de changer la forme, la couleur et la vitalité des êtres;

Que ce principe est le point de départ d'un grand nombre de maladies de l'espèce humaine;

Enfin, que la doctrine physiologique et pathologique d'une force vitale dirigeant l'évolution de la matière des organes pour la formation de l'homme représente plus exactement sa nature que la doctrine de la vie considérée comme un effet d'organisation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — La Faculté ouvrira ses cours d'été le mercredi 15 mars 1876.

Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon : Étude spéciale des plantes qui intéressent la médecine (troisième partie du programme imprimé). Lundi, mercredi, vendredi, à onze heures.

Physiologie. — M. Béclard : Digestion, absorption, circulation, sécrétion (en général), nutrition. Lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Anatomie pathologique. — M. Charcot : Anatomie pathologique spéciale : organes digestifs, poumons. Lundi, mercredi, vendredi, à deux heures.

Pathologie chirurgicale. — M. Trélat : Maladies des régions. Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

Médecine légale. — M. Tardieu, suppléé par M. Lancereaux : Étude médico-légale des empoisonnements. Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures.

Pharmacologie. — M. Regnauld : Exposé général des applications de la pharmacologie à la thérapeutique. Étude des différents groupes de médicaments, considérés spécialement au point de vue des formes pharmaceutiques et de l'art de formuler. Mardi, jeudi, samedi, à onze heures.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Pajot : Anatomie obstétricale : gestation et parturition naturelles, résumé de la dystocie, opérations, puerpéralité. Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian : Études de pathologie expérimentale sur le système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à deux heures.

Pathologie médicale. — M. X..., mardi, jeudi, samedi, à trois heures.

Hygiène. — M. Bouchardat : Alimentation, excrétions, hygiène générale. Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures.

Thérapeutique et matière médicale. — M. Gubler : Médications hypnotique, aphrodisiaque, emménagogue, cures d'émaciation et d'engraissement, traitement des diabètes, de la goutte, etc. Mardi, jeudi, samedi à cinq heures.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.* — Par arrêté ministériel en date du 31 janvier 1876, il sera ouvert un concours pour une place de chef des travaux anatomiques, le 24 août 1876.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 mars, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Rapports de MM. Domerc et Dusseris sur les candidatures de MM. Labarraque fils et Morel (d'Arleux). — 2° Nominations de membres correspondants et associés libres nationaux. — 3° Observation d'hystérie chez l'homme, par M. Rochet. — 4° Assistance chirurgicale à domicile et enseignement, par M. Mallez.

— M. le docteur Bucquoy, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Cochin, commencera ses leçons cliniques le mardi 7 mars, à neuf heures et demie, et les continuera les mardi et vendredi, de chaque semaine à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Soudd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Fer Girard (Protoxalate de fer).

Rapport favorable de l'Académie de médecine, séance du 12 novembre 1872.— M. Hérard a constaté que « cette préparation, presque insipide, « est facilement acceptée par les malades et très- « bien supportée par l'estomac, et qu'aux doses de « 10 à 20 centigrammes par jour, elle relève les « forces et guérit la chloro-anémie, comme le font « les bonnes préparations ferrugineuses ; que ce « qui distingue particulièrement ce *nouveau sel de* « *fer* et lui donne des droits à entrer dans la thé- « rapeutique, *c'est qu'il ne constipe pas.* On peut « même en portant la dose à 30, 40 et 50 centi- « grammes, combattre efficacement la constipation « et obtenir des garde-robes plus ou moins nom- « breuses. » (*Bull. Acad. de médecine*, 2e série, t. I, 1872, p. 1109 et suiv.)

Le **Fer Girard** est en poudre ; il se délivre en flacons de 15 grammes, munis d'une petite cuiller de la contenance de 10 centigrammes, dose à laquelle il se prescrit au commencement des deux principaux repas. — Dépôts : à la pharmacie, 7, rue de la Feuillade ; à la pharmacie, 9, rue Vivienne, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Apiol des Drs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition universelle de Londres de 1862.

Pour éviter au corps médical tout mécompte qui proviendrait de l'emploi des contrefaçons et imitations infidèles de ce puissant emménagogue, nous rappelons les principaux caractères physiques et chimiques de l'*Apiol* pur des **Drs Joret et Homolle**, le seul qui ait été l'objet des rapports favorables, après expérimentation dans les hôpitaux de Paris.

L'**Apiol** pur est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau. La liqueur verdâtre, à odeur térébenthacée, que le commerce délivre sous le même nom, n'a aucune de ses propriétés, et n'offre aucune garantie d'efficacité.

Exiger les signatures : Dr JORET et PUJOL. — Dépôt général : Pharm. Briant, 150, rue de Rivoli.

Huile de Foie de morue de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration ; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière ; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Bains d'Eaux mères de SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. — Un litre pour un bain. — Flacon, 1 fr. 50. — *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

Dépôts : A Paris, Pharm. centrale de France, 7, rue de Jouy. — Province, les princip. pharmacies. — A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée, et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Bagnols Saint-Émilien

Vin tannique des hôpitaux de Paris.

(1er choix) conservé par le procédé Pasteur.

La Blle, grand format (80 à 90 centilitres), 3 fr. — 6 Blles, id. 17 fr. — 12 Blles, 32 fr. — 25 litres en bonbonne d'origine, 50 fr. — Envoi *franco* de tous droits, dernière gare française. —

Kina Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Supérieur au Kina au Bordeaux, Malaga, etc. — La Blle, 3 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 17 fr.

Coca Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Tonique le plus agréable et le plus efficace. — La Blle, 4 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 22 fr. Bosredon, ph., r. des Francs-Bourgeois, 41, Paris.

Sirop Barbarin au phosphate MONOCALCIQUE CRISTALLISÉ.

— Seule préparation liquide de phosphate de chaux obtenue sans le secours d'un acide, la seule rationnelle puisqu'il est prouvé que toute dissolution du phosphate tricalcique donne naissance à un mélange impur de phosphate monocalcique et d'un autre sel de chaux lactate au chlorure, suivant l'acide choisi ; la seule que l'état cristallisé du sel employé permette de doser exactement (1 gramme pour 30) et de priver de toute trace d'acide phosphorique libre.

LE MEILLEUR DES RECONSTITUANTS, plus actif que l'huile de foie de morue ; goût très-agréable ; 5 années de succès dans les hôpitaux de Paris ; 2e médaille d'argent, Exposition univ., Paris, 1875. Paris, Barbarin, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, 163, r. de Belleville et phies. — 2 fr. 50.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* Guersant,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Solution Bourguignon au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas.— Dans toutes les pharmacies.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — Seul dépôt pour la vente en gros et exportation : maison Raoul BRAVAIS et Ce, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra). — Usine à Asnières (Seine). — Maison au Havre.

Alcaloïdes, poisons, tous médicaments dosés par

Garnier-Lamoureux et Cie

sous forme de Granules *et* Dragées. — Médaille d'or, Exposition de Paris, 1875. — Vin et Sirop iodo-phosphatés de quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. — Phie VIÉ-GARNIER, 213, rue St-Honoré, Paris. — (Exiger le nom et l'adresse.)

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies *consomptives, phthisie, diabète, cachexie palustre.*

Par la réunion de *l'alcool et de la viande* crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans *les convalescences, l'anémie, l'épuisement.* Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices. — 3 fr. 50, à la pharm., 82, rue Rambuteau.— Gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES de PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — Détail, rue Coquillière, 25. — Gros : rue de la Perle, 11.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

Goudron Freyssinge.

Liqueur normale concentrée obtenue par la concentration seule de l'EAU DE GOUDRON.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'EAU DE GOUDRON VÉRITABLE, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complètement le produit.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul expérimenté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

N° 28. — MARDI 7 MARS 1876. 49e ANNÉE. MARDI 7 MARS 1876. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Un aliéné, en possession d'un intervalle lucide ou d'une rémission très-franche, peut-il se marier et légitimer des enfants naturels?

A l'une des dernières séances de la Société médico-psychologique, M. le docteur Billod, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Vaucluse (arrondissement de Corbeil), est venu poser à ses collègues la question qui précède, à l'occasion du fait que voici : un malade, atteint de paralysie générale, éprouve une rémission très-nette, et, dans cette période peut-être assez durable de rétrocession pathologique, il demande à épouser sa maîtresse et à reconnaître les trois enfants qu'il a eus d'elle. Il a toujours songé très-sérieusement à réaliser ce désir, dont il n'a été détourné malgré lui que par des embarras d'argent, et il n'a acquis la possibilité de se marier que par le fait d'une récente intervention charitable. Son insistance est calme; celle de la femme est digne. Or, *quid agendum?*

Pour répondre à cette question, il importe d'abord de rappeler que la base fondamentale de tout contrat réside dans le libre consentement des parties contractantes, et qu'aux termes de l'article 146 du Code civil, « il n'y a point mariage s'il n'y a pas eu consentement. » Il est ensuite indispensable de passer rapidement en revue l'état de la jurisprudence, à diverses époques, puis d'en appeler aux cas antérieurement observés. La conclusion se présentera alors d'elle-même.

La loi romaine s'opposait d'une manière absolue au mariage du *mente captus, quia consensu opus est*, mais elle permettait au *furiosus* de se marier lorsqu'il était en possession d'un intervalle lucide.

L'ancien droit romain autorisait la fille du fou à se marier, parce que les enfants à naître se trouvaient sous la puissance du mari, et, à son défaut, sous la puissance du père du mari; mais il interdisait le mariage du fils du fou, car l'on ne pouvait pas imposer au fou des héritiers siens (*hæredes sui*). C'est Justinien qui abrogea cette disposition sévère, et, à partir de l'époque justinienne, le fils du fou put se marier.

Zacchias ne voyait aucun inconvénient au mariage du fou, pendant un intervalle lucide bien constaté. Celui qui attaquait ce mariage, devait prouver la folie au moment de la célébration; le défendeur, au contraire, avait à démontrer qu'au moment de la célébration il était en possession d'un intervalle lucide : *onus probandi sanam mentem incumbit alleganti*.

En Allemagne aujourd'hui, où l'expertise médicale est élevée à la hauteur d'une véritable institution, comment procède-t-on au mariage des sourds-muets? On fait constater pour chaque cas, par une commission officielle d'experts, s'il y a bien réellement consentement de la part de ceux qui se proposent de contracter mariage, et selon les conclusions des experts, le mariage est accordé ou rejeté.

En France, à l'époque actuelle, les jurisconsultes s'accordent généralement à regarder comme valable tout mariage *avant l'interdiction*, qui aurait été contracté pendant un intervalle lucide. Si le malade de l'asile de Vaucluse traverse en ce moment une période très-nette de rémission, et s'il est capable d'exprimer une volonté libre et réfléchie, il peut donc épouser sa maîtresse et légitimer ses trois enfants naturels. Que M. Billod demande sa sortie et le mariage se célébrera au dehors.

Il y a plus : le mariage peut être célébré dans l'intérieur de l'asile! Je sais bien qu'aux termes de l'article 39 de la loi du 30 juin 1838, les actes faits « par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ou demandée, pourront être attaqués pour cause de démence, » et que l'action en nullité pourra s'exercer pendant le délai de dix ans; mais la nullité des actes ainsi faits n'a pas lieu de plein droit. Que l'aliéné non-interdit puisse demander la nullité des actes qu'il a passés avec des tiers, alors qu'il était retenu dans un établissement public ou privé, je le veux bien, mais le tribunal peut en prononcer la validité toutes les fois que la preuve de la démence ne lui a pas été suffisamment fournie. « Les magistrats, a dit Demolombe, prononceront en considérant toutes les circonstances dans lesquelles l'acte aura été passé, et surtout le caractère de l'acte lui-même, suivant qu'il sera d'administration seulement ou de disposition à titre gratuit ou à titre onéreux, et enfin suivant le préjudice plus ou moins considérable qu'il causera à l'aliéné. » Donc, d'après l'article 39 de la loi du 30 juin 1838, le mariage ne serait pas nécessairement nul.

Une objection d'un ordre un peu sentimental ne manquera pas d'être faite. Si le mariage d'un aliéné, dira-t-on, venait à se célébrer dans l'intérieur d'un asile, que dirait le public? Quelle opinion se ferait-il sur le médecin qui aurait provoqué ou permis l'accomplissement dans de telles conditions d'un acte aussi grave?

Le médecin n'a jamais à se préoccuper de ce qu'un public ignorant, oisif, moqueur, jaloux ou malveillant, pourra penser et dire de lui. En ne sortant pas des plus strictes limites du devoir professionnel, en ne suivant que les lumineuses indications de la science et en n'obéissant qu'aux plus pures inspirations de la conscience, nous nous élevons avec indépendance et fierté au-dessus du public, et nous étouffons du même coup et ses passions malsaines et ses sottes clameurs. Si impopulaire que soit une vérité, le médecin ne doit pas hésiter à l'exprimer. Le courage est son lot. Son attitude doit être la même, soit qu'il se trouve sous le feu de l'ennemi, au milieu de varioleux, de cholériques ou de pestiférés, soit qu'il se trouve en face d'une population affolée qui réclame à grands cris l'échafaud pour un accusé, ou d'hommes incompétents qui méprisent l'opinion de la science. Périls, attaques ou critiques, il doit tout braver, dès qu'il a un devoir à accomplir et une vérité à proclamer. C'est le public alors qui finit par comprendre et par s'incliner.

Mais, dans l'espèce, la responsabilité du médecin est-elle donc aussi énorme? En aucune façon. Il n'est consulté par le parquet que comme expert, et on ne lui demande son opinion scientifique que sur l'état mental d'un malade et sur le degré actuel de capacité civile de ce malade. Quant à la décision, elle est prise en dehors de lui. Le procureur de la République de l'arrondissement autorise ou rejette le projet de mariage, et s'il y avait une responsabilité à encourir, elle incomberait tout entière au magistrat. Quoi qu'il puisse arriver, le médecin est couvert.

J'arrive maintenant à l'examen des faits analogues antérieurement observés :

1° Pierre S..., sergent du génie, se trouvait à Lyon, en 1831, au moment des troubles politiques. Saisi par une troupe d'ouvriers qui voulaient le jeter dans le Rhône, il éprouva une violente émotion et devint sujet à des attaques d'épilepsie. En 1844, étant alors en retraite à Montpellier, il eut un accès de fureur; il se précipita dans une rue et désarma une sentinelle. Au mois de mai 1846, en proie à un nouvel accès de fureur, il s'arma d'un couteau, fit à plusieurs personnes inoffensives des blessures très-graves et fut placé dans l'asile des aliénés du département de l'Hérault.

Pierre S... vivait avec une femme dont il avait eu un enfant, et il désira légitimer ce dernier par un mariage. Le docteur Rech, médecin de l'asile, fit un certificat et constata que l'aliénation mentale n'était pas continue; que pendant les intermissions, assez longues d'ailleurs, la raison était entière, et l'autorité civile procéda au mariage.

Le 21 mars 1850, au moment où le dîner sonnait, à cinq heures du soir, Pierre S... eut une attaque près de son lit: un oreiller fut placé sous sa tête et le malade resta seul un instant, pendant que l'on conduisait les aliénés au réfectoire. Quelques minutes après, un infirmier étant venu le prendre, le trouva grièvement blessé. Pierre S... s'était frappé vers le milieu de l'abdomen avec un petit couteau de poche. Tout près de lui, par terre, se trouvaient quelques mètres d'intestin complétement détachés.

La mort survint le lendemain.

2° Au mois de décembre 1873, une veuve M..., née M..., âgée de soixante-deux ans, diabétique, opérée d'une cataracte double, hémiplégique à gauche, affaiblie intellectuellement et gâteuse, se trouvait placée dans l'asile privé du docteur Rota, à Paris. Un sieur G... avait vécu maritalement avec elle et en avait eu une fille. Pour légitimer cette fille et lui laisser légament toute sa fortune, il demanda à épouser la veuve M... et adressa à cet effet une requête à M. le procureur de la République, près le tribunal de première instance de la Seine et un certificat favorable du docteur Rota.

Le chef du parquet délégua M. le docteur Motet, qui, dans une pièce médico-légale d'un grand intérêt, conclut à la possibilité du mariage projeté. Le procureur de la République autorisa.

Le maire de l'arrondissement se transporta dans l'asile de la rue Picpus, et là, revêtu de ses insignes et en présence de témoins, il procéda à la célébration du mariage.

Et maintenant, en face de l'espèce nouvelle qui vient de se produire, pourquoi n'autoriserait-on pas le mariage du paralytique de l'asile de Vaucluse et la légitimation de ses trois enfants naturels, s'il est cliniquement démontré que le malade est dans une période très-franche de rétrocession pathologique, que la rémission est de bon aloi et que la volonté du futur époux peut se manifester sainement et librement? Aucun texte de la jurisprudence française ne s'y oppose.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1)

(Recueillies par M. Jalaguier, interne du service.)

Obs. III. — *Irradiations douloureuses paroxystiques dans la verge et le périnée pendant quarante-huit heures, suivies, au bout de ce temps-là, d'une plaque d'herpès sur le limbe du prépuce. — Diminution des douleurs après cette première poussée herpétique.*

Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, retour des douleurs névralgiques : elles irradient dans les deux membres inférieurs, surtout dans le gauche. Deux ordres de douleurs : douleurs fulgurantes, disséminées, en zigzag, puis douleurs à direction fixe et à courants ascendants et descendants. — Hyperesthésie cutanée, par plaques mobiles, avec toutes ses variétés.

Ces douleurs sont suivies d'une deuxième poussée herpétique, plus accusée sur la moitié gauche du limbe que sur la moitié droite. — Érosion herpétique sur la lèvre gauche du méat.

Douleurs locales aiguës et hyperesthésie sur le prépuce et le gland.

Hyperesthésie de la muqueuse uréthrale. — Miction douloureuse et pénible, sans écoulement uréthral. — Phénomènes spasmodiques du col et de la portion membraneuse du canal, etc.

Conflit et échange d'action et de réaction pendant quatre jours entre la poussée herpétique et la névropathie irradiante.

A partir du septième jour, persistance de quelques troubles de la sensibilité. — Obtusion des sensibilités cutanées sur la peau des bourses ou du périnée. — Perversion des sensations tactiles. — Hallucination de la sensibilité tactile faisant croire à la présence permanente d'un paquet de linge entre les fesses, etc., etc.

M. C..., âgé de vingt-huit ans, blond, d'un tempérament sanguin, vigoureusement constitué, est exempt de toute affection constitutionnelle autre que la syphilis, qu'il avait contractée en 1873. Je lui donnai des soins pendant longtemps : les accidents cutanés et muqueux furent légers. Il prit, à divers

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 mars.

intervalles de temps, du mercure et de l'iodure de potassium, pendant près de deux ans.

En 1874, il avait contracté une blennorrhagie légère, qui guérit rapidement et sans complications.

Il était en parfaite santé et n'avait eu depuis longtemps aucune manifestation syphilitique, lorsque le 10 du mois de juin 1875, il fut pris, sans cause appréciable, d'élancements douloureux dans la verge. Ces élancements partaient du gland et aboutissaient aux bourses en parcourant tout le canal, puis des bourses ils remontaient vers le gland. Le malade crut qu'il allait avoir une nouvelle blennorrhagie. Le dernier coït avait eu lieu huit jours auparavant. Il s'examinait avec la plus grande attention, croyant toujours voir apparaître une goutte blanche au méat. Mais il n'en fut rien. Pendant deux jours, ces irradiations lancinantes et paroxystiques comme les douleurs névralgiques persistèrent sans qu'il survînt aucun changement matériel appréciable dans les parties malades.

Quarante-huit heures après l'invasion de cette attaque de douleurs génitales, il se produit de la rougeur, du gonflement et une vive sensibilité sur le limbe du prépuce. C'était le 12 juin : M. C... vint me consulter. Je constatai que le limbe était rétréci par la tuméfaction inflammatoire et que le gland ne pouvait être qu'incomplétement découvert.

En explorant les choses de plus près, j'aperçus trois ou quatre petites vésicules transparentes ou opalines qui se détachaient comme de petits grains de semoule sur le fond rouge du limbe préputial.

Les douleurs lancinantes de la verge et des bourses s'étaient un peu calmées. Mais au bout d'un ou deux jours elles reprirent avec plus d'intensité ; et, franchissant les limites des organes génitaux externes, elles irradièrent du côté du périnée jusqu'à l'anus, puis vers l'ischion et les cuisses.

Le membre inférieur droit fut le premier et le seul envahi, pendant un jour ; ensuite le gauche fut également pris, et même plus que l'autre, puisque les irradiations parcouraient non-seulement la cuisse, mais aussi la jambe et descendaient jusqu'au pied.

Ces douleurs étaient essentiellement *paroxystiques*, *fulgurantes*, *brisées* çà et là dans leur continuité, en *zigzag*, sans *direction fixe*, *continue*, *persistante*. Elles se reproduisaient toutes les deux ou trois minutes. Elles durèrent sous cette forme pendant un jour et une nuit, tellement vives et agaçantes qu'elles empêchèrent tout sommeil au plus fort de la crise.

Mais le phénomène le plus curieux, ce fut l'*hyperesthésie* qui se manifesta vers le 13, non-seulement sur tout le prépuce, mais au loin du foyer morbide, sur divers points des extrémités inférieures. Elle était telle que le contact du drap devenait parfois intolérable, comme si la peau eût été écorchée.

Tous ces troubles nerveux présentèrent une grande intensité. Ils étaient accompagnés d'une courbature, d'une fatigue musculaires qui rendaient la marche pénible et même douloureuse. Ils ne diminuèrent que du 15 au 16 (sixième jour de l'affection). Les douleurs en zigzag devinrent *régulièrement ascendantes et descendantes* tout le long des deux membres inférieurs, à mesure qu'elles décroissaient.

M. C... était fort instruit et avait quelques connaissances de physiologie et de médecine ; il vivait dans un monde de savants et de médecins. Il étudia minutieusement, et dans toutes ses modifications cette singulière névropathie, en ayant soin de consigner ce qu'il éprouvait les jours où il ne venait pas me consulter.

Le 16 juin, les érosions qui avaient succédé aux vésicules étaient distribuées sur tout le pourtour du limbe, sur le filet, sur la partie antérieure de la muqueuse préputiale. Elles étaient beaucoup plus nombreuses que le 12 ; il s'était donc fait, depuis ce jour-là, *plusieurs éruptions successives*.

Je découvris une large érosion d'un rouge très-vif sur la *lèvre gauche du méat*. Toutes les douleurs locales ou éloignées, ainsi que l'hyperesthésie cutanée avaient beaucoup diminué. Je ne constatai aucune altération bien notable des diverses sensibilités de la peau. (Cautérisation légère au crayon de nitrate d'argent.)

Je laisse maintenant parler M. C... Voici ses notes :

« 19 juin. Pris un bain. Difficulté d'uriner, difficulté de découvrir le gland. Le matin, plaies légèrement sanguinolentes. Douleurs lancinantes au-dessus du genou gauche, mais fort peu prononcées et à d'assez longs intervalles. Marché un peu à pied ; promené en voiture. Aucun pansement.

18. Même situation.

19. Même situation. La douleur n'a plus le même siége ; elle existe sous la cuisse gauche, en se rapprochant de l'anus. Pris un bain. Toujours difficulté d'uriner.

20. *Idem*.

21. *Idem*.

22. Douleur, espèce de cuisson dans les cuisses. Le frottement seul du pantalon cause cette douleur. Difficulté d'uriner.

23. *Idem*. »

A partir du 23, les douleurs disparurent à peu près complétement. Mais certaines troubles de la sensibilité persistèrent.

II

Je revis M. C... Le 30 juin (vingtième jour de l'affection), il existait toujours sur la lèvre gauche du méat et sur le pourtour du prépuce, du même côté, quelques exulcérations herpétiques. L'inflammation périphérique était peu prononcée. Balano-posthite et phimosis légers.

Mon malade ne souffrait plus ; les douleurs irradiantes n'étaient pas revenues ; mais des sensations bizarres persistaient encore. Ainsi, au fondement, il semblait qu'il *avait quelque chose comme un gros tampon de linge interposé entre les fesses*. J'examinai cette région, et je n'y trouvai rien d'anormal : pas d'hémorrhoïdes.

Il existait une *douleur vive en urinant*, bien qu'il n'y eût pas trace d'hémorrhagie. Il y avait aussi un peu de *dysurie*.

En explorant les diverses sensibilités de la peau, je trouvai qu'elles étaient toutes un peu *obtuses*, surtout celle du contact, dans la région scrotale, là où l'hyperesthésie avait été très-vive.

Quant à la douleur locale, elle persistait, et même l'hyperesthésie du limbe s'exaspérait quelquefois au point que le seul frottement de la chemise empêchait, ou, du moins, gênait la marche.

Je cautérisai très-énergiquement les érosions pour y détruire l'inflammation herpétique au moyen d'une inflammation artificielle substitutive. Je pense que ce moyen réussit. M. C..., qui avait d'abord été très-effrayé par toutes ces douleurs et ces troubles de la sensibilité, s'était rassuré en voyant qu'il n'avait pas de blennorrhagie, et que tout cet appareil névropathique, qu'il était tenté d'attribuer d'abord à une affection de la moelle épinière, se rattachait directement à l'affection herpétique du limbe et du méat. A la date du 30, il était à peu près guéri et se considérait comme tel. Je ne l'ai pas revu depuis cette époque.

Avant de commenter cette intéressante observation, je ferai

remarquer que les douleurs pendant la miction qu'accusait M. C... étaient, autant que j'ai pu m'en assurer en lui faisant analyser ses sensations, à la fois uréthrales et préputiales. Elles semblaient tenir à une sensibilité exaltée de toute la muqueuse uréthrale, à une hyperesthésie du canal mise en jeu par le contact de l'urine; mais elles étaient principalement exaspérées lorsque le liquide projetait son courant sur les érosions du méat et du limbe.

Quant à la difficulté d'uriner, elle avait son siége au niveau du col. Nul doute qu'elle ne fût produite par un léger *spasme musculaire* de l'organe et de la portion membraneuse du canal. J'ai observé le fait dans plusieurs attaques d'herpès. Après l'avoir étudié avec la plus grande attention chez des personnes qui n'avaient aucun état morbide du canal, et qui, du jour au lendemain, pendant les crises douloureuses de l'herpès, éprouvaient du malaise dans la vessie, du côté de la prostate et à l'anus, avec des envies fréquentes d'uriner et une sorte de titillation paroxystique dans la profondeur du périnée, etc., j'ai pensé qu'il ne pouvait pas recevoir une autre interprétation.

III

Le récit d'un pareil cas, ne vous édifie-t-il pas sur les circonstances les plus caractéristiques de cette étrange affection ? N'ai-je pas eu raison, messieurs, de vous la décrire sous le nom d'*herpès névralgique ?*

Les phénomènes de *névralgie*, ou, si vous aimez mieux, en erme plus général, plus compréhensif, les phénomènes de *névropathie* ont précédé, accompagné et suivi l'éruption. Il y a eu, dans leur processus, plusieurs phases qu'il est important d'étudier.

La première, qui a duré deux jours, a été prodromique et préparatoire. Les crises de douleurs qui la constituaient étaient circonscrites dans le département des organes génitaux. Elles ont trouvé leur *solution*, sinon complète, du moins partielle, dans la *première poussée herpétique* qui s'est effectuée sur le limbe.

Mais, du 12 au 16, c'est-à-dire pendant quatre jours, elles ont repris de plus belle, et il s'est effectué une *deuxième poussée de vésicules*, rapidement convertie en érosions, sur le limbe, sur le prépuce et sur le méat.

Cette deuxième poussée était beaucoup plus vive, beaucoup plus confluente que la première. Elle occupait tout le pourtour du limbe, mais elle était plus prononcée à *gauche* qu'à *droite*. C'est même sur la *lèvre gauche* du méat que s'est faite l'érosion la plus large et la plus inflammatoire.

Eh bien, messieurs, remarquez quelle concordance entre la lésion et les symptômes, ou, pour parler plus exactement, entre les troubles fonctionnels et la lésion ! Une grande perturbation de la sensibilité, après l'accalmie consécutive à la première poussée, se produit, non seulement dans les organes génitaux, mais encore dans une grande étendue des extrémités inférieures.

Qu'arrive-t-il alors? C'est que l'herpès redouble. Or cet herpès est *bilatéral* lui-même, comme les douleurs. Mais, bientôt les douleurs deviennent prédominantes dans le membre inférieur gauche, les irradiations se projettent jusque dans le pied, etc. Aussitôt la lèvre gauche du méat se couvre d'une érosion herpétique, et vésicules et érosions s'accumulent sur le côté gauche du limbe.

Étroite solidarité ! concordance parfaite de topographie et d'intensité ! Que faudrait-il encore pour faire pénétrer la conviction dans vos esprits, si elle n'y était déjà? Vous le voyez : *deux orages névropathiques, deux poussées d'herpès*

Mais ces poussées d'herpès, excessivement vives, surtout la seconde, et comme processus et comme hyperesthésie locale, n'ont pas joué ce rôle d'apaisement subit de pacification instantanée et définitive qui semble leur être dévolu dans quelques cas légers, comme je vous en donnerai plus tard des exemples. Ici, les phénomènes des deux attaques ont été pour ainsi dire *subintrants*. Ils se sont enchevêtrés de telle façon que des séries d'actions et de réactions ont été échangées, avec une incroyable vélocité pendant quatre jours, entre les lésions herpétiques et les troubles névropathiques. C'étaient des *décharges nerveuses* et des *poussées de vésicules* s'entre-choquant dans une mêlée tumultueuse qui ne s'est apaisée que le 16.

A partir de cette date, les deux éléments se sont, après leur accalmie réciproque, dégagés d'une confusion qui a caractérisé la période d'état. Puis graduellement, et avec lenteur, s'est effectuée la guérison. Au bout de vingt jours, les érosions n'étaient pas encore cicatrisées, mais elles avaient perdu cette incandescence, cette acrimonie brûlante de leurs premiers jours.

Quant à la névropathie, elle en était réduite à des perversions *virtuelles* de la sensibilité cutanée sur quelques districts voisins des organes génitaux, comme l'anus. C'est à cette perversion virtuelle, à cette véritable *hallucination de la sensibilité cutanée* que je rapporte la *sensation du paquet de linge entre les cuisses*. En ces points, la peau cependant percevait nettement les sensations du tact, de la douleur et de la température.

Le mode phénoménal a été très-complexe et fort étendu. On peut le résumer de la façon suivante ;

A. 1° Douleurs dispersées, fulgurantes, en zigzag.

2° Douleurs irradiantes, à direction fixe, à grand courant ascendant et descendant.

B. 3° Hyperesthésie portée à un très-haut degré, spontanée et exaspérée par le contact.

4° Obtusion des sensibilités cutanées sur quelques points.

5° Perversion de la sensibilité cutanée consistant en sensations virtuelles ou *hallucination de contact*.

C. 6° Courbature, brisement douloureux des muscles dans les extrémités inférieures.

D. 7° Douleurs locales propres à l'herpès portées à leur summum avec toutes leurs variétés réunies d'ustion, d'urtication, de traits de feu, d'âcreté mordicante, de formication, etc.

E. 8° Hyperesthésie de la muqueuse uréthrale, et léger état spasmodique du col.

Quand on met cette nomenclature des désordres nerveux en regard de leur effet ou de leurs causes, c'est-à-dire de l'éruption herpétique du prépuce ou du gland ; quand on songe à la bénignité de leur pronostic, qui ne se dément jamais, malgré l'apparente sévérité et la diffusion des phénomènes morbides, n'est-on pas tenté de donner à ce drame pathologique en miniature le titre d'une des comédies de Shakespeare : *Much ado about nothing* : *Beaucoup de bruit pour rien.*

On pourrait dire avec autant de raison, comme vous l'allez voir, que, dans l'observation suivante, il y a eu aussi *beaucoup de bruit pour rien.*

ACCORD DE LA PATHOLOGIE ET DE LA PHYSIOLOGIE

DANS LA DÉTERMINATION DES CENTRES FONCTIONNELS CORTICAUX.

Par M. LANDOUZY.

Il n'est pas rare d'observer dans la méningite tuberculeuse des convulsions cloniques ou toniques partielles, limitées soit à un membre, soit à toute une moitié du corps. Ces spasmes localisés sont inexplicables par la théorie classique qui voit, dans les convul-

sions, le résultat d'irritations, partant des méninges ou de l'encéphale, pour se réfléchir sur la moelle allongée.

En effet, il n'est pas compréhensible que des excitations portées au bulbe y puissent commander non des réactions diffuses et générales, mais des réactions limitées et circonscrites.

L'analyse de troubles moteurs étudiés dans la méningo-encephalite tuberculeuse, leur mode d'apparition, leur ordre de succession, rapprochés des lésions ne permettraient-ils pas de substituer, à la théorie, aujourd'hui régnante de l'excitation réflexe, la notion d'une excitation directe, la théorie de l'excitation corticale?

Partant des données expérimentales nouvelles comme d'une hypothèse, il s'agissait de savoir ce que celle-ci vaudrait aux prises avec les faits empruntés, soit à la pathologie de l'enfant, soit à celle de l'adulte.

La clinique observe des convulsions localisées, pouvant rester telles, ou, de circonscrites, devenir diffuses et générales : à ces convulsions, succèdent communément des paralysies ayant une allure spéciale et occupant les parties convulsées.

L'anatomie pathologique décèle, dans l'hémisphère cérébral opposé, des lésions superficielles. La nature de ces lésions varie et leur variabilité même peut, jusqu'à un certain point, aider à trouver la raison des convulsions, des contractures ou des paralysies qui s'enchaînent suivant un ordre régulier. Si les lésions varient dans leur nature elles semblent constantes dans leur siége : celui-ci est la région fronto-pariétale, celle qui porte les points moteurs étudiés par le physiologiste expérimentateur.

De la clinique encore sont justiciables les dégénérations qu'elle voit s'étendre aux parties du corps autrefois envahies par les troubles moteurs. Ces dégénérations coïncident, dans l'hémisphère cérébral opposé, avec des lésions destructives de ces mêmes régions qu'on voit lésées dans le cas de manifestations partielles convulsives ou paralytiques.

Telle est la réponse des faits pathologiques à l'hypothèse de l'excitation directe invoquée pour expliquer les troubles moteurs circonscrits dont ne peut rendre compte la théorie professée par tous les auteurs.

Cette réponse est fournie par l'analyse de plus de cent observations que M. Landouzy a trouvées assez complètes pour constituer des localisations anatomo-pathologiques régionales.

Les lésions diverses (méningites tuberculeuses, encéphalites, ramollissements, hémorrhagies cérébrales corticales, abcès, contusions, tumeurs, fractures), relevées dans ces faits ont pour caractères communs, de ne porter, que sur l'écorce ou la substance blanche sous-jacente, les ganglions étant sains : ce sont les plus complètes de ces observations, que M. Landouzy a traduites en schémas, qu'il a communiqué à la Société de biologie. Ces schémas sont assez nets pour permettre de deviner avec certitude la symptomatologie relevée pendant la vie, ainsi que l'étendue des dégénérations.

Ces localisations permises par l'analyse des faits, ne sont, bien entendu, que régionales, et ne permettent pas de décomposer la région fronto-pariétale en zones fonctionnelles comme le font les physiologistes.

Pourtant, dit M. Landouzy, la marche, la contemporanéité, le groupement presque obligés de certains troubles musculaires, permettent, le plus souvent, de prévoir, par l'extension des phénomènes moteurs, la lésion de telles ou telles parties de la grande région motrice.

C'est ainsi que la coïncidence habituelle des accidents convulsifs et paralytiques de la face et du bras, ou du bras et de la jambe, se trouve singulièrement d'accord avec la place marquée par l'expérimentation à chacun des centres moteurs. C'est ainsi encore qu'on entrevoit la raison dans les méningo-encéphalites tuberculeuses de la prédominance et de l'antériorité de la monoplégie brachiale sur l'hémiplégie complète.

La fréquence de l'hémiplégie faciale, relevée par M. Landouzy, dans les lésions corticales, ce fait qu'elle accompagne presque fatalement la paralysie du bras, ce fait surtout qu'elle est limitée au facial inférieur, voilà autant de données pathologiques qu'avait fait pressentir l'expérimentation. Ces points, qui demanderaient d'amples développements, autorisent à penser que les physiologistes, en essayant le groupement des centres corticaux chez l'homme (Ferrier, Carville et Duret) ont singulièrement approché de la réalité.

L'hémiplégie faciale paraît tellement associée à la paralysie du bras que sur plus de cinquante cas d'hémiplégie faciale M. Landouzy n'en a trouvé que deux non accompagnés de troubles parétiques des membres.

Dans ces deux faits, à lésions (ramollissement et hémorrhagie) très-limitées il y avait coïncidence d'aphasie. Un dernier symptôme que M. Landouzy indique avoir relevé dans le cinquième environ des cas de lésions corticales, c'est la déviation de la tête et des yeux : celle-ci échapperait, dans un certain nombre de faits, à la loi (Vulpian et Prevost) qu'on sait constante pour les altérations des ganglions. Tantôt la déviation s'est faite du côté de la lésion, tantôt du côté opposé, ce que M. Landouzy serait tenté d'expliquer en disant, que la déviation, correspond, dans le premier cas, à l'excitation du centre (rotateur de la tête) sur l'hémisphère malade ; dans le second cas, à l'action sur l'hémisphère sain, du centre resté sans antagoniste. Ces différents points seront développés ultérieurement par M. Landouzy qui, cherchant à s'expliquer les convulsions partielles des méningites tuberculeuses, s'est proposé de demander, à l'analyse du plus grand nombre possible de faits pathologiques, la preuve de l'excitation corticale directe, défendue déjà par M. Charcot, dans ses leçons inédites (juin 1875) sur les hémiplégies corticales.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 mars 1876. — Présidence de M. Parrot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Influence de l'excitation du nerf sciatique sectionné sur la température du membre. — M. Lépine après avoir rappelé, d'une part, les expériences des physiologistes, entre autres de M. Vulpian, qui prouvent que l'électrisation du bout périphérique du nerf sciatique sectionné donne toujours lieu à un refroidissement de la patte qu'anime ce nerf, et, d'autre part, les expériences contradictoires de Goltz qui démontrent qu'on peut, au contraire, dans ces conditions, observer une élévation de la température, communique les résultats de ses recherches sur les causes de cette exception à la règle. Si les pattes de l'animal sont froides au début de l'expérience, on obtient presque toujours alors une élévation de la température. Cette élévation peut être de plusieurs dixièmes de degré et même de deux degrés. Elle est due à une exagération de la tonicité des vaso-moteurs de la patte. On obtient le même résultat chez les animaux qui ont été préalablement soumis à l'action de l'atropine.

M. Lépine s'est mis, dans ses expériences, à l'abri de toute erreur, et croit pouvoir affirmer de la façon la plus précise l'exactitude des faits qu'il rapporte. Aussi contrairement à la règle, qui est le refroidissement du membre, on peut obtenir, dans certaines conditions données, une élévation de température, consécutivement à l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique sectionné.

Examen histologique de cornées tatouées à l'encre de Chine. — M. Poncet présente des préparations histologiques provenant de cornées tatouées à l'encre de Chine. Elles démontrent que sur une cornée atteinte de leucome, cette opération n'amène pas la destruction des éléments soit épithésiaux, soit connectifs profonds. L'épithélium dentelé est dissocié par les globules sanguins, et subit une légère irritation nucléaire. Le tissu cornéen est aussi dissocié par le sang et les endothélium (corpuscules) se séparent en grande quantité de leurs faisceaux tendineux. Ils possèdent aussi des noyaux multiples.

La matière colorante se localise dans les couches inférieures de l'épithélium et supérieures du tissu conjonctif, soit sur les éléments lymphatiques, soit sur les corpuscules cornéens, et surtout sur le noyau de ces cellules.

Les solutions d'encre de Chine étant entièrement composées de vibrions noircis, ce sont ces organismes inférieurs qui digérés par des cellules de la cornée colorent le leucome.

Le tatouage ne doit pas être pratiqué sur une cornée vasculaire; et les séances doivent être assez espacées pour permettre la résorption des petites hémorrhagies.

Cette opération dans ces conditions est exempte d'accidents.

Du diagnostic du tétanos par le pneumographe. — M. CHARLES RICHET pense qu'il serait important, dans certains cas douteux de tétanos, d'avoir un moyen d'investigation précis et incontestable tel que le pneumographe. Tout récemment, dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, il a eu l'occasion d'observer deux cas de tétanos, et l'application des appareils enregistreurs lui a fourni quelques résultats, qui peuvent donner pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette redoutable maladie quelques renseignements utiles.

Notons d'abord, dit-il, le rôle prépondérant de l'appareil musculaire de la respiration dans le tétanos. En effet, la mort ne survient ni par la fièvre, ni par la chaleur, ni par la contracture des muscles des membres, mais uniquement par la contracture des muscles de la respiration et par l'asphyxie qui en est la conséquence. L'analyse minutieuse des phénomènes mécaniques de la respiration chez les tétaniques, doit donc nous faire juger de la gravité, et choisir la thérapeutique de la maladie.

On peut, en effet, se poser plusieurs questions. Le spasme porte-t-il sur les muscles inspirateurs ou expirateurs? Sur les muscles expirateurs, ou sur la glotte? Y a-t-il des troubles respiratoires par suite de la distension de la poitrine ou par suite de son resserrement?

M. Richet a pensé que ces questions pouvaient être résolues par le pneumographe, aidé de l'observation attentive du malade. Il montre, en effet, un tracé appartenant à un homme de cinquante ans, tuberculeux, débilité par la misère et atteint de gangrène par congélation.

Ce malheureux mourut très-rapidement, seize heures à peine après la première manifestation de la maladie. L'inspection de ce tracé montre que la pause tétanique se fait après l'expiration et avant l'inspiration, lorsque la poitrine a expulsé l'air qu'elle contenait; en sorte que le mouvement d'inspiration a été considérablement retardé. Chez cet homme, il y avait une sorte de spasme expiratoire. Mais ce spasme tenait-il à un tétanos des muscles expirateurs ou à un spasme glottique. L'inspection du ventre a démontré qu'il faisait pour inspirer des efforts désespérés, mais qu'il y avait à cette inspiration un obstacle mécanique, qui n'était pas dans les parois abdominales. Ce ne pouvait être alors que la glotte.

D'autres tracés montrent, sous des formes différentes, le même fait. En effet, il semble que la poitrine ne puisse se remplir entièrement; la glotte, s'opposant à la rentrée de l'air empêche, après une expiration, l'inspiration de combler le vide qui s'est fait. C'est qu'en réalité, pour l'accomplissement régulier de l'acte respiratoire, il faut qu'à chaque inspiration les lèvres de la glotte s'écartent pour laisser l'air pénétrer dans le canal trachéo-bronchique. C'est cet écartement des lèvres de la glotte qui ne se fait pas dans le tétanos, et la poitrine ne pouvant se remplir d'air, reste dans l'état d'expiration.

M. Richet montre ensuite les tracés obtenus chez l'autre malade. Il s'agit d'un enfant d'une quinzaine d'années, dont la maladie a été dès le début beaucoup moins grave que celle de l'autre individu. Chez celui-là, le spasme tétanique survient non dans l'expiration, mais dans l'inspiration, et le tracé est remarquable à plusieurs titres. D'abord, au point de vue de la forme, l'inspiration qui donne ce tracé absolument identique au tétanos vrai, qu'on obtient en enregistrant la contraction musculaire d'une grenouille empoisonnée par la strychnine, ou excitée par un courant d'induction à intermittences rapides. La forme du plateau, l'ascension brusque, la descente saccadée et suivie de mouvements d'inspiration tumultueux et irréguliers, tout est semblable, et montre le rapport intime qui existe entre le tétanos physiologique, et le tétanos pathologique. On voit, en second lieu, qu'il y a une différence absolue entre les deux cas de tétanos observés par M. Richet. Dans le premier cas, il y a arrêt dans l'expiration, et alors la cause est dans le spasme glottique. Dans le second cas, il y a arrêt dans l'inspiration, et la cause est une contraction des muscles inspirateurs.

Cette distinction n'est pas une simple curiosité de physiologie pathologique. Elle conduit à un pronostic et à une thérapeutique tout différents. Si l'on s'est assuré que le spasme est dû aux muscles inspirateurs, la trachéotomie est inutile, et on pourra espérer une guérison, car l'hématose sera suffisante pour permettre aux agents thérapeutiques d'être absorbés et de modifier l'excitation médullaire. Si, au contraire, il y a arrêt dans l'expiration, et, ainsi que cela est très-probable, spasme glottique, le pronostic sera beaucoup plus grave : car l'hématose sera nulle ou presque nulle, et l'asphyxie prochaine. Il faudra songer à la trachéotomie; et dans quelques cas, signalés par M. Verneuil, cette opération a rendu la vie à des malheureux tétaniques qui asphyxiaient.

Enfin M. Richet fait remarquer qu'outre ces grands spasmes si nettement caractérisés, qu'à la rigueur on pourrait les observer, quoique d'une manière tout-à-fait insuffisante, sans le pneumographe, il y a d'autres petits spasmes, ou plutôt des irrégularités respiratoires qui n'existent pas à l'état normal : il serait impossible d'en constater l'existence sans un appareil enregistreur, et dans les cas douteux, ils devront assurer le diagnostic.

En résumé, il y a des tétanos de l'inspiration et des tétanos de l'expiration; le pneumographe seul peut les faire diagnostiquer, et ce diagnostic est nécessaire, attendu que le tétanos de l'expiration est beaucoup plus grave, et qu'il peut exiger, pour être combattu, la trachéotomie ou tout autre moyen thérapeutique dirigé contre la contracture de l'orifice laryngien.

M. KRISHABER n'admet pas la distinction établie par M. Richet entre l'inspiration et l'expiration au point de vue du tétanos; il pense que ce doit être, dans les deux cas, la même chose, et même si l'une devait être plus gravement atteinte que l'autre, ce serait bien bien plutôt, suivant lui, l'inspiration qui, comme on sait, devient bien plus vite impossible que l'expiration.

Accord de la pathologie et de la physiologie dans la détermination des centres fonctionnels corticaux. — M. LANDOUZY a fait dans la dernière séance une communication sur ce sujet dont voici le résumé. (Voir plus haut.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

La Bibliothèque des sciences contemporaines.

Depuis un certain nombre d'années une direction toute particulière a été donnée aux recherches scientifiques. Mais cette direction qui excitait les récriminations les plus vives dans un camp, et qui, au contraire, faisait les progrès les plus rapides dans l'autre, était difficile à saisir pour ceux qui n'avaient pas suivi jour à jour son développement. Aujourd'hui, on peut se rendre nettement compte de la situation, car la librairie Reinwald vient de fonder une bibliothèque des sciences contemporaires, où nous verrons se développer successivement les nouvelles doctrines, ou si l'on préfère d'anciennes doctrines groupées avec art et formant un corps.

Les recherches scientifiques doivent, à notre avis, être toujours indépendantes des croyances religieuses. La science est en voie perpétuelle de progression; chercher à la mettre d'accord avec des systèmes religieux reposant sur la fixité et l'immuabilité nous a toujours paru un problème insoluble. Nous pensons qu'il faut donc éviter toute allusion et toute discussion scientifico-religieuse. Ceci à l'adresse des auteurs que nous allons étudier et qui n'ont pas su se défendre assez d'allusions, blessantes pour les uns, et certainement inutiles, malgré leur caractère de représailles. Restons donc sur le terrain purement scientifique. Cherchons la vérité dans la science : repoussons les hypothèses, n'acceptons que des faits bien observés; les conclusions se tireront d'elles-mêmes.

I.

LA BIOLOGIE (1)

par le docteur Ch. Letourneau.

Le traducteur de Darwin, M. le docteur Ch. Letourneau, ouvre cette nouvelle bibliothèque par « La Biologie »

Comme il faut, dès les premiers pas, bien circonscrire le sujet qu'on se propose de traiter, l'auteur commence par nous dire ce qu'il entend par biologie. Il ne s'agit, ici, ni de la Biologie de Treviranus, ni de la Biologie d'Aug. Comte; mais d'une *Biologie* qui n'est à peu près que ce qu'on entend par « physiologie générale, c'est-à-dire, l'exposition et la coordination de tous les grands faits et des grandes lois de la vie, étudiés dans les deux règnes organiques. »

Il est regrettable de voir ces changements de signification des mots. Si ce système finit par dominer, nous arriverons rapidement à la confusion des sciences. Si le mot de « Biologie » ne rendait pas la pensée de M. Letourneau pourquoi ne pas prendre celui de « Physiologie générale » ou tout autre à son choix? Dans la crainte de charger la science de mots nouveaux, on arrive à créer « la cellule sans parois » ! et la « Biologie » qui n'est qu'une « Physiologie générale. »

Mais avançons et voyons ce que l'auteur a voulu par sa publication.

« Dans ce volume, dit-il, nous avons seulement tâché de dire succinctement ce que c'est que la vie et comment les êtres organisés se nourrissent, grandissent, se reproduisent, se meuvent, sentent et pensent. »

Le premier livre consacré à la matière organisée en général, étudie d'abord la constitution de la matière, et nous montre l'unité de substance dans le monde organique et dans le monde inorganique. L'auteur passe en revue les substances organiques et anorganiques, et développe les compositions chimiques des animaux et des végétaux, pour arriver à la vie.

Nos lecteurs peuvent déjà être assurés que M. Letourneau n'entend pas la vie, comme M. Bouchut dont nous lisions ici même, il y a quelques jours, un chapitre sur la vie. « Nous savons, dit M. Letourneau, que dans l'univers entier il y a seulement et toujours de la matière active, que ce qu'on appelle « force » ne saurait se scinder de ce qu'on appelle « matière », que par conséquent, il ne peut plus être question d'un « principe vital », d'une « archée », surajouté aux êtres vivants et en présentant les phénomènes. »

On voit que l'auteur est net, et parle sans ambages. Que ceux qui ne partagent pas ses convictions ne se hâtent pas cependant de fermer ou de rejeter ce livre. Ils auraient tort, car il renferme un grand nombre de faits nouveaux ou curieux, ou intéressants pour la science de la vie. Évitant, autant que possible, tout ce qui ressemble à la polémique, l'auteur a voulu faire et a fait un exposé de faits.

Après sa définition de la vie, M. Letourneau termine, par la constitution anatomique des corps organisés et des liquides vivants, son premier livre. Le second livre est consacré aux phénomènes primordiaux de la vie (nutrition, circulation, respiration chez les animaux et les végétaux).

Le troisième livre étudie l'accroissement dans les règne animal et végétal.

Le quatrième livre étudie la génération ; le cinquième livre, la motilité; le sixième livre, l'innervation, dont un chapitre est consacré à la pensée.

Enfin dans son septième livre, M. Letourneau étudie la chaleur organique, les procédés de calorification organique, les transformations des forces en biologie, et termine par les aliments.

En résumé, le travail de M. Letourneau doit être lu, pour se tenir au courant des doctrines nouvelles. Il ne nous est pas permis de ne pas connaître exactement ce relevé du mouvement scientifique actuel. La « Biologie » est riche de faits ; ce sont les faits seulement qu'il faut voir dans ce livre : mais, il faut les voir, et la jeunesse ne peut se désintéresser dans ce grand mouvement d'opinion. Quand on a vécu longtemps sous l'empire d'idées philosophiques il est bien difficile à un âge avancé de les oublier; et si comme le dit M. Letourneau « la vie est un double mouvement de composition et de décomposition continuelle et simultanée au sein de substances plasmatiques ou d'éléments anatomiques figurés, qui, sous l'influence de ce mouvement intérieur fonctionnent conformément à leur structure » : on se sent porté à lui demander quelle est la cause de ce double mouvement?

Le pauvre principe vital est bien malade : mais il n'est pas encore mort, tant que la cause de ce « double mouvement » restera dans l'ombre : car, à vrai dire, la cause de ce double mouvement ne serait-il pas le principe vital? » Quoi qu'il en soit, le livre de M. Letourneau est fort intéressant : nous l'avons lu avec une vive curiosité et nous sommes certain d'avoir de nombreux imitateurs.

(1) In-12. — Prix : 5 fr. — Paris, 1876, C. Reinwald.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le *Journal officiel* du 5 mars contient un travail considérable consacré au service sanitaire. Nous signalons ce nouveau règlement à l'attention des médecins qui s'occupent de ces questions spéciales.

— On peut déjà apprécier l'importance du service rendu à la population parisienne par l'institution des secours médicaux de nuit. En effet, depuis le 6 janvier, date de leur inauguration, jusqu'au 1er mars, les médecins qui ont offert leur concours à la Préfecture de police, ont fait 630 visites qui se décomposent ainsi : 35 ont été payées directement aux médecins; 215 ont été recouvrées par l'administration; 380 paraissent être restées à sa charge. Dans tous les cas, c'est, actuellement, une moyenne de 12 visites faites, chaque nuit, sur toute la surface de Paris.

— *Hospices civils de Bordeaux.* — Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux et hospices civils s'ouvrira dans cette ville le 4 avril 1876.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance très-courte, occupée, pour sa première partie, par des rapports officiels et par une lecture de M. le docteur Debout sur l'étiologie de la gravelle — on en trouvera les conclusions dans le compte rendu; — et, pour sa seconde partie, par un comité secret pour la lecture d'un rapport d'élections.

Tout porte à présumer que la séance prochaine sera plus animée, la discussion devant s'engager sur la dernière lecture de M. Verneuil relative à l'influence du traumatisme sur les affections rhumatismales. Cette discussion ne pourra manquer d'intéresser au même degré les médecins, les chirurgiens et les physiologistes. Nous la suivrons avec toute l'attention que mérite le sujet.

Dr Brochin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1)

(Recueillies par M. Jalaguier, interne du service.)

Obs. IV. — *Érosion herpétique survenue sur la muqueuse préputiale sept jours après un coït suspect, et précédée, pendant quarante-huit heures, de démangeaisons et de cuissons locales.*

Au quatrième jour de l'érosion, fourmillements vagues dans le membre inférieur droit. — Puis formication et troubles paroxystiques de la sensibilité cutanée : chair de poule, hyperesthésie des bulbes pilifères, sensations anormales de refroidissement et diminution de la sensibilité tactile sur la peau de la cuisse et de la fesse du côté droit.

Au neuvième jour de l'affection, éruption de deux plaques herpétiques sur les deux côtés de l'érosion. Celle du côté droit était beaucoup plus considérable que celle du côté gauche.

Au seizième jour de l'affection, les érosions herpétiques se cicatrisent. Persistance des troubles de la sensibilité cutanée. Prédominance de l'anesthésie. Insensibilité au contact et à la pression sur la peau des fesses et de la région ano-périnéale. Hémianesthésie droite dans ces régions, rendue frappante, dans l'acte de la défécation, par l'impossibilité de sentir, sur le siége, le contact de la moitié droite de la lunette, puis les frottements réitérés du papier détersif.

I

M. D..., âgé de trente-cinq à quarante ans, d'une bonne santé habituelle, n'étant sujet à aucune manifestation diathésique, eut commerce, le 16 septembre 1875, avec une personne suspecte, rencontrée dans un wagon de chemin de fer. Il était marié, père de famille, et dans une situation telle qu'une pareille imprudence, si elle avait été suivie d'une maladie vénérienne quelconque, aurait été pour lui un vrai malheur, et eût entraîné à tous égards les conséquences les plus fâcheuses. Aussi était-il en proie à des craintes vagues, qui redoublèrent en se précisant, lorsque, quatre ou cinq jours après le coït, il éprouva quelques démangeaisons dans la verge. Ces démangeaisons, accompagnées d'un sentiment de douleur âcre et mordicante, durèrent un jour ou deux. M. D... inspectait avec soin les organes qui en étaient le siége, sans y découvrir rien d'anormal, et commençait à se rassurer.

Mais quel ne fut pas son effroi, lorsque, le 22, il constata l'existence d'une érosion assez large à l'endroit précis où siégeaient les douleurs depuis deux ou trois jours !

Le lendemain, dans un état d'anxiété facile à comprendre, il vint consulter son médecin ordinaire, qui est un fort habile observateur, mon ami et mon collègue dans les hôpitaux.

Voici quel était l'état du malade à ce moment-là (septième jour après le coït suspect) : il existait sur la face dorsale de la verge, à la surface interne du prépuce et en arrière du gland, une exulcération à circonférence irrégulière, d'un diamètre de 5 à 6 millimètres. Pas d'induration ; rien dans les ganglions inguinaux. Les démangeaisons et les picotements avaient diminué, mais persistaient encore. On conseilla des bains locaux et des applications amidonnées. Le pronostic sembla devoir être réservé, bien qu'il y eût de fortes raisons de penser à une simple ulcération de nature herpétique.

Le 27 septembre (onzième jour après le coït, quatrième de l'affection), M. D... revint voir son médecin. Les choses n'avaient point changé d'aspect. Il y avait toujours des démangeaisons locales. Mais, à ce moment-là, quelques fourmillements vagues commençaient à se faire sentir dans le membre inférieur droit.

Mon collègue gardait toujours la réserve au point de vue du diagnostic et du pronostic. Voyant que l'état d'inquiétude de

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 mars.

son client prenait chaque jour de plus grandes proportions, il me le conduisit le même jour.

Me fondant sur les cas que j'avais observés antérieurement, et dont je vous ai fait le récit, rassuré par l'aspect de la plaie, par l'époque à laquelle s'était montrée cette érosion, époque trop longue pour l'incubation d'un chancre simple, trop courte pour l'incubation d'un chancre infectant, je portai un pronostic favorable; et, tout en faisant quelques restrictions, je m'efforçai de persuader au malade qu'il en serait probablement quitte pour la peur. J'insistai fortement sur la probabilité d'une manifestation herpétique, et j'appelai spécialement l'attention de M. D... et de mon collègue sur les phénomènes douloureux locaux *précurseurs* de l'érosion, et principalement sur les *fourmillements* éprouvés depuis le matin ou la veille dans le *membre inférieur droit*. J'avais le pressentiment qu'une *attaque de névropathie* et que quelques *nouvelles poussées herpétiques* se préparaient et ne tarderaient pas à éclater. Je priai M. D... de s'observer avec le plus grand soin, et je chargeai mon ami, qui le voyait tous les jours, de noter exactement ce qui allait se passer.

II

Or, messieurs, voici ce qui eut lieu. Je ne saurais vous en donner une meilleure idée qu'en vous lisant l'observation rédigée d'après les notes que mon collègue a bien voulu prendre sur ma demande.

28-29 septembre (douzième jour du coït, cinquième et sixième de l'affection). M. D... éprouvait dans tout le membre inférieur droit, depuis et y compris la fesse, des picotements, des élancements, un sentiment de formication et plusieurs autres troubles de la sensibilité multiples et très-variés, mobiles, fugaces, paroxystiques, etc., qu'il avait une certaine difficulté à bien définir. Parfois tous les bulbes pileux devenaient douloureux; il avait la *chair de poule*. Il lui semblait alors que les *poils se redressaient et se raidissaient*. D'autres fois, il croyait qu'on exerçait une forte traction sur une partie de ces poils et qu'on cherchait à les arracher. Parfois aussi il éprouvait sur des étendues variables de la surface cutanée une *sensation nette de refroidissement*. Sur quelques points, la perception produite par le contact des objets extérieurs paraissait émoussée. L'ulcération de la verge était à peu près stationnaire.

Le 2 octobre (neuvième jour de l'affection), on constata qu'une plaque d'herpès constituée par un groupe de sept ou huit vésicules avait poussé sur la muqueuse préputiale à 2 ou 3 millimètres de l'ulcération primitive et sur son côté droit. Sur son côté gauche, on découvrit aussi un deuxième groupe, mais plus petit. Ces vésicules s'étaient formées la veille ou l'avant-veille. Démangeaisons vives sur tous ces points. Persistance des mêmes phénomènes cutanés sur le membre inférieur droit. L'érosion centrale, flanquée maintenant de ses deux *plaques satellites*, commençait à se cicatriser.

Le 7 octobre (seizième jour de l'affection), les deux groupes secondaires de l'herpès étaient presque complétement desséchés et recouverts de petites croûtes assez épaisses. L'ulcération primitive était aux trois quarts cicatrisée.

Tous les phénomènes relatifs aux troubles de la sensibilité tégumentaire dans le membre inférieur droit, depuis la jambe jusqu'à la région fessière avaient encore été ressentis, observés et notés par M. D.... Ce qui le frappait et l'inquiétait le plus, c'était l'insensibilité, au contact de la main ou de tout autre corps, qui existait sur la peau de la fesse et sur celle de la cuisse, en divers points.

L'anesthésie était portée à un tel degré que M. D..., en s'asseyant sur le siége pour aller à la garde-robe, ne percevait le contact et la pression des bords de la lunette que du côté gauche. *Sur la fesse droite, ce contact et cette pression ne produisaient aucune sensation. Aussi lui semblait-il que la demi-circonférence droite de la lunette n'existait pas.*

Cette hémianesthésie droite, si remarquable, occupait non-seulement la face externe de la fesse droite, mais aussi sa face interne, la peau du périnée et la moitié droite de la région anale. Vous allez en juger par la circonstance suivante : lorsque, après la défécation, M. D... se livrait aux soins de propreté habituels destinés à enlever les débris de matière fécale qui auraient pu rester sur la marge de l'anus, *il ne percevait qu'à gauche, et pas du tout à droite, le contact et les frottements réitérés, dans leur va-et-vient du coccyx à la racine des bourses, du papier détersif.*

Les ganglions de la région inguinale droite ou gauche restèrent constamment dans leur état normal.

Le 15 octobre (vingt-quatrième jour de l'affection), l'érosion centrale et les groupes herpétiques satellites étaient complétement cicatrisés, et les troubles de la sensibilité cutanée avaient notablement perdu de leur intensité. Le 25 octobre, tout avait disparu.

Je m'étais absenté de Paris pendant le mois d'octobre, et, à mon retour, mon collègue et ami me conduisit M. D..., qui était maintenant tout à fait rassuré. Je ne constatai qu'une trace presque imperceptible de la cicatrice ayant succédé à l'érosion centrale. Tout phénomène nerveux tégumentaire avait cessé.

III

Dans le cas précédent, comme dans les observations I et III, l'éruption herpétique s'est effectuée en deux temps. La première poussée éruptive, précédée de quelques troubles de la sensibilité, sur le point même de la muqueuse préputiale où elle devait avoir lieu, n'a abouti qu'à une large érosion. Puis l'irritation nerveuse, après une courte accalmie, s'est exaspérée, comme si la solution critique, par l'intermédiaire d'une érosion unique, était insuffisante. Non-seulement ces manifestations variées sont devenues plus accentuées, plus vives, mais encore elles se sont étendues. Il semblait que les organes génitaux étaient un théâtre trop étroit pour elles, et qu'elles n'y pouvaient acquérir toute la plénitude de leur développement. Aussi ont-elles débordé sur la cuisse du même côté et dans la région ano-périnéale.

Et puis, messieurs, qu'est-il arrivé ? Ce que vous avez vu déjà, et ce que j'avais prévu et annoncé au malade et à mon collègue. Il est arrivé que l'irritation nerveuse, *portée à son plus haut degré de tension*, s'est *déchargée* de nouveau sur la muqueuse préputiale, au voisinage de la première érosion, où elle a produit deux nouvelles plaques secondaires de vésicules herpétiques, l'une à gauche, l'autre à droite.

De ces deux plaques herpétiques, *satellites* de la première, celle de droite était la plus considérable, comme on pouvait s'y attendre, à cause de la prédominance et même de la localisation, presque exclusive sur ce côté, des phénomènes névropathiques.

Ne dirait-on pas que cette deuxième éruption herpétique a été comme une *soupape* par laquelle s'est échappé le *trop plein* de l'irritation morbide qui s'était accumulé peu à peu dans les nerfs depuis le début de l'affection ? Cette fois, la soupape était assez large, paraît-il, et la *crise herpétique* a été complète et définitive.

Parmi les phénomènes de ces sortes de névropathies les

troubles de la sensibilité cutanée occupent une grande place. Dans le cas actuel, ils étaient très-prononcés, et ils se sont formulés d'une façon assez singulière par l'*hémianesthésie de la fesse droite et de la région ano-périnéale.* Cette hémianesthésie n'a pas persisté. Au bout de vingt-cinq ou trente jours, l'affection herpétique du prépuce avec tout son cortége de phénomènes nerveux était entièrement guérie (1).

Ainsi s'est terminé, messieurs, ce *petit drame herpético-nerveux,* bourré de péripéties pathologiques et de toutes les émotions poignantes que font naître la crainte, le remords, le désespoir... Heureusement que l'infidélité conjugale dont il était la conséquence n'a pas eu de dénoûment tragique ; et c'est le cas de dire ici, en empruntant encore à Shakespeare le titre d'une de ses comédies : *All's well that ends well* : *Tout est bien qui finit bien.*

NOTA. — Cette leçon avait été faite depuis longtemps et était en voie de publication dans la *Gazette des Hôpitaux*, lorsque un de nos médecins de province les plus distingués, M. le docteur Champagnac, médecin en chef de l'hôpital civil de Vichy, eut l'obligeance de m'envoyer, le 24 février, une observation d'*herpès névralgique* extrêmement intéressante et très-complète.

Les symptômes de cet herpès, comme on pourra en juger, sont tout à fait semblables à ceux que j'ai décrits ; il n'en manque qu'un, l'*anesthésie* qui succède habituellement à l'*hyperesthésie.*

Mais c'est principalement sur la cause constitutionnelle de l'affection que j'appelle l'attention du lecteur. Aucun de mes faits n'est aussi manifestement d'origine arthritique que celui-ci. J'avais pourtant affirmé dans ma seconde leçon que l'arthritisme est la grande cause générale de l'herpès génital névralgique. Je suis heureux de voir que ce cas justifie pleinement ma manière de voir. Le voici textuellement :

Herpès préputial névralgique de nature arthritique.

« M. X..., environ quarante ans, tempérament nervoso-sanguin, dyspeptique, gastralgique et entéralgique depuis son enfance, est atteint depuis plusieurs années d'herpès du prépuce.

L'éruption se produit à des intervalles de temps très-variables et généralement par séries pendant une même année. Toutes les atteintes de l'herpès névralgique ont lieu avec les mêmes symptômes, et au même point du prépuce (face latérale droite) qui, dans la largeur d'une pièce de 20 centimes conserve, en dehors des accès, un aspect mameloné avec un peu de décoloration de la peau.

L'apparition de l'herpès est précédée par les phénomènes névralgiques suivants : tout d'abord : *hyperesthésie presque agréable de toute la partie latérale droite des organes génitaux, de la hanche, de la région ischiatique et de la face antérieure de la cuisse.*

Bientôt, le frottement des vêtements devient douloureux; la pression du corps sur la région ischiatique droite rend, particulièrement en voiture, la *station assise très-douloureuse ; sensation de feu à la région ano-périnéale*; *érections douloureuses; névralgie uréthrale* des plus vives (sans écoulement), que le coït répété ne fait qu'augmenter; puis vers le quatrième et le cinquième jour, démangeaisons du prépuce et apparition de l'herpès; diminution lente de la névralgie.

M. X... est atteint parfois de *douleurs* du genou droit et du poignet gauche, de torticolis, d'hyperesthésies diverses, rend un peu de sable rouge; pityriasis.

La sœur de M. X... est dyspeptique, névrosique ; névralgies faciales, intercostales, hyperesthésie de la moitié gauche du corps.

Il y a deux ans, première apparition d'un *zona du thorax*, côté gauche ; le zona a récidivé cette année et encore à gauche.

Le père de M. X... est dyspeptique, entéralgique, rhumatisant, et, comme ses enfants, subit l'influence de toutes les variations de température ; a eu une attaque de coliques néphrétiques sans sable ni graviers. — Point d'herpès ».

(1) Par un sentiment de discrétion louable, mais peut-être exagéré, à l'égard de son client, mon honorable collègue et excellent ami désire, à mon grand regret, que je ne le nomme pas.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES (1)

Par le Dr Jules VOISIN
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Les arthropathies syphilitiques existent aux différentes périodes de la vérole. — Au début, c'est-à-dire dans la première période, alors que les accidents du côté de la peau et des muqueuses ne sont pas encore manifestes, nous sommes témoins de douleurs vagues siégeant dans les articulations et ne s'accompagnant d'aucune lésion extérieure appréciable. Ces douleurs sont générales, multiples, et ont reçu le nom d'arthralgies. — Pendant la deuxième période, et au début de cette période, ces mêmes douleurs arthralgiques peuvent se présenter, mais nous pouvons constater également de véritables phénomènes inflammatoires du côté des articulations multiples et générales, ces dernières arthropathies revêtent la forme d'un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu ; localisées dans une ou deux articulations, elles ressemblent à une arthrite subaiguë ou à une hydarthrose simple. — Dans la troisième période, les arthropathies sont essentiellement chroniques et présentent les caractères des tumeurs blanches. — Toutes ces variétés de manifestations articulaires, traitées en temps opportun, disparaissent sous l'influence d'un traitement spécifique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aube, pendant l'année 1875 ;

2° Un rapport de M. Dauvergne sur une épidémie de bronchites qui a régné pendant l'hiver de 1875 dans la commune de Manosque. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. Dubroc, pharmacien ;

2° Un rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne), pendant l'année 1875, par M. le docteur Mahier, médecin des épidémies ;

3° Une note de M. Barral, pharmacien, intitulée : *Méthode pour reconnaître l'iode dans l'huile de foie de morue* (Comm. : MM. Bussy, Gobley, Lefort).

PRÉSENTATIONS

M. HIRTZ présente, de la part de M. le docteur J. Christian, une brochure intitulée : *Étude sur la mélancolie.*

M. LARREY présente une série de brochures parmi lesquelles se trouve un rapport sur l'hygiène des armées des États-Unis.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

LECTURE

M. DEBOUT dépose sur le bureau un mémoire sur l'étiologie de la gravelle et donne lecture des conclusions.

Voici les conclusions de ce mémoire.

Gravelle urique. — Chez 1,028 malades atteints de gravelle urique, dont 822 hommes, 197 femmes et 13 enfants, j'ai pu, dans 583 cas, établir la cause principale de cette maladie. Dans les autres cas, ou les causes étaient multiples, ou elles n'ont pas été recherchées, ou enfin elles n'ont pu être établies.

Cette cause principale a été la suivante :

L'hérédité dans 191 cas ;

Des troubles des fonctions digestives dans 160 cas ;

L'excès d'alimentation, dans 101 cas ;

La vie sédentaire et le défaut d'exercice, dans 97 cas.

Enfin un seul exemple de gravelle urique se termine par un traumatisme sur la région rénale chez un enfant.

Pour l'hérédité, nous signalerons ce fait par nous observé que les parents d'un graveleux sont souvent beaucoup plus graveleux que goutteux, contrairement à l'opinion émise par sir Henry Thompson.

Nous signalerons encore un fait de gravelle héréditaire, avec crises néphrétiques, chez un enfant de moins d'un an.

Le grand nombre de cas de gravelles reconnaissant pour cause un trouble des fonctions digestives ne doit, pensons nous, surprendre personne : néanmoins le chiffre élevé résultant de nos observations corrobore les idées émises à ce sujet. Quant aux deux causes suivantes, elles sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur importance. Au point de vue des *ingesta* nous dirons seulement, en deux mots, ce que l'expérience nous a appris au sujet d'un légume dont le rôle n'est pas encore nettement défini dans la genèse de la diathèse urique ; je veux parler des asperges. Je n'ai jamais observé que les asperges amenassent la formation d'acide urique ; cependant l'ingestion de cet aliment est souvent suivie de maux de reins et quelquefois de coliques néphrétiques chez des graveleux, ce qui m'a amené à penser qu'en congestionnant passagèrement un rein qui contenait des sables uriques, elles en facilitaient l'agglomération et pouvaient déterminer la formation de petits graviers.

Gravelle phosphatique. — Il existe une gravelle phosphatique *primitive* et une gravelle *phosphatique secondaire* ou *catarrhale*.

La première est constituée plus spécialement par le phosphate de chaux associé à du carbonate de chaux, à des urates, à d'autres phosphates alcalins.

La seconde est surtout composée de phosphate ammoniaco-magnesien.

La gravelle phosphatique primitive a été rencontrée par l'auteur chez des individus anémiés, des marins revenant de Cochinchine ou du Sénégal et chez des tuberculeux ; elle peut d'ailleurs se produire dans les conditions suivantes :

1° Chez les individus anémiés qui, par suite d'une véritable dénutrition, brûlent leurs matières organiques et laissent déposer les matières minérales de leur économie.

2° Elle pourrait exister chez des individus affectés d'une lésion du système nerveux présidant aux fonctions éliminatoires du rein.

3° Exceptionnellement, elle se rencontre chez des malades atteints de diathèse urique, et chez lesquels se montre une gravelle alternante, avec production d'un jour à l'autre d'acide urique dans une urine acide, et de phosphate et de carbonate de chaux dans une urine neutre ou alcaline.

Il peut exister des graviers de phosphate de chaux dans des urines acides, mais l'urine est alors très-généralement moins acide que l'urine normale.

J'attirerai enfin votre attention sur la fréquence relative de la gravelle urique survenue à la suite d'émotions morales violentes, et sur ce fait de traumatisme des reins ayant une fois, chez un enfant, amené des coliques néphrétiques suivies de l'expulsion d'acide urique.

Quant à la *gravelle oxalique*, si nous n'en avons rencontré que 47 cas, dont 40 chez l'homme et 7 chez la femme, nous devons dire que, dans plus du tiers des observations microscopiques faites chez des graveleux uriques, nous avons rencontré des cristaux octaédriques d'oxalate de chaux.

Les causes qui amènent ce genre de gravelle sont sensiblement les mêmes que celles qui produisent la gravelle urique, en y ajoutant seulement l'ingestion exagérée d'aliments contenant de l'oxalate de chaux, l'oseille en particulier.

Nous n'avons pas rencontré de calculs de xanthine ; et, dans les deux cas, nous avons observé des graviers de cystine. Il nous a été impossible de rattacher l'existence de ce produit à une cause particulière.

L'un des deux malades, dont le père atteint de gravelle urique faisait avec son fils usage des eaux de Contrexeville, avait, en même temps que des graviers de cystine, bien caractérisés et vus par plusieurs de nos confrères, du sable urique dans ses urines.

La gravelle *phosphatique secondaire* est produite par les deux causes suivantes :

1° Lorsqu'il y a fermentation de l'urine avant son émission ;

2° Lorsque l'abus d'alcalins énergiques ou un régime exclusivement végétal a rendu l'urine alcaline.

La fermentation ammoniacale de l'urine est occasionnée par le développement du ferment décrit par M. Pasteur et introduit dans l'économie, soit par les voies circulatoires et respiratoires, soit quelquefois aussi par un instrument introduit dans la vessie.

Il peut exister pendant plusieurs années des quantités très-considérables de pus dans l'urine, sans qu'il y ait production de phosphates.

Dans la gravelle phosphatique secondaire, l'urine est toujours fortement alcaline.

L'étiologie de la gravelle de carbonate de chaux est encore fort obscure ; néanmoins, ce corps se rencontrant ordinairement associé au phosphate de chaux dans la gravelle phosphatique primitive, on pourrait admettre que les causes de ces deux affections sont les mêmes et que le carbonate de chaux est également produit par une dénutrition.

RAPPORTS

M. LEFORT, au nom de la commission des eaux minérales, lit plusieurs rapports sur des demandes d'analyses et d'autorisation d'exploiter diverses sources minérales.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats aux places de correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 décembre 1875. — Présidence de M. GALLARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux brochures de M. le docteur Duroziez : *De l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, la grossesse et son produit. — De l'accouchement et de l'avortement provoqué.*

2° Un numéro de la *Revue médicale de Toulouse* ;

3° Un numéro du *Sud médical* ;

4° Un numéro du *Progrès médical.*

5° Deux brochures de M. le docteur Peruzzi : *Observations d'ovariotomie.*

LECTURE

M. LEBLOND lit un rapport sur le travail de M. Larcher.

Des remercîments sont adressés à M. Larcher, et son travail est renvoyé au comité de publication.

M. Larcher est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société.

COMMUNICATION

M. DUROZIEZ fait la communication suivante :

J'ai vu dans ma clientèle un enfant de dix mois, qui, pris de vomissements pendant une journée, eut le lendemain une garde-robe renfermant du sang, puis les accidents ont cessé au bout de peu de jours. Bien que l'enfant n'ait pas eu d'angine ni de rougeurs à la peau, je crois néanmoins avoir eu affaire à une scarlatine sans éruption, parce qu'à la suite de ces symptômes, un des frères du petit malade a été pris d'une scarlatine bien définie.

Je demanderai à mes confrères s'ils n'ont pas eu l'occasion d'observer des faits analogues.

DISCUSSION

M. DELASIAUVE cite une épidémie qui sévit une année dans la section des enfants, quand il était à Bicêtre. Sur environ cent petits pensionnaires, plus de cinquante furent atteints dans l'espace de trois semaines; c'était, pour une vingtaine, un mélange de scarlatine et de rougeole ; six ou sept avaient des rougeoles simples, dix eurent des varioles confluentes, dont deux enfants moururent. Le reste présentait un état indécis ou typhoïdique ou même scarlatineux, en raison de la teinte légèrement ardoisée de la peau. Une remarque qui n'est pas sans intérêt : l'un des varioleux qui succomba au dixième jour, était un épileptique aphasique ayant quotidiennement huit à dix attaques. Il n'en eut pas une seule durant sa maladie. Il n'est pas rare que les accès du mal caduc soient ainsi suspendus ou ralentis par des maladies intercurrentes.

M. DUROZIEZ. Ces mélanges de rougeole et de scarlatine sont fréquents, bien qu'ils aient été discutés ; d'autre part, il n'est pas rare de voir des fièvres éruptives sans éruption. J'ai vu plus d'un enfant n'ayant eu que l'angine scarlatineuse sans éruption. Il doit y avoir certainement bien des fièvres éruptives qui passent inaperçues, surtout dans les salles d'hôpital.

LECTURE

M. DUROZIEZ lit un travail sur les lésions et bruits vasculaires au niveau du deuxième espace intercostal gauche.

M. DELASIAUVE. L'ordre du jour étant épuisé et quelques minutes nous restant pour atteindre l'heure habituelle de la clôture, je vous demanderai, messieurs, la permission d'en profiter pour vous entretenir un moment d'un sujet sur lequel j'avais projeté depuis longtemps d'attirer votre attention. Son importance est extrême, au double point de vue de la pathologie mentale et de la médecine légale des aliénés.

Sans une classification exacte, notre science spéciale demeure incertaine et caduque. Celles qui ont eu cours jusqu'ici, basées sur un pur empirisme, sans considération du rôle normal des facultés, laissent un vaste champ libre à l'arbitraire individuel. On continue d'invoquer Pinel et Esquirol, quoique leurs vues diffèrent à certains égards. Mais il s'est produit depuis, ici ou là, une série de révélations qui témoignent de l'insuffisance de leurs nomenclatures. Les auteurs malheureusement se sont bornés à la simple exposition de leurs faits et de leurs aperçus, où les essais de coordination qu'ils ont pu tenter, issus d'une congestion fugitive, n'ont point l'empreinte exigée pour une telle entreprise. Aucune de ces œuvres ne s'est imposée. Chacune suit ses impressions, comprend à sa manière. Parmi les aliénistes, il en est peu qui ne déplorent cette anarchie, et ne la considèrent comme le principal obstacle à l'avancement des études médico-psychologiques.

Ce n'est pas que, dès le principe, ayant constaté la lacune, je ne me sois efforcé de la combler. Il s'en est suivi une classification que je n'ai cessé de vérifier, de compléter et de défendre. Elle s'est, ou je m'abuse, acquis des droits à un sérieux examen, que, jusqu'ici, et pour cause, elle n'a point obtenu. Afin d'en faire mieux saisir le caractère, quelques mots, au préalable, sur l'état de la question.

Pinel reconnaissait quatre genres principaux : manie, mélancolie, démence, idiotisme congénial ou acquis. Sous le nom de folie raisonnante, de manie sans délire, il distinguait, en outre, certaines variétés assez mal définies. Quelle loi présidait à ces distinctions? Elles exprimaient des faits seulement, malgré la velléité qu'avait manifestée l'auteur de les rattacher par un lien doctrinal, en consacrant des articles spéciaux aux lésions du jugement, de la mémoire, de l'imagination etc. : la manie représentait le délire général, la mélancolie le délire partiel, la démence l'affaiblissement mental, l'idiotisme à la fois, et ce qu'on entend par arrêt de développement des facultés ou idiotie, et ce dont, plus tard, Georget, E. Demazy, Ferrus, etc., ont fait l'espèce stupidité.

Dans les modifications qu'il a apportées à la nomenclature de son maître, Esquirol, moins que lui encore, s'était préoccupé de la détermination des conditions psycho-morbides. Il s'en désintéressait même systématiquement, jugeant la philosophie trop obscure pour prêter un appui utile à la pathologie mentale. Manie, mélancolie, démence sont les mêmes que chez Pinel, sauf le développement de la mélancolie, terme vague, en monomanie et lypémanie, suivant la physionomie expansive, indifférente ou triste du délire partiel. Pour lui, l'idiotisme par arrêt de développement intellectuel est devenu l'idiotie, et l'idiotisme acquis (stupidité), la démence aiguë. La monomanie raisonnante a pris assez indûment la place de la folie raisonnante ou de la manie sans délire. Esquirol décrit, de plus, une série de formes secondaires : illusions et hallucinations, folie épileptique, hystérique, hypochondrie, démonomanie, monomanie, homicide, suicide, incendiaire, etc., dont les types, parfois disparates, se rapportent à l'une ou l'autre des deux formes principales. Ferrus appelle le délire général délire maniaque. Il réserve au délire partiel (mélancolie, monomanie, lypémanie), sa détermination indéterminée ne voulant judicieusement en circonscrire ni l'étendue ni la complexité, ni la virtualité dominatrice. On lui doit une belle leçon sur la stupidité, dont il apprécie en même temps les phénomènes d'oppression physique et de fragile réaction interne.

Pour Falret père, la folie, une dans son principe comme la personnalité humaine, s'échelonne de la monomanie la moins accusée (fait rare) à l'oligomanie, à la polymanie et à la pantomanie, se subordonnant, d'ailleurs, dans sa physionomie, à telle ou telle prédominance, perceptive, conceptive, affective, etc.

M. Baillarger analyse les faits de stupidité, et croyant y découvrir des preuves de l'activité de l'imagination, transforme ce genre en mélancolie avec stupeur, dont il étend bientôt le domaine à certains cas de lypémanie. Plus tard il signale, sous le nom de folie à double forme, une variété déjà indiquée par Falret père, sous celui de folie circulaire, et consistant en des phases alternantes d'excitation et de dépression, avec ou sans intermissions lucides. Cette excitation et cette dépression, qui ont véritablement quelque chose de typique, suggérèrent depuis, à notre éminent collègue, la pensée de les considérer comme le principe d'une division supérieure des aliénations mentales, lesquelles prendraient ainsi rang soit dans la catégorie des cas dus à l'excitation, ou parmi ceux relevant d'une condition dépressive.

Renaudin et Griesinger ont adhéré à cette dichotomie. Morel a eu l'ambition de créer une classification étiologique, oubliant trop que la folie, étant une névrose, n'est souvent appréciable ni dans ses éléments organiques, ni dans ses influences productrices. Si celles-ci sont multiples, physiques et morales, quelle part assigner à chacune? Symptomatiquement, l'affection ne peut-elle varier aussi en raison de son intensité et des particularités individuelles?

Pousser plus loin cette récapitulation serait abuser des instants de la Société, sans profit pour l'objet que nous poursuivons. Guislain a mentionné de nombreuses espèces mentales. MM. Foville fils et Berthier ont tout récemment publié des nomenclatures. Elles diffèrent peu des précédentes. Sous diverses désignations, hypochondrie morale, folie du doute (Jules Falret), délire émotif, folie épileptique larvée (Morel), monomanie avec conscience (Baillarger), délire de persécution, etc., on a consacré, en outre, des descriptions de détail à certains ordres de faits mal précisés. Peut-être un jour, dans un travail d'ensemble, soumettrons-nous ces œuvres éparses à une analyse rigoureuse. Ce qu'il nous importe pour le moment, c'est qu'on sente que l'induction, provenant à peu près exclusivement des constatations phénoménales, n'a jamais été que faiblement éclairée par les lumières médico-psychologiques.

Comment, pour notre compte, avons-nous opéré? Face à face avec

les anomalies mentales, nous nous sommes appliqué, les étudiant dans leur caractère, leur origine, leur mode d'évolution, leur filiation, leurs relations, leur signification et leur portée, à nous former de chaque cas un idéal pathogénique. Par rapprochement, ce travail, poursuivi sur une série nombreuse d'aliénés, nous a bien vite appris à nous défier des premières impressions, en nous découvrant sous des similitudes apparentes des diversités réelles, ou réciproquement, des analogies là où le sentiment immédiat eût conclu à des différences. Des groupes naturels nous sont ainsi apparus, ayant leurs traits distincts, leur raison logique, leur loi de développement, leur anse appréciable.

Un autre résultat s'en est suivi. Intelligence, jugement, mémoire, imagination, volonté, ces mots équivoques figurent volontiers dans nos définitions et nos explications. Comme attributs du moi, les pouvoirs qu'ils expriment ne sont point *entités* mystérieuses, abstraites, adéquates au sens habituel de la qualification. Au lieu d'une force qu'on croit énoncer en les employant, c'est à un objet complexe qu'on a affaire. Cet abus de langage fausse les interprétations et s'est opposé jusqu'ici au perfectionnement des notions psychologiques. Notre procédé d'analyse nous a permis d'éviter cet écueil.

N'apercevant, au delà du perfectionnement, fait observable, que des voies sans issue, nous nous sommes maintenu dans ce domaine accessible. Mais, indépendamment du cadre lumineux né de cette marche prudente, ce cadre lui-même s'est trouvé être la révélation d'une théorie normale, susceptible, par induction, d'en reproduire identiquement les distinctions pathologiques. Préciser cette théorie, en dévoiler les conséquences, suffira à notre thèse.

Chacun pense, raisonne, réfléchit, veut et agit. On est d'abord frappé de cette circonstance capitale, dès qu'on envisage l'exercice de ce qu'on appelle l'entendement humain. C'est l'aspect syllogistique. Quelque sujet dont on s'occupe, quelque acte régulier qu'on accomplisse, cette partie du fonctionnement mental saillit sans cesse. Mais tout travail suppose des matériaux et des mobiles. Les matériaux ici sont les idées, les mobiles les impressions, émotions, sentiments. Un dérangement survient. Affectera-t-il un principe unique? Pourra-t-il avoir des sources différentes? Qu'est l'esprit? Qu'est l'intelligence? Les a-t-on définis? Cependant, communément, on en fait dériver les folies générales ou partielles.

Il nous a paru, au contraire, que le désordre mental accusait une altération tantôt dans l'ordre syllogistique, tantôt dans celui des idées et des mobiles. Dans cette hypothèse, quelle empreinte marquerait les diversités? Le premier cas suppose évidemment au délire un caractère général. Il n'en saurait être de même dans le second, où subsisterait, virtuellement du moins, l'intégrité syllogistique. On a admis une vague solidarité des facultés, acceptable pour les divers modes qui participent au raisonnement, perception, jugement, mémoire, imagination, etc. C'est abusivement qu'on l'étend à tout le domaine psychique. La réaction des idées sur les sentiments, des sentiments sur les idées, et réciproquement de chacun des autres éléments sur eux-mêmes, est certes indéniable, mais elle a sa loi, ses limites, et n'exclut l'indépendance notoire d'aucun d'eux.

Pour peu qu'on observe une conversation, on s'en convainc facilement. Les sujets s'y entremêlent et s'y succèdent sans que souvent celui du moment ait l'ombre de relation avec ceux qui l'ont précédé ou qui doivent le suivre. Quoi de commun entre un thème sur Racine et le récit d'un naufrage ou d'une aventure chinoise? La joie et la tristesse, l'amitié et la haine, l'ambition et l'indolence peuvent fortuitement se rencontrer, s'entrechoquer, s'entremodifier; on ne dira pas qu'elle sont affinitaires. Ce qui frappe plutôt, c'est leur insolidarité.

Qu'en inférer au point de vue de la nomenclature, sinon que toute folie, puisant son origine dans l'altération ou des idées ou des perceptions ou des sentiments, des affections et des instincts, aurait ses conditions propres? L'aliéné, durant les repos des vibrations morbides, pourrait, avec les personnes saines, raisonner et agir régulièrement. Sous le coup des incitations anormales, de deux choses l'une : ou, conscient de la nature des symptômes, il lutterait plus ou moins inégalement, pour se soustraire à leur influence; ou, fasciné et attiré par leur mirage trompeur, il en réflèterait dans ses discours et ses actes, la fausse et dangeureuse logique. On conçoit, d'ailleurs, que, fermant à toute autre éclosion l'accès de la scène intellectuelle, l'activité incessante du mal restregnît d'autant le champ des manifestations raisonnables, la perception juste étant entravée, non abolie.

Ces présomptions ne sont pas vaines. L'expérience a confirmé l'*a priori*. On voit combien est fautive cette assimilation, faite par quelques aliénistes, de la folie à la tache d'un fruit qui, de la surface, en envahit graduellement la profondeur. Entre ses formes, il n'y a pas seulement différence de degré. Le fond, fréquemment, contraste assez pour motiver des démarcations légitimes.

C'est ainsi que, dans une première division fondamentale, une sévère analyse nous a induit scientifiquement à reconnaître un double délire, général ou partiel, ayant pour signes, l'un une atteinte directe au fonctionnement syllogistique, l'autre une altération plus ou moins limitée ou complexe dans les sphères perceptive, conceptive ou sentimentale.

Examinant ensuite chacun de ces ordres, nous avons cru pouvoir rattacher à quatre genres les formes du délire général : excitation maniaque, manie, démence avec ou sans paralysie progressive, stupidité ou confusions intellectuelles. D'intensité inégale, l'excitation maniaque et la manie, expression de la pure irritation nerveuse, auraient pour caractères essentiels la mobilité et l'incohérence. Très-accusé chez le maniaque qui, passant sans transition d'un sujet à l'autre, ne profère pas quelquefois deux phrases qui se suivent, le défaut d'enchaînement, moins absolu chez le simple excité, peut, dans certains cas, laisser du doute sur l'état mental. Au repos, le malade cause avec calme, mais la moindre émotion l'agite et le transforme, il devient loquace, turbulent, injurieux. L'animation lui communique un entrain, une sorte de génie, qui étonnent. Ni mesure, ni convenance; il se fâche, engage des querelles et se livre, inconscient, à de déplorables écarts, oubliant les scènes avec la même facilité qu'il les provoque. Les symptômes, ou se maintiennent à leur niveau, ou oscillent vers la manie pour reprendre éventuellement leur type initial. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

La Bibliothèque des sciences contemporaines.

II

LA LINGUISTIQUE (1)

Par le docteur Abel HOVELACQUE.

Ce livre qui forme le second volume de la « Bibliothèque des sciences contemporaines » est destiné à montrer la place que la linguistique occupe dans l'histoire naturelle de l'homme. L'auteur n'a point cherché à éviter l'examen de la question de l'origine du langage. Pour lui, c'est une question purement anthropologique. Il traite de rêveries les travaux antérieurs; il étudiera cette question uniquement au point de vue de l'histoire naturelle, c'est-à-dire de l'anatomie et de la physiologie. Le langage articulé est un fait naturel : l'homme n'est homme que parce qu'il possède le langage articulé. C'est là sa caractéristique.

Tel est l'esprit général de ce livre : entrons maintenant dans le menu et suivons l'auteur dans ses développements.

Ce qui préoccupe d'abord vivement M. Abel Hovelacque, c'est de prémunir le lecteur contre la confusion de la linguistique, et de la philologie, ou même de l'étymologie — sa bête noire. « La linguistique est une science naturelle, la philologie est une science historique; l'étymologie n'est pas une science. »

C'est la linguistique, qui doit occuper l'auteur, il la sépare nettement de la philologie, étudie la vie des langues (car les langues naissent, croissent, dépérissent et meurent comme tous les êtres vivants), indique l'aide que se prêtent mutuellement la linguistique et la philologie, montre que le linguiste n'a pas nécessairement besoin d'être polyglotte, et retrace les dangers de l'étymologie.

Après ce préambule, l'auteur étudie la faculté du langage articulé,

(1) 1 vol. — Prix broché : 3 fr. 50; relié, 4 fr.

sa localisation et son importance dans l'histoire naturelle et entre dans l'étude de la linguistique.

La première forme linguistique a été le monosyllabisme ou langues isolantes. C'est la forme élémentaire : les mots sont de simples racines invariables. Dans cette première étape, la langue n'est formée que d'éléments dont le sens est éminemment général. Tous les systèmes linguistiques ont passé par cette première période ; elle est représentée aujourd'hui par le chinois, l'annamite, le siamois, le birman, le tibain et un certain nombre d'idiomes isolés de la péninsule indo-chinoise. Dans cette première forme linguistique, la grammaire ne pouvait être qu'une syntaxe et l'intonation jouera un rôle considérable. L'auteur développe avec talent ces propositions et nous en montre les applications dans une série de chapitres consacrés à chacune des langues citées tout à l'heure.

La seconde forme linguistique est l'agglutination. Le mot n'est plus une racine isolée, cette racine sera précédée ou suivie d'éléments nouveaux, signes de relation, et que l'on connaît sous les noms de préfixe, suffixe. La racine restera le même, mais grâce au préfixe et au suffixe, cette racine se verra complétée, et donnera un sens tout nouveau, un développement complet à la pensée. Les exemples fournis par l'auteur sont d'une netteté parfaite. Voici donc le mot devenu complexe, il a agglutiné d'autres racines à la racine principale invariable, nous avons l'agglutination. Le nombre des langues de cette seconde forme est considérable ; elles forment la grande majorité des idiomes connus (japonais, coréen, langues maléo-polynésiennes ; diomes papous ; idiomes australiens ; langues des nègres d'Afrique, des Cafres, des Hottentots et des Boschimans, Pouls, langues nubiennes ; langues du Caucase ; langues dravidiennes ; singhalais ; basque ; langues américaines ; langues hyperboréennes ; langues ouralo-altaïques). On lira avec un vif intérêt les divers chapitres consacrés à ces langues ; et l'on rayera peut-être à jamais, avec l'auteur, les langues touraniennes.

La troisième et dernière forme du langage est la « flexion » ; la racine n'est plus invariable ; elle est modifiable ; elle « peut » être modifiée, sans l'être « nécessairement. » La flexion n'est pas unique ; elle est ou sémitique ou indo-européenne. Entre ces deux systèmes, les différences de structure sont considérables et les modes de flexion sont différents. Le système indo-européen possède seul la faculté d'« augmenter » les voyelles. La flexion sémitique ne connaît rien de semblable.

Ceci établi, M. Hovelacque nous expose le sémitisme et l'ensemble des langues sémitiques ; passe en revue les divers groupes, montre l'individualité de ces langues, et recherche leur patrie primitive. L'auteur passe ensuite aux langues khamitiques et nous expose les groupes égyptien, lybien et éthiopien. Puis il aborde les langues indo-européennes (branche indoue, langues éraniennes, grecques, italiques, celtiques, germaniques, slaves ; le groupe celtique ; les langues indo-européennes non classées), et termine par une discussion très-curieuse et fort intéressante sur la région où fut parlée la langue commune indo-européenne.

Arrivé au terme de ce long examen — dont les difficultés d'exécution n'ont eu pour égal que le talent clair, net, précis de l'auteur — M. Hovelacque insiste sur les manières dont on reconnaît la parenté des langues, sur la pluralité originelle des systèmes linguistiques et la conséquence de cette pluralité. Il fait voir que dans la vie historique, les langues peuvent ne plus correspondre aux races, et montre la transformation des espèces en linguistique.

Si le transformisme est encore douteux en zoologie ou botanique, le procédé d'évolution est facile à suivre en linguistique. La transformation des espèces est ici un fait patent, c'est l'un des principes fondamentaux de la science du langage.

M. Hovelacque croit devoir dire en terminant que la doctrine de la pluralité originelle des langues et des races humaines n'a pas la prétention de faire échec à la doctrine plus générale de l'unité cosmique.

Nous nous arrêtons sur cette déclaration ; et, nous remercions l'auteur d'avoir concentré en si peu de pages le résultat d'études considérables, dont l'intérêt n'échappera à aucun de nos lecteurs. M. Abel Hovelacque ne prend sur son livre aucun titre ; mais les Bulletins de la Société anthropologique nous ont déjà familiarisé avec ses beaux travaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — Les démissions de leur grade offertes par M. Cousyn, médecin de deuxième classe ; MM. Guérin, Vivien, aides-médecins, et Picard, pharmaciens de 2e classe ont été acceptées.

M. Simond, aide-médecin auxiliaire, a été licencié, sur sa demande.

— La Société de médecine du Nord décernera, en 1876, un prix de 1,000 francs au meilleur mémoire inédit sur le sujet suivant : *Résumé de l'état actuel des connaissances acquises en hématologie normale et pathologique.*

Les mémoires devront être envoyés avant le 1er janvier 1877, à M. le docteur J. Castiaux, secrétaire général de la Société, 5, rue Sainte-Catherine, à Lille, suivant la forme académique, c'est-à-dire franco, sans indication de nom d'auteur et portant une devise répétée sur un billet cacheté, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Les mémoires lisiblement écrits en français seront seuls admis à concourir. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites. Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société.

Les rapports du concours et les mémoires couronnés paraîtront dans le *Bulletin médical du Nord.*

De plus, la Société publiera dans le *Bulletin* les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité.

Contribution à l'étude de la maladie bronzée d'Adisson, par le docteur Guermonprez. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 30. — SAMEDI 11 MARS 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 11 MARS 1876. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

[illegible] acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* [illegible] encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés [illegible], et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins [illegible] Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Angine de poitrine. — Son traitement.

Qui n'a pas assisté à un accès ultime d'angine de poitrine ne peut se faire qu'une idée bien imparfaite des horribles angoisses auxquelles le malade est en proie et des perplexités du médecin devant l'impuissance de tous les moyens qu'il met en œuvre pour retenir une vie qui lui échappe. C'est pour avoir connu ces perplexités, que nous saisissons avec avidité toutes les occasions qui se présentent d'enregistrer, soit une notion nouvelle susceptible de jetter quelque jour sur la symptomatologie, la marche ou la nature de cette affection, soit quelque indication thérapeutique ou quelque moyen de traitement plus énergique et surtout plus prompt dans son action que ceux qui étaient jusqu'alors à notre disposition.

Il s'est présenté ces jours derniers, dans le service de M. Sée à la clinique de la Charité, un cas d'angine de poitrine qui a donné au professeur l'occasion d'exposer en quelques mots ses vues sur le traitement de cette terrible affection.

Un mot d'abord du fait même.

Une femme âgée d'environ une cinquantaine d'années est entrée à l'hôpital accusant une douleur dans le côté gauche de la poitrine, au niveau de la cinquième ou de la sixième côte, s'étendant jusqu'à l'épaule, et une sensation de fourmillement dans le bras du même côté, qui paraît avoir perdu sensiblement de sa force. Ces symptômes sont permanents, sans accès paroxystiques; si bien qu'il a fallu que cette malade réitérat à plusieurs reprises ses plaintes, quoiqu'en termes très-modérés, pour attirer l'attention sur elle.

En présence de cette douleur persistante au côté gauche, au niveau de la cinquième côte, augmentant par la pression, de la douleur de l'épaule et de cette sensation de fourmillement du bras du même côté, tout le côté droit paraissant entièrement indemne de toute douleur de ce genre, M. Sée se demanda d'abord si cette femme, malgré son âge assez avancé, ne serait pas hystérique. Mais un examen plus attentif ayant fait reconnaître l'existence d'une lésion de la valvule mitrale accusée par un bruit systolique à la pointe du cœur et une arythmie des pulsations, il n'hésita pas à reconnaître dans cette corrélation des phénomènes une angine de poitrine et une angine d'origine principalement cardiaque, bien que l'hystérie put être considérée ici jusqu'à un certain point comme ayant aussi sa petite part d'influence.

Quoi qu'il en soit, l'affection ne se présente chez cette malade qu'à un faible degré d'intensité et avec des caractères très-atténués ; ce qui a fourni l'occasion à M. Sée de faire remarquer qu'il ne faut pas baser le pronostic sur le fait de l'origine cardiaque ou hystérique des symptômes de l'angine, certaines d'entre elles se montrant très-graves, bien que procédant de l'hystérie, tandis que celle qui a pour point de départ et pour principe une lésion cardiaque peut, comme cela a lieu dans ce cas-ci en particulier, se présenter avec des apparences bénignes. — Nous disons avec des apparences bénignes et non pas avec une bénignité réelle, car nous ne pouvons oublier que chez le malade auquel nous faisions allusion au commencement de cet article, l'accès mortel dont nous avons été témoin et qui était bien manifestement sous la dépendance d'une affection cardiaque, n'avait été précédé que de loin en loin d'accès très-bénins, en apparence, et qui avaient à peine appelé l'attention de sa famille et des personnes de son entourage. Nous croyons donc devoir faire à cet égard une réserve et nous n'oserions pas trop faire fond pour le pronostic sur cette apparente bénignité du cas présent.

La conclusion de tout cela, et c'est d'ailleurs celle qu'en a tirée M. Sée, c'est qu'il faut agir dans tous ces cas, agir avec énergie et promptitude, que l'on ait affaire à une angine hystérique, goutteuse, alcoolique, ou cardiaque.

En effet, quelle que soit la cause primitive de l'angine de poitrine, le fait pathologique est toujours le même, il se traduit par cette simple formule : ischémie du cœur doublée de douleur. D'où deux indications principales d'une égale urgence et d'une égale importance : calmer la douleur et faire cesser l'ischémie du cœur.

L'agent le mieux approprié à cette double indication est la morphine, qui, indépendamment de son action sédative de la douleur, a la propriété d'activer la circulation et par suite la respiration elle-même. Et le meilleur moyen, sans-contredit, de l'administrer est l'injection hypodermique; tout autre mode d'administration serait trop lent en raison de la rapidité avec laquelle marchent les phénomènes.

On injecte en une fois dix gouttes d'une solution de morphine au cinquantième, ce qui représente juste 1 centigramme de morphine. L'injection est répétée deux et même trois fois dans la même journée. Afin de prévenir le retour des accès, M. Sée a l'habitude de prescrire deux injections par jour, pen-

dant plusieurs jours consécutivement, alors même qu'il n'y aurait eu qu'un seul accès.

L'injection hypodermique de morphine ayant paré au plus pressé, M. Sée ne s'en tient pas là. Il la fait suivre ordinairement, pour peu que l'état du malade n'ait pas été très-notablement amendé, de l'administration du chloral, le meilleur des hypnotiques et le moyen le plus approprié, après la morphine, à la nature des accidents, qu'il s'agit de combattre. Il le prescrit en lavement, à la dose de 2 à 3 grammes pour 150 grammes d'eau, d'abord parce qu'il est mieux absorbé et qu'il agit ainsi plus promptement et aussi à cause de l'extrême difficulté qu'il y aurait à le faire prendre par la bouche à ces malades.

Nous ne parlerons pas des autres moyens thérapeutiques que M. Sée n'a passé en revue que pour les proscrire, tels que le chloroforme, le nitrite d'anile, la belladone et toute la série des anti-spasmodiques. Parmi les nombreux agents de cette médication, un seul a trouvé grâce devant lui, encore par ce qu'il n'est point un anti-spasmodique à ses yeux, c'est l'acétate d'ammoniaque, l'un des excitants les plus énergiques de la circulation et qui agit, en outre, très-favorablement sur la respiration.

Voilà pour la première indication, celle qui se tire de l'accès même.

Mais l'accès est passé; il se présente une seconde indication; il s'agit maintenant de prévenir le retour de nouveaux accès. Des différents moyens qu'on a proposés à cet effet, les ventouses sèches, l'application de la chaleur, les vésicatoires, le marteau de Mayor, l'électricité, l'application topique du chloroforme, M. Sée ne retient que le dernier, comme pouvant être utile. La plupart des autres moyens externes sont insuffisants ou inutiles; l'électricité est dangereuse et doit être formellement condamnée dans ce cas.

Enfin la meilleure de toutes les médications à instituer dans l'intervalle des accès consiste dans l'administration du bromure de potassium et de la digitale, les véritables régulateurs de la circulation.

C'est là le traitement que M. Sée a institué chez la malade qui a été le sujet de ces quelques considérations.

Kyste de l'ovaire. — Ponction. — Position de la question relativement à l'ovariotomie.

Une femme jeune encore, trente ans environ, est entrée dans le service de M. Gosselin, à la Charité, pour un kyste de l'ovaire, kyste uniloculaire suivant toutes les probabilités. Nous dirons tout à l'heure pourquoi nous ne sommes pas plus explicite à cet égard. Une ponction a été pratiquée sur le côté gauche de la tumeur, il en est sorti un liquide très-transparent, presque comme de l'eau de roche; au point qu'on aurait pu se demander un moment si l'on n'était pas en présence d'un kyste hydatique. Mais il a suffi de plonger le doigt dans le liquide pour reconnaître immédiatement à son état poisseux qu'il ne pouvait provenir d'une tumenr hydatique. L'acide nitrique y a fait constater, en outre, la présence de l'albumine qui n'existe pas non plus en général dans le liquide des hydatides. La question était donc résolue à ce point de vue. Le liquide retiré pouvait être évalué environ à six litres.

La tumeur vidée, l'exploration rendue ainsi plus facile n'a pas fait sentir d'autre tumeur. Cependant M. Gosselin reste à cet égard sur la réserve, n'étant pas suffisamment en mesure, vu surtout l'épaisseur des parois abdominales, d'affirmer qu'il n'y ait point quelque petite tumeur secondaire dans les profondeurs du bassin. Mais s'il ne lui paraît pas possible de résoudre la question au point de vue anatomo-pathologique, elle est résolue à ses yeux, du moins, au point de vue clinique. Cliniquement, en effet, on peut dire que c'est là un kyste uniloculaire, les tumeurs secondaires s'il en existe, pouvant être négligées pour le moment au point de vue du traitement.

Après la ponction, M. Gosselin a insisté auprès de la malade sur la nécessité du repos au lit dans une immobilité presque absolue. La raison de cette prescription est aisée à comprendre. Lorsqu'on a vidé un kyste ovarique, il est très-peu probable qu'on l'ait vidé complétement; il reste presque toujours une certaine quantité de liquide au fond de[illegible]ancs. Tant que la malade reste couchée sur le d[illegible]ond. Mais la malade vient-elle à se remu[illegible]er, à s'asseoir sur son lit, le liquide peut s[illegible]senter à la piqûre et s'épancher dans la cavité abdominale. Dans quelques cas, il est vrai, la cicatrisation se fait assez vite pour qu'on n'ait pas longtemps à redouter ce danger. Mais comme on n'est jamais certain de l'époque précise où la cicatrisation sera complète, la prudence veut qu'on se tienne sur ses gardes pendant au moins les quarante-huit premières heures. M. Gosselin a été témoin de deux cas de mort par péritonite, suite d'épanchement du liquide kystique dans le péritoine, faute d'avoir pris ces précautions. Aussi recommande-t-il toujours le plus grand repos pendant quarante-huit heures au moins et même trois jours.

Voilà pour le présent. Que reste-t-il à faire pour l'avenir? Il faut évidemment s'attendre à voir le liquide se reproduire dans la tumeur. On en sera quitte, sans doute pour une nouvelle ponction palliative. Si la reproduction du liquide ne se faisait qu'à de très-longs intervalles, on pourrait espérer en réitérant à mesure les ponctions, de prolonger ainsi indéfiniment l'existence et même un état relatif de santé de la malade. Mais il est à craindre malheureusement, vu surtout l'âge peu avancé de cette femme, que le liquide se reproduise rapidement et qu'on se trouve dans la nécessité de répéter un grand nombre de fois la ponction, à des périodes de plus en plus rapprochées.

Serait-ce le cas de recourir à l'injection iodée? M. Gosselin ne le pense pas. L'injection serait indiquée sans doute par le fait d'une cavité unique. Mais elle est contre-indiquée, d'autre part, par l'état poisseux du liquide, circonstance peu favorable comme on le sait pour l'adhésion des parois du kyste. D'un autre côté, les injections iodées ont l'inconvénient, comme les ponctions répétées d'ailleurs, d'entraîner presque toujours à leur suite des adhérences qui rendent par la suite l'ovariotomie, si non impossible, du moins très-difficile, lorsque le moment est venu où l'on n'a plus d'autre ressource que cette opération.

Resterait à examiner la question de l'ovariotomie d'emblée. Aux yeux de M. Gosselin, les résultats qu'a donnés jusqu'à présent l'ovariotomie, ne sont pas encore suffisamment jugés, et ils ne lui inspirent pas une confiance tellement absolue qu'il consente à faire courir à cette malade les chances de l'opération, alors qu'il est encore possible d'espérer qu'il pourra se passer peut-être un long espace de temps avant la récidive.

Dans cet état de choses, il est d'avis de subordonner la décision de l'opération à l'épreuve de la plus ou moins grande rapidité avec laquelle se fera la reproduction.

Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés.

Dans une première communication la Société de biologie, qui a été analysée dans le compte rendu (Voir *Gazette des Hô-*

pitaux, numéro du 14 décembre dernier), M. Budin s'était proposé de déterminer, d'après un certain nombre d'observations recueillies à la Maternité, à quel moment il convenait le mieux de pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical. On se rappelle qu'il est arrivé à cette conclusion : « qu'il convient de ne pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical, qu'une ou deux minutes environ après la cessation complète de ses battements vasculaires. »

Dans une séance plus récente, M. Budin a déposé sur le bureau de cette même Société (ce qui explique comment le rédacteur des séances de la Société de biologie n'a pu que le mentionner), une note sur le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par la saignée. — C'est *contre* qu'il eût été plus logique de dire. Voici en quelques mots le contenu de cette note, qui, ainsi qu'on en jugera, méritait de n'être pas passée sous silence.

On sait qu'il a été longtemps professé et mis en pratique, lorsqu'un enfant vient au monde en état d'asphyxie, de couper immédiatement le cordon ombilical, en laissant écouler quelques cuillerées de sang. Il est, croyons-nous, peu d'accoucheurs qui ne se soient conformés à ce précepte; et nous avouerons, pour notre part, l'avoir fait plus d'une fois, et nous ajouterons, sans avoir eu à le regretter, autant que nos souvenirs sont fidèles. En agissant ainsi, avions-nous fait une chose nuisible, ou tout au moins inutile? Il y paraîtrait, s'il faut s'en rapporter à l'ensemble des recherches de M. Budin sur ce sujet.

Chez le nouveau-né, dit-il, en sectionnant le cordon immédiatement après l'expulsion, on prive, ainsi qu'il l'a démontré, l'enfant de 92 grammes de sang environ, qu'il aurait pu puiser dans le placenta. En laissant s'écouler en plus par les vaisseaux ombilicaux, de deux à quatre cueillerées, c'est-à-dire de 40 à 80 grammes de sang; on ajoute à la première une nouvelle cause d'anémie profonde. L'enfant subit alors une perte de sang qui correspondrait chez l'adulte à une saignée de 2,500 à 3,000 grammes.

Et cela pour combattre, dit-on, une congestion pulmonaire et cérébrale. Mais, répond M. Budin, la congestion pulmonaire n'existe évidemment pas au moment de la naissance, le poumon étant à l'état d'atélectasie. Quant à la congestion cérébrale, en supposant qu'elle existe en réalité — on confond le plus souvent avec elle l'asphyxie —, qu'on laisse l'enfant attaché au cordon ombilical crier et respirer largement, et l'on verra la cyanose disparaître rapidement. Les poumons, en se dilatant, offrent au sang un diverticulum, dans lequel il se précipite immédiatement; mis en contact avec l'air dans les vésicules pulmonaires, ce sang s'empare de l'oxygène; l'asphyxie et la coloration violacée des téguments s'effaceront.

Si, au contraire, on pratique la saignée du cordon, sans doute la teinte asphyxique disparaît rapidement, mais la peau, au lieu de prendre la couleur rose vif, devient bientôt pâle, et l'enfant tombe dans un état d'apathie.

Dans certains cas, ajoute M. Budin, il y a non pas seulement asphyxie simple, mais encore état de mort apparente. Si, dans ces conditions plus graves, la respiration ne s'établit pas spontanément, en pratiquant l'insufflation trachéale on favorisera l'oxygénation du sang, et on fera cesser en même temps la congestion cérébrale tant redoutée, puisqu'on ouvrira du même coup au sang de nouveaux et nombreux canaux.

M. Budin résume le contenu de cette note par la conclusion suivante :

Dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés, attendre, si c'est possible, que la respiration du fœtus soit bien établie et que les battements du cordon aient cessé avant de faire la ligature et la section.

S'il y a mort apparente et que la respiration artificielle soit jugée nécessaire, se garder toujours, avant de pratiquer l'insufflation, de faire saigner le cordon.

Dr BROCHIN.

REVUE DE LA PRESSE

Épithélioma du col utérin compliquant la grossesse. — Le docteur Édis a présenté à la Société obstétricale de Londres (séance du 1er décembre 1875) une tumeur de cette nature, ainsi que l'organe aux dépens duquel elle s'était développée.

La pièce avait été recueillie à l'autopsie d'une femme de trente-trois ans, mariée depuis six ans et qui avait déjà eu deux enfants, l'un âgé de trois ans, l'autre de dix-huit mois. Elle vint à Middlesex-hospital, vers la fin de juin 1875. A cette époque, elle était au septième ou huitième mois de sa grossesse; et on diagnostiqua, en outre, un épithélioma du col. Elle ne put être reçue à ce moment. Mais on eut soin de la mettre en garde contre les dangers de sa position, et de l'engager à revenir un peu plus tard. Elle se présenta de nouveau, en effet, le 7 août. La tumeur s'était notablement étendue tout autour du col utérin. Une dilatation partielle semblait pourtant possible. On ne crut pas devoir recourir à l'opération césarienne. Le 8 août, à dix heures du matin, la dilatation du col étant suffisante, on donna le chloroforme et on accoucha la malade au moyen du forceps d'un enfant du sexe féminin pesant six livres et demie. La malade alla très-bien pendant cinq à six jours, puis la température s'éleva à 105° Fahrenheit (41°,6), et la malade mourut quinze jours après la délivrance.

A la suite de cette présentation, une discussion s'est engagée sur l'opportunité de l'opération césarienne en pareil cas :

Le docteur Routh croit que c'est elle qui donne le plus de chance de vie à l'enfant; il ajoute que, quand on laisse le travail suivre son cours, la mère meurt presque toujours de fièvre puerpérale.

Le docteur Barnes, au contraire, croit que l'opération césarienne n'est nullement indiquée. Il cite une observation, dans laquelle une femme affectée de cancer utérin fut accouchée deux fois sans qu'on fût obligé d'y avoir recours.

Le docteur Meadows croit que l'opération est préférable à tout autre procédé; il cite quatre observations, dans lesquelles la mère et l'enfant périrent (dans l'une d'elles, on avait fait la crâniotomie; dans un autre, l'accouchement prématuré). Il croit que, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, on ne peut pas sauver la mère; qu'il est indiqué, par conséquent, de recourir au procédé le plus salutaire pour l'enfant.

Le docteur W. O. Priestley, président, croit qu'il faut chercher les indications et les contre-indications de l'opération césarienne dans le degré d'étendue et l'époque du développement de la tumeur.

Le docteur Aveling pense qu'elle ne serait pas justifiable si une seule des lèvres du col était atteinte.

Pour le docteur Barnes, l'expectation est indiquée : il ne faut jamais provoquer l'accouchement, mais laisser la grossesse arriver à son terme et se guider sur les indications du moment. Dans le cas observé par le docteur Reuth, il eût été impossible de faire la délivrance, sans recourir à la crâniotomie. (*Brit. med. journal*, n° 784, 8 janvier 1876.)

La maladie petéchiale de Werlhof (purpura hemorrhagica). — Dans un mémoire sur ce sujet, le docteur Henri Rohlf arrive aux conclusions suivantes :

1° Le nom sous lequel nous venons d'indiquer la maladie doit être accepté par tout le monde;

2° Les sources des hémorrhagies doivent être cherchées dans le réseau capillaire de la peau des muqueuses, du tissu cellulaire sous-cutané, et non pas dans le corps muqueux de Malpighi, qui ne renferme point de vaisseaux. Le sang qu'on peut rencontrer n'y arrive que par suite d'une extravasation;

3° Cette affection ne doit être confondue ni avec le scorbut ni avec l'hémophilie. Il n'est pas démontré jusqu'ici qu'il y ait dans cette maladie une altération chimique du sang. Il y a, du reste, deux formes de cette maladie; elles se confondent dans leur nature et et leur symptôme, mais elles diffèrent par leur étiologie. L'auteur les désigne sous le nom d'asthénique et de sthénique. La forme asthénique se rapproche du scorbut et de l'hémophilie. C'est, comme ces dernières affections, une diathèse hémorrhagique, dans laquelle la composition chimique du sang est altérée, la cause provient probablement d'un vice de nutrition des parois des capillaires. Le refroidissement ou la calorification exagérés, les émotions morales vives, etc., sont les causes déterminantes les plus communes.

4° Les hémorrhagies peuvent être la conséquence d'une simple transsudation, sans déchirure des capillaires; elles peuvent venir en même temps des artères et des veines; ce qui explique la différence de coloration des taches.

Le nom de purpura est donc impropre, car il ne pourrait caractériser qu'une maladie dans laquelle on trouverait uniquement des hémorrhagies capillaires.

5° La forme sthénique est facile à reconnaître par le pouls et l'aspect général du malade. En outre, il est probable qu'il y a dans ces cas diminution de la fibrine et augmentation des globules rouges. Les parois des capillaires ne sont pas altérées dans leur structure; elles se déchirent, parce que la réplétion de tout le système circulatoire est exagérée.

6° Dans la forme sthénique, la saignée est indiquée.

7° Naturellement, le régime à faire suivre aux malades varie suivant que l'on a affaire à la forme sthénique ou à la forme asthénique. Dans la forme sthénique, on doit se dispenser de toute médication active, même pour arrêter les hémorrhagies, au moins tant que le collapsus ne se manifeste pas, à moins qu'il n'y ait des hémorrhagies rénales, pulmonaires, etc.

8° Les taches n'ont pas plus de tendance à se faire au voisinage des os que partout ailleurs.

9° Il est possible que les différents mécanismes donnés par Rindfleisch à propos des hémorrhagies punctiformes du cerveau (athérome, hyperémie, embolie) puissent servir à expliquer celles de la maladie en question. — (*Memorabilien*, X. Heft. 1875, et *Allg. Wien. méd. Zeit*, n° 2.)

Néphrite suppurée du rein gauche. — Ouverture spontanée de l'abcès sur la paroi postérieure de l'abdomen; dans la cavité pleurale gauche et les bronches, dans l'uretère gauche. Guerison (Dr Diamantopulos, de Smyrne). — S. M... quarante ans, grand, fort et bien bâti, vient consulter l'auteur au mois d'avril 1872.

Jamais de maladies antérieures. Il y a quinze mois, il dût passer, étant en sueur, un cours d'eau, dans lequel il s'enfonça jusqu'à mi-jambe. Le soir, besoins fréquents d'uriner. Douleurs fréquentes à l'hypogastre et pendant la miction. Urine un peu foncée, mais sans altération. Bientôt survint de la fièvre; l'urine devint trouble et sédimenteuse. Au bout de six à sept mois survinrent des douleurs dans la région lombaire gauche, qui devinrent de plus en plus vives, s'accompagnèrent de chaleurs et de frissons, et il fut obligé de garder le lit. Bientôt, tous ces symptômes devinrent plus graves, et s'accompagnèrent de parésie des deux membres inférieurs. Rien du côté du système nerveux central du rectum et de la vessie. La peau de la région lombaire rougit et s'œdématia. Puis l'abcès s'ouvrit au dehors, il s'écoula une grande quantité de pus de bonne nature. La fièvre et les phénomènes généraux disparurent, ainsi que la parésie des deux membres.

Le trajet resta fistuleux. Il s'ouvrait et se fermait de temps en temps, donnait issue à chaque fois à une certaine quantité de pus. Au moment d'une de ces poussées aiguës, survinrent de vives douleurs pendant la miction. L'urine devint épaisse et trouble; elle s'éclaircit un peu les jours suivants, mais redevint bientôt sédimenteuse. L'abcès s'ouvrit de nouveau quelques jours après. Les choses restèrent en cet état pendant plusieurs mois, puis, tout à coup le malade ressentit des douleurs dans la moitié gauche inférieure du thorax, avec dyspnée, point de côté, toux, perte d'appétit.

Cet état durait depuis quelque temps lorsque, dans un accès de toux, le malade rendit la même quantité de pus.

L'auteur le vit peu de jours après, et constata l'état suivant :

Le malade est amaigri; tous les midis, fièvre avec frisson. Sueurs profuses abondantes. Inappétence. Toux fréquente et pénible. Crachats d'un jaune rougeâtre et de mauvaise odeur. L'examen général du poumon ne donnait pas d'autres signes que ceux d'une bronchite, pourtant on trouve au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, une zone de matité dans laquelle on ne peut entendre le murmure vésiculaire. Rien du côté des organes de la circulation; pas de tumeur abdominale. L'espace compris entre l'hypochondre gauche et la crête iliaque correspondante, est dur à la pression et mat.

En arrière de la ligne axillaire prolongée, dans l'espace compris entre l'angle des côtes et les intestins, on trouve un trajet fistuleux, d'où du pus d'un blanc rougeâtre, sans odeur (une cuillerée à bouche à peu près en vingt-quatre heures). Les bords de l'ouverture sont durs et calleux. Une sonde en caoutchouc, introduite en suivant la colonne vertébrale, s'enfonce de 17 centimètres et rencontre un tissu mou et élastique. L'urine est trouble, d'un rouge lie de vin, sa réaction est légèrement acide, et elle contient des traces d'albumine. Le malade se plaint d'une toux pénible, d'une faiblesse extrême avec perte d'appétit, sueurs colliquatives et besoins fréquents d'uriner.

L'auteur porta un pronostic défavorable; prescrivit les toniques, et l'opium contre la toux; les inhalations de térébenthine contre la bronchite, etc.

Peu à peu, sous la seule influence de ce traitement, l'état général s'améliora, la sécrétion bronchique diminua et perdit son odeur; la suppuration locale diminua et finit par se tarir complétement.

Discutant ensuite le diagnostic, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Après l'évacuation du premier abcès et avant la fermeture de la fistule, il s'écoule tout à coup une grande quantité de pus qui diminue de jour en jour. Il est très-probable qu'il s'est formé un nouvel abcès au voisinage du foyer du premier qui s'est ouvert dans sa cavité.

2° Longtemps après, le malade a une hémoptysie; l'urine et le pus de la fistule demeurèrent sanglants. Les trois hémorrhagies s'arrêtent en même temps et ne se reproduisent pas. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par une communication directe entre les voies urinaires, la cavité de l'abcès et les voies aériennes.

3° Il s'est formé dans la cavité pleurale gauche une collection purulente, puisque la paroi du thorax correspondante s'est œdématiée en même temps que la percussion montrait de la matité, qu'il y avait disparition du murmure vésiculaire.

L'auteur croit que cette collection purulente de la plèvre s'ouvrait dans les bronches, et que le contenu fut rejeté au dehors par les crachats.

La cystite purulente arrive souvent à la suite des abcès rénaux ou périnéphrétiques. Ces abcès se font jour soit par la paroi abdominale, en avant et en arrière, soit dans la gaîne des vaisseaux et des nerfs du membre inférieur, dans la vessie, l'uretère, le rectum et le vagin. L'écoulement du pus dans la cavité pleurale ou dans les bronches ne peut arriver qu'après une perforation du diaphragme. La parésie des deux membres inférieurs ne peut être attribuée qu'à la compression ou à la gaîne des nerfs correspondants. — (*Wiener méd. Presse*, 1876, 9 janvier.)

Traitement du mal de mer. — Dans l'océan Atlantique, le mal de mer prend quelquefois un caractère extrêmement sérieux. Le docteur Towsos Colthurst a obtenu de très-bons résultats par l'administration d'une pilule bleue de coloquinte et d'un grain ou deux de résine de podophyllum. Il employait d'abord ce traitement dans le but de combattre la constipation opiniâtre qui accompagne le mal de mer. Il prescrivait ensuite un régime doux dans lequel l'arrow-root et le foie de bœuf entraient pour la plus grande part. Quand il y avait un peu de collapsus, il donnait un peu d'eau-de-vie. Il a obtenu de bons résultats, surtout dans le tropique, en faisant quelquefois donner de petits morceaux de glace aux malades. En outre, il les faisait placer à l'air libre et dans la position horizontale. Chez les femmes névropathes prédisposées aux accidents hystériformes, les injections

sous-cutanées d'acétate de morphine donnent de bons résultats. Cette influence salutaire se ferait sentir au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. Les malades peuvent prendre du repos; bientôt même ils peuvent garder leurs aliments. — (*Brit. méd. journal*, 8 janvier 1876.)

L'opium dans le diabète. — Le professeur Duchek pense que les insuccès présentés par la médication opiacée dans le diabète sont dus à l'insuffisance des doses. Il emploie l'opium à dose de 60 à 80 centigrammes par jour (extrait aqueux de la morphine à dose de 0, 15 centigrammes.

Chez quatorze diabétiques, il a vu cette méthode produire de bons résultats. Les malades supportent bien les doses, et le seul inconvénient de la médication est de produire une constipation opiniâtre.

Bromure de potassium dans la leucorrhée. — Dans douze cas dont neuf dataient de six mois, le docteur Kinnear a obtenu un succès complet par cette médication. Il la donne à dose de vingt grains deux fois par jour.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine et la statistique médicale de l'armée pendant l'année 1874.

M. Larrey dépose, de la part de M. Bornes, un rapport sur l'hygiène des armées aux États-Unis.

M. Trélat lit, de la part de M. Frédet, ancien interne des hôpitaux, une observation de cancroïde de la langue survenu à la suite d'un psoriasis lingual. Le malade, âgé de cinquante ans, grand fumeur, avait renoncé à cette habitude depuis huit ans, à la suite du développement de quelques plaques de psoriasis lingual. Malgré un traitement antisyphilitique et l'emploi de collutoires au borax, au chlorate de potasse, il survint il y a vingt mois une induration qui envahit de proche en proche jusqu'à la base de la langue, et détermina des douleurs très-vives et une suppuration abondante. Le malade refusa de se laisser opérer et a succombé l'an dernier.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Le Fort, pour répondre à M. Perrin, qui place l'amputation sous-astragalienne bien avant l'amputation tibio-tarsienne, a consulté les statistiques de la chirurgie d'armée, beaucoup plus complètes que celle de la chirurgie civile. La dernière opération a donné, en Crimée, 76.3 pour 100 de mortalité chez les français, 20 pour 100 chez les anglais qui n'ont eu que dix opérés; en Italie 63 pour 100. En Amérique, pendant la guerre de sécession, sur soixante-sept opérés, il n'y eût que deux morts. L'amputation sous-astragalienne a donné, en Crimée, sept morts sur huit opérés. M. Chauvel, qui a réuni dans son mémoire toutes les observations publiées de la pratique civile, arrive à un résultat de dix pour cent de mortalité pour l'amputation tibio-tarsienne. Mais les statistiques tant civiles que militaires sont incomplètes et aujourd'hui nous manquons encore de base suffisante pour juger la valeur comparée de ces deux amputations.

M. Perrin n'accorde pas autant de valeur aux statistiques de la chirurgie d'armée. Ainsi, sur les sept cas de mort, en Crimée, à la suite de l'amputation sous-astragalienne, deux opérés ont succombé au typhus, ce qui fausse les résultats de la statistique sur un aussi petit nombre d'opérations.

M. Desprès a fait trois amputations tibio-tarsiennes, sur lesquelles il n'a eu qu'une mort. Il en a vu faire une, qui a été suivie de succès, par Robert, en 1859. Ces quatre cas et beaucoup d'autres ne figurent dans aucune statistique.

RAPPORT

M. Duplay donne lecture d'un rapport sur une observation de ligature de l'artère sous-clavière pratiquée par M. Clédoux (de Navarreux). En voici le résumé : Un homme de trente-deux ans reçoit un coup de corne dans l'aisselle gauche. Le sang est arrêté par un tamponnement. En peu de temps une tumeur anévrysmale se développe, mais elle est prise pour un phlegmon et traitée par des sangsues et des cataplasmes. Quelques jours après une hémorrhagie grave se fait par une piqûre de sangsue non cicatrisée; c'est alors que M. Clédoux est mandé et pratique la ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes, dix jours après la blessure. L'opération, d'après l'observation, semble avoir été facile; le sang s'arrête d'abord, puis une nouvelle petite hémorrhagie a lieu qui est arrêtée par le tamponnement. Le fil tombe au douzième jour. Le sac anévrysmal, rempli de caillots, en est débarrassé en sept jours. La guérison est complète au trente-cinquième jour.

DISCUSSION

M. Le Fort. La blessure de l'artère axillaire a rarement lieu dans l'aisselle même, mais le plus souvent par la paroi antérieure. La discussion récente dans laquelle on a préconisé la ligature dans la plaie des deux bouts d'une artère divisée ne saurait trouver ici son application, car elle est presque toujours suivie de gangrène du membre, lorsqu'on a lié l'axillaire, tandis que la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes a donné plus de guérisons.

COMMUNICATION

De l'innocuité des grandes opérations chez les femmes enceintes. — M. Nicaise donne la relation d'une désarticulation de l'épaule pratiquée dans son service à la Maison de santé, sur une femme de vingt-deux ans, enceinte, pour un sarcôme périostal de l'humérus. Après avoir donné le chloroforme et appliqué la bande d'Esmarck, la sous-clavière fut comprimée, et la désarticulation pratiquée par le procédé de Larrey. Le paquet vasculo-nerveux fut sectionné en dernier. Les artères et veines axillaires ont été liées, et des pinces placées sur des vaisseaux de moindre importance. La plaie fut pansée avec de la charpie et de l'eau alcoolisée. Les suites furent régulières; la fièvre traumatique fut presque nulle, la température ne s'étant pas élevée à plus de 38°,6. La malade se leva le onzième jour, et accoucha trente-six jours après l'opération d'un enfant vivant et bien conformé. Une petite poussée inflammatoire vers la cicatrice coïncida avec la montée du lait, et céda facilement. L'accouchement a eu lieu dix mois après la dernière menstruation, et la malade se croyait enceinte de huit mois et demi au moment de son entrée. Quelques auteurs ont pensé qu'une opération chez une femme enceinte retardait l'accouchement, mais M. Nicaise ne partage pas cette opinion et pense que, dans ce cas et sans doute aussi dans les autres, la malade s'était trompée sur l'époque de sa grossesse, qui aurait précédée de fort peu la menstruation qui a suivi celle à laquelle la malade rapporte le moment de sa grossesse. Quant au danger d'une opération grave sur une femme enceinte, il semblerait, d'après cet exemple, moins grand qu'on ne l'a cru. L'opération était d'ailleurs ici d'une urgence absolue, et n'a eu aucun retentissement sur la grossesse. M. Nicaise a employé l'appareil d'Esmarck modifié. Le tube constricteur est remplacé par une bande de 70 à 80 centimètres de longueur, que l'on peut fixer à divers degrés par un crochet et une série d'anneaux. M. Chauvel avait déjà signalé les inconvénients de l'appareil d'Esmarck et les difficultés de son application, inconvénients reconnus déjà par beaucoup de chirurgiens et par Esmarck lui-même.

DISCUSSION

M. Verneuil. Un point très-intéressant de cette communication est l'innocuité d'une très-grande opération sur une femme près d'accoucher. Déjà Vallette (de Lyon), Petit (de Villeneuve-sur-Yonne), Cornillon et quelques autres, avaient attiré l'attention sur ces faits, mais les résultats semblaient encore très-incertains. Quelques observations de blessures chez des femmes enceintes ou d'opérations chez

des femmes ayant caché leur grossesse, en avaient fait voir la gravité. M. Verneuil pense que cette gravité est subordonnée à l'intensité de la fièvre traumatique. Si celle-ci est intense, si la température s'élève à 40 degrés, presque inévitablement il y a avortement et mort à la suite de lymphangite, d'érysipèle, etc. Si la fièvre traumatique n'est pas intense, l'opération n'a pas plus de gravité chez les femmes enceintes que chez les autres sujets. Mais on n'a aucun élément de pronostic avant l'opération. Le chirurgien doit donc s'efforcer d'employer le mode de pansement qui prédisposera le moins à la fièvre traumatique.

M. POLAILLON pense que deux autres facteurs doivent intervenir dans le pronostic des opérations chez les femmes enceintes : la quantité de sang perdu et l'époque de la grossesse. Si l'opérée perd beaucoup de sang, elle sera plus prédisposée aux accidents graves; et M. Nicaise a fort heureusement préservé sa malade de ce danger. Quant à l'époque de la grossesse, une femme enceinte est beaucoup plus susceptible d'avorter dans les quatre ou cinq premiers mois, surtout au troisième ou quatrième, que dans la seconde moitié, surtout vers la fin. Cette heureuse condition s'est encore rencontrée chez la même malade. Il faudra donc tenir compte, pour le pronostic, si l'on a pratiqué une opération sur une femme enceinte, de l'intensité de la fièvre traumatique, de la quantité de sang perdu et de la grossesse où l'on aura fait l'opération.

M. GUÉNIOT accepte les déductions de M. Verneuil, mais il ne faudrait pas les généraliser d'une manière absolue. Il a vu, chez une femme enceinte, un érysipèle phlegmoneux péricrânien, survenu sans cause connue, décoller les trois quarts du cuir chevelu et nécessiter cinq ou six ponctions, qui ont donné environ un litre de pus. La fièvre a été considérable. Le recollement a duré des semaines, et la femme était enceinte de quatre mois. Elle a accouché à terme d'un enfant vivant. M. Guéniot ajouterait une quatrième cause aux trois premières, c'est le degré de contractilité de la matrice suivant les femmes. Les moyens employés pour provoquer l'accouchement prématuré sont très-variés, mais les effets obtenus le sont encore plus. Il suffit quelquefois de toucher simplement le col; d'autres fois il faut l'exciter avec persistance. Dans ces conditions variables, les traumatismes n'auront pas les mêmes effets sur la grossesse.

M. TILLAUX. Le chirurgien est toujours fort embarrassé en présence d'une femme enceinte qui doit subir une opération. Cette discussion aura servi à démontrer que l'on peut, dans certaines conditions, les opérer avec un peu plus de hardiesse. Il s'est trouvé trois fois en présence de cette difficulté. Deux fois il s'agissait d'énormes végétations vulvaires, du volume du poing. Il a donné le chloroforme et les malades ont perdu beaucoup de sang, et ont cependant guéri. Le troisième cas est relatif à une ouvrière qui avait eu le bras pris dans un volant de machine, et qui avait eu le bras droit arraché après avoir été entraînée pendant plusieurs tours par le volant. L'amputation du bras fut faite le lendemain, près de l'épaule. Elle était grosse de six mois, et malgré le choc et l'amputation elle ne fit pas de fausse couche.

M. CHAUVEL demande pour quelle raison M. Nicaise n'a pas employé le tube constricteur d'Esmarck pour cette opération.

M. NICAISE répond qu'il avait affaire à une femme très-maigre chez laquelle le tube de caoutchouc aurait été mal appliqué à cause de la saillie de la clavicule. D'ailleurs la sous-clavière était très-facile à comprimer. Quant au danger des opérations chez les femmes enceintes, M. Nicaise croit que le facteur le plus important n'a pas été rappelé dans cette discussion; c'est le siége du traumatisme. Une blessure, même légère de la vulve, du bassin, est plus grave qu'une blessure plus importante dans une région plus éloignée. Cependant ce n'est pas là une règle absolue car on a cité un exemple de désarticulation de l'épaule suivie d'avortement. On ne pourrait établir une statistique utile qu'en faisant des catégories suivant l'intensité et le lieu de la blessure.

LECTURE

M. PINARD, chef de clinique d'accouchement de la Faculté, donne lecture de trois mémoires ayant pour titre :

1° Du palper abdominal au point de vue du diagnostic des présentations et des positions;

2° De l'accommodation du fœtus pendant la grossesse, ou des causes des diverses présentations;

3° Des moyens de fixer et d'engager la tête fœtale pendant la dernière période de la grossesse, et de transformer définitivement les présentations de l'épaule et du siége en présentation du sommet pendant la même période.

(Commission : MM. Blot, Polaillon, Guyon.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La Bibliothèque des sciences contemporaines.

III.

L'ANTHROPOLOGIE

Par le docteur Paul TOPINARD.

La « Biologie » était un manifeste, la « Linguistique » une révélation, « l'Anthropologie » est un classique.

Qu'on ne se méprenne pas sur notre pensée. La « Biologie » devait formuler un corps de doctrines encore peu connues, c'est pour cela que nous la qualifions de manifeste de la nouvelle école. La « Linguistique » a ouvert devant nous les horizons les plus neufs et les plus inattendus, c'est donc une révélation. Quant à l'« Anthropologie » le médecin ne peut rester étranger à ses conquêtes, et l'étudiant doit lire ce livre et s'en pénétrer; c'est un classique par excellence.

Il va suffire de parcourir rapidement ce volume pour voir combien il soulève de questions intéressantes pour le médecin, nécessaires pour compléter son instruction, et combien il soulève aussi de problèmes à résoudre.

Est-il besoin de dire ici ce qu'on entend par Anthropologie; combien cette partie de la science était restée en retard jusqu'à ces derniers temps; comment, sous l'impulsion puissante de M. Broca, un groupe se forma d'abord, devint bientôt légion, et créa cette académie, qui sous le nom de Société d'Anthropologie voit se dérouler des travaux si importants pour nos études? Faudra-t-il dire que, non content de ce premier succès, M. Broca a encore dans sa légion, choisi un groupe d'hommes ardents, dévoués à la science, et constitué ainsi les artistes de cette « Bibliothèque » où sa voix ne tardera pas à se faire entendre? En attendant ce moment il ouvre le livre de M. Topinard par une introduction, où il retrace rapidement la marche des études anthropologiques.

La parole est maintenant à M. le docteur Topinard, le savant conservateur des collections de la Société d'Anthropologie.

L'auteur commence par nous dire ce qu'il faut entendre par l'Anthropologie; « la branche de l'histoire naturelle qui traite de l'homme et des races humaines ». Et ne croyez pas que cette définition soit inutile. Il y deux cents ans, que le mot « Anthropologie » existe, mais vous savez que la confusion des mots n'a jamais hâté le progrès d'une science, et le premier point est de se comprendre. Voilà pourquoi M. Topinard donne sa définition, qu'il fait suivre de son programme, et des relations de l'anthropologie avec la médecine, l'ethnographie et l'ethnologie.

Comme le naturaliste, l'anthropologiste étudie le groupe humain dans son ensemble et dans ses rapports avec les autres groupes, puis ses divisions vulgairement appelées races. Seulement l'anthropologiste donne une importance plus considérable aux manifestations cérébrales. Il considère donc les caractères physiques; les caractères de l'ordre physiologique, auxquels appartiennent les phénomènes intellectuels; les caractères de l'ordre social; enfin, les caractères de l'ordre historique.

Quant à la méthode à suivre; « l'intuition, les raisonnements à priori et autres procédés de sentiment en seront impitoyablement bannis». « L'homme est un animal : il naît, se reproduit et meurt. »

« L'homme, dans son entier, appartient à l'anthropologie. Personne ne songerait, en zoologie, à scinder l'étude d'un animal en deux parties, et à les confier à des savants d'ordre différents, les uns

se bornant aux caractères anatomiques et physiologiques ordinaires, les autres s'attachant aux instincts et autres manifestations nerveuses, L'Anthropologie ne saurait non plus être mutilée et divisée en deux sections, l'une pour les hommes de science, et l'autre pour les philosophes; aux uns et aux autres il manquerait une source essentielle de lumière. La scission serait un non-sens; le corps et l'esprit sont indissolublement liés comme la nature et ses propriétés. Animale ou humaine, l'organisation obéit aux mêmes lois, est composée de même, fonctionne de même. La façon de vivre, de penser ou de se réunir des hommes est aussi indispensable à connaître pour l'anthropologiste que la façon de respirer ou de marcher. Dans ces considérations des races, la nature des émissions nerveuses pèse autant dans la balance que le volume et la densité du cerveau. L'organe et la fonction ne peuvent se séparer. »

Mais nous nous arrêtons. Il faudrait transcrire tout ce premier chapitre, où l'auteur nous montre les immensités du domaine de l'Anthropologie et comment tous les hommes dévoués à la science, quelles que soient leurs études premières (géographes, historiens, linguistes, archéologues, géologues, avocats!) peuvent apporter leur pierre très-précieuse à l'édifice. Et malgré nous, notre souvenir attristé et sympathique se reporte sur ce savant et modeste Léon Guillard, qui, avocat et anthropologiste mort à Buzenval, montrait le 2 juin 1870 le parti que l'anthropologie pouvait tirer de l'étude du droit comparé.

Il faudrait pouvoir redire avec l'auteur les conditions nécessaires au progrès de ces études « cet esprit calme, exempt de préjugés, et n'ayant qu'un culte celui de la vérité ». C'est là certainement ce qui a jeté un certain trouble dans le développement régulier de cette science. Il est plus difficile qu'on ne pense de faire table rase de certaines idées déterminées qui ont saturé notre substance cérébrale, à l'époque où elle se constituait et était le moins disposée à absorber. Et puis, en un sujet si grave, il faut encore compter avec « notre petite vanité » qui « se froisse; elle regrette de descendre du piédestal où elle s'est placée. »

Mais ce ne sont qu'affaires de sentiments et l'auteur nous a dit la méthode à suivre pour faire de l'anthropologie.

Pour considérer l'homme dans son ensemble et dans ses rapports avec les animaux, M. le docteur Topinard passe en revue ses caractères physiques, physiologiques et pathologiques. Aux premiers se rattache l'étude du squelette et du crâne, l'angle facial zoologique, la capacité crânienne, la situation et direction du trou occipital, et les angles occipitaux et orbitaires. La colonne vertébrale, le thorax, le sternum, le parallèle des membres supérieurs et des membres inférieurs, du pied et de la main, les proportions du squelette; les muscles, les organes des sens, le système nerveux, les organes rudimentaires et les anomalies réversives complètent les caractères physiques. L'histoire ou développement du corps, les fonctions générales et particulières, les manifestations psychiques et la faculté générale d'expression appartiennent aux caractères physiologiques. Il ne reste plus qu'à étudier les caractères pathologiques : maladies, tératologie, microcéphalie, hydrocéphalie, synostoses prématurées, déformation artificielle du crâne.

Ces études terminées, l'auteur croit pouvoir déterminer la place de l'homme dans la série des mammifères, et sa conclusion n'est autre, que celle de l'illustre Linné.

« L'homme forme une famille dans la classification des mammifères, la première dans l'ordre des primates. »

Mais les divisions de cette famille ont-elles rang de genres, d'espèces, ou de variétés? C'est ce que l'auteur se réserve de dire après avoir examiné les éléments du problème.

M. Topinard aborde alors les « Races humaines », et passe successivement en revue les caractères physiques, physiologiques, ethniques, linguistiques, historiques, archéologiques de ces races : il étudie les divers types anthropologiques, et conclut : « la famille humaine, la première de l'ordre des primates, se compose d'espèces, ou races fondamentales ».

Un dernier chapitre est alors consacré à l'origine de l'homme, et nous nous trouvons en présence du monogénisme de de Quatrefages, du polygénisme d'Agassiz, du transformisme de Lamarck, de la sélection de Darwin. L'auteur se prononcera-t-il d'une manière absolue. Non, parce que tout en laissant percer son faible pour le transformisme, il n'accepte que ce qui est démontré. « Le transformisme en est-il là? Non; ce n'est encore qu'une hypothèse, mais cette hypothèse gagne chaque jour du terrain. »

Tel est le livre de M. Topinard, dépouillé de la richesse de détails qui en font une lecture pleine de charme et d'intérêt. Nous ne nous arrêterons pas à ce que ces doctrines ont de choquant pour nos anciennes croyances, il faut savoir regarder la science en face, et suivre ses développements. Est-ce dire que l'école actuelle est dans le vrai : elle n'oserait l'affirmer elle-même et l'histoire des sciences est là pour donner de la modestie. Mais les problèmes poursuivis — *bona fide* — méritent toute notre attention; et il n'est pas permis de ne pas en tenir compte. Le livre de M. Topinard a sa place marquée dans les bibliothèques du savant et surtout de l'étudiant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central s'ouvrira le lundi 1er mai 1876, à quatre heures à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription sera ouvert le samedi 1er avril à midi et clos le samedi 15 avril, à trois heures.

— Une erreur de mise en pages a jeté une certaine confusion dans les conclusions du travail de M. Debout, inséré dans notre dernier numéro, page 228.

Au bas de la première colonne, le texte commençant à l'avant-dernier alinéa « J'attirerai enfin votre attention..... » et les quatre alinéas suivants jusqu'aux mots : « du sable urique dans ses urines », doit être placé au milieu de la première colonne à la suite de la *gravelle urique* et avant la *gravelle phosphatique*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

A céder Clientèle médicale, quartier de l'Opéra. — Écrire à M. A : D : X : Poste restante. — Paris.

Pepsine Boudault, seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication*.

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 fr 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Bain Pennès, reconstituant, stimulant et sédatif des plus efficaces

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux* contre l'appauvrissement du sang, la chloro-anémie, l'engorgement lymphatique, l'épuisement des forces et les douleurs rhumatismales.

Il remplace les bains alcalins, ferrugineux, iodurés ou sulfureux et même les **bains de mer**.

NOTA. *Se garantir des contrefaçons et imitations en exigeant que l'étiquette qui enveloppe le rouleau porte la signature ci-contre, sur laquelle le* TIMBRE DE L'ÉTAT *aura été apposé.* — PRIX : 1 fr. 25.

Vente en gros, à la Fabrique, 2, r. de Latran. — **Détail**, à la Pharmacie, rue des Écoles, 49, à Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies et établissements de bains ou d'eaux minérales.

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud AU QUINA *et aux principes nutritifs solubles de la* VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Coton iodé du Dr Méhu préparé par **J. THOMAS**, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Maladies de poitrine.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PAR LES **Sirops du Docteur CHURCHILL** à *l'hypophosphite de soude ou de chaux.*

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré (modèle déposé)*, la signature du Dr CHURCHILL et l'étiquette *marque de fabrique* de la pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, Paris. — 4 fr. le flacon. (*Notice franco.*)

Podophyllin Delpech contre la constipation habituelle.

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Fer dialysé Bravais *pharmacien-chimiste au Havre*

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption ; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — Seul dépôt pour la vente en gros et exportation : maison Raoul BRAVAIS et Ce, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra). — Usine à Asnières (Seine). — Maison au Havre.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, n° 20.

Vin bi-digestif de Chassaing A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine (de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Affections de poitrine, rhumes etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé* : GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Bains d'Eaux mères de SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. — Un litre pour un bain. — Flacon, 1 fr. 50. — *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

DÉPÔTS : A Paris, Pharm. centrale de France, 7, rue de Jouy. — Province, les princip. pharmacies — A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

Farine Morton d'avoine D'ÉCOSSE. — Le meilleur des adjuvants du lait, lorsque celui-ci n'est plus suffisant. — Empêche la diarrhée si meurtrière chez les enfants, favorise le sevrage, et sert de transition entre le lait et la nourriture habituelle. — 1 fr. 20 la boîte.

Paris, 24, rue du Regard, et principales pharm.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

Véritable jus de bifteck du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Bagnols Saint-Émilien *Vin tannique des hôpitaux de Paris.*

(1er choix) conservé par le procédé Pasteur.

La Blle, grand format (80 à 90 centilitres), 3 fr. — 6 Blles, id. 17 fr. — 12 Blles, 32 fr. — 25 litres en bonbonne d'origine, 50 fr. — Envoi *franco* de tous droits, dernière gare française. —

Kina Saint-Émilien *au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.*

Supérieur au Kina au Bordeaux, Malaga, etc. — La Blle, 3 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 17 fr.

Coca Saint-Émilien *au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.*

Tonique le plus agréable et le plus efficace. — La Blle, 4 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 22 fr. BOSREDON, ph., r. des Francs-Bourgeois, 41, Paris.

Sirop de digitale de Labélonye

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL, rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies *consomptives, phthisie, diabète, cachexie palustre.*

Par la réunion de *l'alcool et de la viande* crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans *les convalescences, l'anémie, l'épuisement.* Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices. — 3 fr. 50, à la pharm., 82, rue Rambuteau. — Gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Solution Bourguignon au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

N° 31. — MARDI 14 MARS 1876. 49e ANNÉE. MARDI 14 MARS 1876. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Méningite tuberculeuse. — Absence des symptômes caractéristiques. — Névro rétinite; — tubercule de la choroïde.

Vous venez de voir aujourd'hui une enfant de huit ans qui présente quelques symptômes d'une affection cérébrale grave, encore mal caractérisée et chez laquelle l'examen ophthalmoscopique a révélé des lésions telles, que le diagnostic obscur est devenu tout-à-coup évident et qu'il en ressort un pronostic extrêmement fâcheux. Je vais vous en parler.

Cette fille assez forte et de bonne constitution n'a jamais fait de maladies graves, et elle n'est atteinte que depuis cinq jours. Le début a été caractérisé par des malaises, de l'inappétence, des douleurs de tête sans troubles visuels, et un peu de somnolence. Elle n'a point eu de nausées, de vomissements, ni de constipation, et c'est dans cette situation qu'elle est amenée dans l'hôpital.

Vous avez pu l'examiner avec moi et voici ce que nous avons trouvé.

Décubitus latéral assez agité, somnolence légère, mais continuelle, coupée de cris douloureux provenant de la tête; pas de troubles visuels ni auditifs; pas de grincements de dents ni de soupirs; langue couverte d'un faible enduit jaunâtre, pas d'appétit, mais l'enfant prend des potages; pas de nausées ni de vomissements, et pas de constipation. Le ventre est souple, indolent, non aplati, et il y a eu une selle très-naturelle.

Aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité tactile.

La peau est chaude et la température du soir est de 39,5, tandis que celle du matin est de 38.

Le pouls est fort, inégal, irrégulier, intermittent, 72 par minute.

D'après l'examen que nous venons de faire, il semble que cette jeune fille a une affection cérébrale aiguë et que cette affection est une méningite. Mais si cela est probable cela n'est point certain. La plupart des symptômes sont absents et ceux que l'on observe se rencontrent ailleurs. Il n'y a eu ni vomissement, ni constipation, phénomènes presque constants dans la méningite, quant aux phénomènes constatés, s'ils appartiennent à la phlegmasie des méninges, ils se trouvent partout ailleurs. Ainsi la douleur de tête et la somnolence existent à l'origine de bien des maladies aiguës de l'enfance, et l'irrégularité intermittente du pouls s'observe dans un grand nombre d'affections des voies digestives ou dans la convalescence de quelques maladies aiguës de l'enfance. Vous en avez la preuve aujourd'hui même sur une petite fille de deux ans couchée au n° 35 de ma salle et qui, sans lésions cardiaques ou méningées, a le pouls ralenti et intermittent sous l'influence d'un catarrhe chronique des intestins.

Mais il ne faut pas vouloir isoler les uns des autres tous les symptômes d'une maladie, afin d'en tirer lumière pour le diagnostic. Ce serait une faute, car dans une telle manière de faire on ne trouverait pas un seul symptôme qui conserve une signification absolue. Il faut grouper les phénomènes et tenir compte de leur apparition, de leur enchaînement et de leur succession. Or ici ce qu'il faut remarquer, c'est l'absence de l'enchaînement des symptômes classiques de la méningite et par cela même l'incertitude du diagnostic.

Avec de pareils doutes, je suis heureux de pouvoir vous faire constater l'importance d'un nouveau symptôme de méningite qui en ce moment nous permet d'affirmer le diagnostic. C'est la névro-rétinite et la tuberculose choroïdienne. Je n'ai pas l'intention de vous dire que la recherche et la constatation de ce signe vous dispense de tenir compte des autres symptômes, je vous dis seulement que c'est un signe à ajouter à ceux que l'on connaît. On n'en sait jamais trop. Seulement je vous dirai que vous avez dans cette nouvelle méthode d'exploration des maladies cérébro-spinales, une méthode aussi féconde en résultats utiles que le sont les méthodes de percussion et d'auscultation du thorax dans les maladies du cœur et des poumons.

Chez cette malade donc, embarrassé comme nous l'étions pour affirmer le diagnostic d'une méningite, la présence d'une névro-rétinite et de tubercules de la choroïde a fait cesser tous les doutes et le diagnostic a pu être porté d'une manière très-précise.

Voici le dessin colorié de la lésion du fond de l'œil chez cette enfant :

La papille est effacée, diffuse, à contours indécis, voilés par un nuage blanc grisâtre transparent très-clair. C'est le signe du gonflement et de l'œdème du nerf optique avec œdème rétinien péripapillaire.

Les artères rétiniennes ont cessé d'être visibles ce qui atteste leur compression et leur écrasement dans l'intérieur du nerf optique par le gonflement du nerf et dans l'anneau sclérotical.

Les veines rétiniennes sont gonflées et dilatées, remplies de

stases sanguines parce que la même cause qui comprime l'artère et fait obstacle à l'arrivée du sang, empêche le sang veineux de rentrer librement dans les sinus de la dure-mère. C'est un barrage pathologique subit, et, au-dessus du barrage, les liquides s'accumulent dans les veines qui pourraient se rompre, ainsi que je l'ai vu, et entraîner des hémorrhagies de la rétine. La compression dépend ici et de la diffusion séreuse dans la gaîne du nerf optique de Schwalbé et de l'énorme quantité de liquide des ventricules latéraux ou hydrocéphalie aiguë qui comprime le cerveau de dedans en dehors et gêne la circulation méningée.

Enfin dans la choroïde se trouve, près d'une petite veinule, un tubercule qui soulève la rétine et apparaît sous la forme d'un point blanc très-brillant dont les bords se fondent dans une teinte blanchâtre dégradée.

Ces lésions sont analogues à celles qui se trouvent dans la plupart des cas de ce genre et vous pourrez en juger en les comparant à ces figures de mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale* qui va paraître prochainement. Dans tous ces dessins, il y a comme vous le voyez, névro-rétinite et tubercules de la choroïde. La disposition varie un peu selon les malades, mais au fond c'est toujours la même chose.

Maintenant, si vous voulez pousser les études un peu plus loin, et comparer les révélations de l'examen clinique à ceux que donne l'anatomie pathologique, vous trouverez une concordance parfaite entre ce que découvre l'ophthalmoscope et ce que démontre l'histologie. Voici des dessins que j'ai fait graver et qui montrent la structure des tubercules de la choroïde et celle du nerf optique enflammé. Ces dessins figurent également dans l'atlas qui va paraître.

Comme vous le voyez, on peut souvent voir au fond de l'œil ce qui se passe dans le cerveau et conclure des lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde à celles des méninges et de la substance cérébrale. Dans ce cas, de l'inflammation du nerf optique, je vois l'inflammation de la substance cérébrale; dans la suffusion séreuse péripapillaire, je vois la suffusion séreuse des méninges et des ventricules latéraux; enfin dans les tubercules de la choroïde il faut voir la preuve de produits semblables dans la pie-mère. De tels résultats méritent, je crois, d'être pris en considération et justifient bien ce dicton métaphorique, que l'œil est le miroir du cerveau.

Mais ce n'est pas tout. Après cette constatation, la maladie a continué son cours, sans symptômes nouveaux. Même état de demi-sommeil avec plaintes arrachées par la douleur de tête. Évacuations alvines régulières sans vomissement. Toux fréquente, sèche, sans râles dans les poumons. Quelques soupirs intermittents et pas de rougeur du visage. A l'irrégularité et aux intermittences du pouls a succédé une excessive fréquence, et c'est dans cet état que l'enfant a succombé au douzième jour de la maladie, sans convulsion ni paralysie. Elle s'est éteinte presque subitement sans agonie.

Il était très-intéressant de vérifier par l'autopsie soit le diagnostic, soit mes affirmations d'ophthalmoscopie. Cela s'est pu faire, et je vous présente les organes malades.

Les poumons hyperémiés, sans pneumonie, la plèvre, le foie, la rate et les reins sont criblés de granulations tuberculeuses grises, demi-transparentes, miliaires, extrêmement fines.

Dans la tête, nous trouvons :

Les sinus de la dure-mère et les veines méningées extrêmement larges, distendus par du sang liquide sans thrombose.

Le cerveau, distendu par l'hydrocéphalie ventriculaire aiguë, est fortement comprimé dans la boîte crânienne. Les circonvolutions sont aplaties, et quand on le sort du crâne, il s'en échappe une énorme quantité de liquide séreux incolore.

La pie-mère de la convexité des hémisphères est fortement injectée, adhérente à la substance corticale, un peu ramollie, et, à la face externe du lobe moyen, présente une granulation miliaire tuberculeuse grise. Les veines de la scissure de Sylvius sont distendues de sang et entourées d'un peu de pus, mais sans granulations tuberculeuses; à la base, dans l'espace interpédonculaire et sur le bulbe, infiltration épaisse, gélatiniforme, demi-transparente, de sérosité opaline également très-marquée à la partie supérieure du cervelet, qui présente là une granulation de la pie-mère.

La substance cérébrale est très-hyperémiée sans tubercules. Au niveau des ventricules latéraux distendus par la sérosité, les parois sont un peu ramollies, et, dans le corps strié gauche, il y a un petit noyau d'encéphalite qui s'étend dans le pédoncule cérébral correspondant, dans le côté gauche de la protubérance et dans le pédoncule cérébelleux attenant. La lésion est caractérisée par un pointillé rouge, hémorrhagique, d'apoplexie capillaire au sein de la substance cérébrale, un peu ramollie et entourée d'une teinte jaunâtre claire ecchymotique.

L'œil présente un gonflement œdémateux de la papille et de la rétine avoisinante, avec hydropisie de la gaîne du nerf optique et sans tubercules de la choroïde.

L'œil gauche offre le même état de la papille et de la rétine, mais cette membrane étant soulevée avec précaution, on découvre la granulation miliaire tuberculeuse constatée pendant la vie. Elle est blanche, arrondie, et a 1 millimètre et demi de diamètre. Elle tranche nettement sur le pigment choroïdien, qui n'offre pas ici son état d'atrophie habituelle. Vous pouvez voir sur la pièce que je vous présente combien la lésion offre de netteté, et vous remarquerez aussi qu'il n'y en a qu'une seule, fait que l'ophthalmoscope m'a permis d'indiquer pendant la vie. Je vous ferai remarquer aussi que si, pendant la vie, elle était appréciable sous la rétine transparente, sur le cadavre, l'œil étant ouvert, on ne la voyait pas à cause de la rétine devenue opaline au moment de la mort, comme cela se produit toujours. Il a fallu enlever la rétine, et alors la granulation a paru dans tout son éclat. Cette pièce est d'autant plus intéressante que vous n'en verrez pas souvent de pareilles. Le genre d'étude auquel je vous convie n'est pas en faveur en France, et bien que, depuis 1866, j'ai signalé pendant la vie la présence de ces tubercules dans certains cas de méningite, est encore ignoré de bien des médecins. Combien en est-il qui en aient vu? Le nombre n'en est pas grand. Et cependant il est-il quelque chose de plus admirable que le moyen d'exploration médicale que j'ai introduit dans la science. Voir un nerf à nu sans avoir besoin de dissection; découvrir de même des artères et des veines en fonction, dont on peut étudier les altérations jour par jour sans les toucher; voir une membrane nerveuse et vasculaire où naissent et se développent des atrophies partielles ou des hémorrhagies avec leurs transformations successives; voir enfin distinctement paraître des tubercules dans le seul endroit du corps où cela puisse s'observer, n'est-ce pas un spectacle bien digne de captiver l'attention des médecins? Sans doute, mais il y a quelque chose de plus attachant encore, c'est de comprendre et d'interpréter ce qu'on voit, et c'est le plaisir que vous devez avoir en voyant tout le parti qu'on peut tirer des modifications imprimées au fond de l'œil par les maladies cérébro-spinales.

Dans mes leçons précédentes, j'ai eu l'occasion, pour vous faire comprendre tous les avantages de l'ophthalmoscopie médicale, de vous indiquer les lois pathologiques qui président à la formation des lésions oculaires cérébro-spinales. Je n'y re-

viendrai pas aujourd'hui à l'occasion de ce fait particulier. Je vous dirai seulement que l'une de ces lois, relative à la compression mécanique du nerf optique par l'hydrocéphalie aiguë ou par l'hydropisie de la gaîne de Schwalbé, mérite d'être approfondie et analysée avec grand soin. Le fait dont vous venez d'être les témoins m'a paru devoir être étudié sous ce rapport.

Tout d'abord, au début de mes recherches, il y a quatorze ans, j'ai cru que la compression du nerf optique dans la méningite était le résultat de l'hydrocéphalie aiguë, c'est-à-dire de l'accumulation d'une énorme quantité de sérosité dans les ventricules latéraux. En effet, comme on l'a vu chez la malade dont je parle, le cerveau était comprimé de dedans en dehors, et ses circonvolutions aplaties contre la voûte crânienne. Or, si le liquide ventriculaire comprime assez le cerveau pour effacer les circonvolutions de la surface des hémisphères, ce même liquide presse sur la base du cerveau et sur le chiasma des nerfs optiques. Cela est évident. Il résulte de ce fait que la compression intra-crânienne gêne la circulation cérébrale, empêche le sang veineux de l'œil de rentrer facilement dans le crâne, d'où les stases veineuses de la rétine et de la choroïde.

Mais à côté de ce fait, il s'en est produit un autre, c'est de la part de Schwalbé et de Key la découverte de la communication des espaces sous-arachnoïdiens avec la gaîne du nerf optique. Et, comme la suffusion séreuse de la pie-mère dans la méningite descend dans cette gaîne, on a pensé que c'était là une cause de compression du nerf optique à son entrée dans l'œil, et que de cette compression pouvait naître une *névrite étranglée* de la papille. Cela est très-réel. Cette compression vient s'ajouter à celle de l'épanchement séreux des ventricules, mais il n'y a pas lieu de substituer l'une à l'autre. Je ne veux pas faire d'exclusion, mais, d'après l'étude des pièces anatomiques, il me paraît que la compression de l'hydrocéphalie aiguë ventriculaire sur le nerf optique dans le crâne est bien supérieure à celle que produit la suffusion séreuse de la gaîne orbitaire du nerf. En effet, dans l'autopsie j'ai pris soin, après avoir enlevé la voûte osseuse de l'orbite, de suivre le nerf optique du cerveau jusqu'à son entrée dans l'œil. Puis, avant de ne rien couper, j'ai fait la ligature du nerf optique au niveau du trou orbitaire, et ensuite j'ai enlevé l'œil. Qu'ai-je vu? Un petit renflement de la gaîne au niveau de la sclérotique, et ce renflement était dû à l'accumulation d'une petite quantité de liquide que l'on pouvait faire circuler de l'insertion scléroticale du nerf à sa ligature, c'est-à-dire dans une étendue de 2 centimètres et demi. Par une ponction de la gaîne de Schwalbé, au niveau du renflement que je viens d'indiquer, il s'est écoulé *deux ou trois gouttes de sérosité*, pas davantage. Est-ce assez pour comprimer fortement le nerf optique? Je ne le crois pas. Mais, évidemment, c'était une cause de compression dont il faut tenir compte, et qu'il convient d'ajouter à la compression intra-crânienne de l'hydrocéphalie aiguë.

Comme vous le voyez, tout se tient et s'enchaîne dans cette observation. A des phénomènes incertains de méningite, l'ophthalmoscopie qui révèle une névro-rétinite et une choroïdite tuberculeuse, nous permet d'affirmer la méningite. A la mort, nous pouvons confirmer tout ce que nous avions affirmé pendant la vie, et enfin, au fond de l'œil, nous avons pu voir des lésions justifiées par les altérations des méninges et de la substance nerveuse de l'encéphale. Nous avions lu dans l'œil ce qui se passait dans le cerveau.

THÉRAPEUTIQUE

Des dragées Dominique dans la thérapeutique moderne.

Par M. le docteur Baron.

Après avoir jeté un coup-d'œil général sur les constitutions organiques de notre époque, et reconnu, avec tous les médecins, que c'est par la vitalité du sang qu'elles laissent à désirer, en un mot, que la maladie de nos générations présentes est l'anémie, sous une forme ou sous une autre; nous avons arrêté que le médicament auquel la thérapeutique moderne avait le plus souvent recours était le fer. Ce en quoi nous nous trouvons d'accord avec tous les praticiens qui font de la pratique rationnelle.

En confirmation de cette idée, que l'on considère le médicament que la pharmacie de nos jours s'applique à préparer de toutes les manières et à multiplier sous toutes formes, et l'on se convaincra qu'au milieu des nombreuses préparations toniques et reconstituantes, ce sont celles du fer qui dominent; c'est au fer que l'on donne la préférence, parce qu'il la mérite de l'avis de tous les médecins sans exception. La pharmacie répond ici aux indications de la médecine, et ne saurait mieux faire que de chercher les meilleures, c'est-à-dire celles où le fer conserve le mieux les propriétés martiales ou fortifiantes qui sont propres à sa nature.

En cet état de choses pris sur les faits, ceux qui connaissent les Dragées et les Eaux de la source Dominique de Vals dont on extrait le fer natif qui entre dans leur composition, ne peuvent se dispenser de reconnaître la place honorable que viennent prendre ces Dragées, entre toutes les préparations toniques auxquelles le praticien demande que l'élément ferreux joue le principal rôle dans son ordonnance.

Mais les Dragées Dominique ne contiennent pas que du fer, ainsi que nous l'avons montré en reproduisant les principaux articles de l'analyse chimique des eaux minérales qui servent à leur préparation. Elles contiennent donc encore l'arsenic et le phosphore qui font la vertu de ces Eaux. Fer Basique, arseniate de fer, phosphate de fer, voilà les éléments que la source Dominique de Vals laisse dans ses dépôts naturels et que la science en extrait pour la composition des Dragées qui font l'objet de cette étude.

Il resterait donc à voir ce que les deux agents, arsenic et phosphore, viennent ajouter aux propriétés de ces Dragées, concurremment avec le fer, considéré comme agent majeur de la nouvelle préparation. Mais ici pas plus que pour l'élément ferreux, nous ne pouvons entrer dans des détails dont tous les médecins nous dispensent, chacun d'eux sachant que l'arsenic et le phosphore sont reconnus aujourd'hui comme des médicaments auxquels on peut donner toute sa confiance, lorsqu'il s'agit de reconstituer et d'épurer l'organisation affectée des maladies qui sont les plus nombreuses à notre époque.

Si toutes les eaux minérales veulent se recommander aujourd'hui à la thérapeutique pour l'atome arsenical que leur attribue l'analyse chimique, c'est que cet élément se recommande lui-même aux malades que l'on envoie le plus fréquemment prendre les eaux. L'arsenic est ordonné contre les fièvres et les névralgies intermittentes; il est surtout employé contre les nombreuses affections qui s'attaquent aux organes respiratoires, le larynx et les bronches. Sous la forme de pilule ou granule de Dioscoride, l'arsenic fournit à une consommation qu'on ne pourrait calculer. Les voies digestives s'en trouvent aussi bien que les voies pulmonaires.

Reste le phosphore, dont l'estime, toute récente en médecine, s'est élevée de nos jours jusqu'à en faire l'un des premiers médicaments de la clinique des maladies de l'enfance et de la jeunesse plus particulièrement. Les découvertes de la physiologie ayant établi que cet élément entre comme le fer dans la composition normale de nos organes, et notamment que, dans toutes les maladies qui s'attaquent aux os, c'est le phosphore sous la forme de phosphate de chaux qui est en défaut, il est rationnel de suppléer à ce qui manque!

Ainsi dans tous les cas où le médecin constate un vice de conformation osseuse, un défaut ou retard de développement, c'est au phosphore que sa pensée s'arrête, et il ne connaît rien de mieux

dans l'arsenal de la matière médicale. Voyez les nombreux phosphates qui se préparent en pharmacie et que les journaux annoncent de toutes parts; il n'y a pas de meilleurs indices des besoins de la médecine, et des affections auxquelles ils s'adressent.

De ce petit tableau fort abrégé, il résulte que le Fer, l'Arsenic et le Phosphore, représentent les trois médicaments qui priment aujourd'hui tous les autres dans les usages de la thérapeutique; c'est-à-dire qu'il est peu de maladies qui ne réclament l'un deux, et que le plus grand nombre des maladies les réclament tous les trois associés naturellement, comme ils le sont dans les Eaux minérales de la source Dominique de Vals.

La conclusion que nous sommes autorisés à tirer de ce fait, c'est que les Dragées, faites des dépôts naturels de cette source, c'est-à-dire de l'association convenable des trois éléments qui la distinguent, ces dragées, disons-nous, sont comme le résumé des propriétés médicinales les plus recherchées de nos jours; elles peuvent remplacer toutes les préparations qui ne représentent que l'un des trois éléments, et aucune préparation ne peut les remplacer parce qu'elles les renferment tous les trois ensemble, combinant leurs propriétés et offrant à la pratique un médicament complexe et complet.

Si nous ajoutons maintenant la forme de bonbon qu'on a eu l'heureuse idée de donner aux Dragées Dominique, comme si on avait prévu que les enfants et les jeunes filles chlorotiques en feraient le plus fréquent emploi, on se demande quelle préparation pharmaceutique analogue pour le contenu médicamenteux on peut leur comparer dans la thérapeutique.

Les Dragées de la Dominique méritent la faveur qu'elles ont eue de prime abord auprès des médecins et des malades. Et on ne pourrait s'expliquer qu'il en fût autrement, que parce qu'on aurait négligé les moyens de faire connaître comme nous venons de l'essayer, ce qui distingue leur composition médicamenteuse, et les facilités d'administration qu'elles présentent au praticien souvent en peine à cet égard.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mars 1876. — Présidence de M. Paris.

NOMINATIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la formation d'une liste de deux candidats, qui doit être adressée à M. le ministre de l'instruction publique pour la chaire de zoologie (mammifères et oiseaux), devenue vacante au Muséum d'histoire naturelle par la démission de M. H. Milne-Edwards.

Au premier tour de scrutin, destiné à la désignation du premier candidat, le nombre des votants étant 50, M. Alph. Milne-Edwards obtient 47 suffrages; M. Oustalet, 1 suffrage. — Il y a 2 billets blancs.

Au second tour de scrutin, destiné à la désignation du second candidat, le nombre des votants étant encore 50, M. Oustalet obtient 49 suffrages. Il y a un billet blanc.

En conséquence, la liste présentée par l'Académie à M. le ministre comprendra : « en première ligne », M. Alph. Milne-Edwards; « en seconde ligne », M. Oustalet.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la formation d'une liste de deux candidats, qui doit être adressée à M. le ministre de l'instruction publique, pour la chaire de minéralogie, laissée vacante au Muséum par l'admission à la retraite de M. Delafosse.

Au premier tour de scrutin, destiné à la désignation du premier candidat, le nombre des votants étant de 40, M. Des Cloizeaux obtient 39 suffrages. Il y a un billet blanc.

Au second tour de scrutin, destiné à la désignation du second candidat, le nombre des votants étant de 42, M. Jannettaz obtient 41 suffrages. Il y a un billet blanc.

En conséquence, la liste présentée par l'Académie à M. le ministre comprendra : « en première ligne », M. Des Cloizeaux; « en seconde ligne », M. Jannettaz.

COMMUNICATIONS

Physiologie végétale. — M. A. BARTHÉLEMY communique ses recherches sur l'absorption des bicarbonates par les plantes dans les eaux minérales.

« Il existe, dit-il, des racines propres à absorber les gaz dissous, et des racines destinées à l'absorption des liquides et des substances minérales dissoutes. — Il y a lieu de distinguer, dans la vie des racines, deux périodes : l'une de développement, qui précède le décroissement du bourgeon; l'autre de maturité, où la spongiole, mise à nu par l'exfoliation du tissu épidermique, peut donner lieu aux phénomènes d'osmose. — Dans les eaux naturelles, les plantes absorbent plus d'eau que de bicarbonates. Lorsque les feuilles se dessèchent rapidement, ou à l'époque de la floraison, le contraire peut avoir lieu. — La quantité de bicarbonate absorbée est en rapport avec la quantité d'eau aspirée. — Pendant la nuit et dans une « eau saturée au même degré », les plantes paraissent excréter une partie des bicarbonates absorbés pendant le jour, bien qu'il y ait absorption d'eau. — La quantité de bicarbonate absorbée, pour la même absorption d'eau, varie avec la nature de la plante. — Lorsqu'une plante a absorbé une certaine quantité de bicarbonate, elle peut en excréter une partie dans l'eau distillée. — La quantité de bicarbonates absorbée n'est pas en rapport avec la rapidité de la végétation; il en résulte que les bicarbonates en dissolution dans les eaux naturelles ne peuvent pas servir à l'acte respiratoire. — Les racines des plantes rejettent de l'acide carbonique, qui maintient les bicarbonates à l'état de saturation. Ces expériences, faites sur des plantes en pleine vigueur physiologique et dans les conditions naturelles, concordent, sur un certain nombre de points, avec celles qui ont été faites sur les solutions concentrées et les vases poreux. » (Comm.: MM. Tulasne, Duchartre, Chatin.)

Hygiène publique. — M. DE ROSTAING ayant conservé, du 27 juillet 1875 au 27 février 1876, un échantillon de viande dans un pot contenant de la garance en poudre, a ouvert ce vase une douzaine de fois pour constater les résultats obtenus. Le poids de la viande avait diminué de 119 grammes à 25 grammes, sans qu'il se soit manifesté aucune odeur ni aucun développement d'organismes vivants.

De ces expériences qui lui paraissent prouver les propriétés antiseptiques de la racine de la garance, l'auteur conclut à l'opportunité de faire des essais analogues pour la conservation des cadavres; peut-être trouverait-on là le moyen de concilier la présence des cimetières, au voisinage des grandes villes, avec les conditions de salubrité dont on s'est si fortement préoccupé depuis quelque temps. (Comm. : MM. Chevreul, Larrey, Bouley.)

Physiologie. — MM. EULEMBERG et LANDOIS communiquent une note sur l'action calorifique de certaines régions du cerveau (appareils vaso-moteurs situés à la surface hémisphérique).

Médecine expérimentale. — MM. FELTZ et RITTER ont recherché l'action des sels biliaires sur le pouls, la tension, la respiration et la température.

Ces auteurs établissent, par des injections de bile en nature dans le sang, en proportions non toxiques, que le pouls diminue de fréquence, que la respiration se ralentit et que la température et la sensation artérielle baissent. Ces troubles fonctionnels ne se produisent pas sous l'influence d'injections plus ou moins fortes ou plus ou moins répétées des différentes matières colorantes de la bile ou des solutions éthérées de cholestérine.

Les sels biliaires, tauro et glycocholates de soude, mélangés dans les proportions où ils existent dans la bile, introduits dans le sang veineux à des doses modérées, reproduisent chez le chien les modifications fonctionnelles signalées dans les injections de la bile en nature. — Il est donc prouvé que ce sont les sels biliaires qui agissent dans la bile pour déterminer le ralentissement du pouls, la diminution de la respiration et l'abaissement de la température et de la tension artérielle. — L'action des sels biliaires s'exerce principalement sur le système musculaire; en effet, on obtient encore les troubles fonctionnels dont il s'agit, en injectant les sels biliaires à des animaux, auxquels on a préalablement sectionné les pneumo-gastriques

et les grands sympathiques. — L'action des sels biliaires sur les muscles se démontre encore par le rapide épuisement de la contractilité musculaire chez des animaux curarisés ou non, si l'on prend soin d'imbiber les muscles avec une solution biliaire plus ou moins diluée. Les auteurs ont opéré comparativement avec des solutions biliaires de chlorure de sodium de même densité. — Les sels biliaires, administrés à de si faibles doses qu'il n'en résulte pas d'altérations évidentes des globules rouges, modifient cependant ces derniers, si bien que le sang contaminé par des quantités appréciables de sels biliaires, s'écoule beaucoup plus lentement à travers les tubes capillaires que le sang normal. — Ce ralentissement est dû manifestement à l'action des sels biliaires sur le globule sanguin, car le sérum du sang traité par les mêmes agents, et dans des conditions identiques avec le sang défibriné, n'éprouve pas de ralentissement sensible dans son écoulement à travers les tubes de Poiseuille.

M. BOUILLAUD. Il y a bien des années que je signalai, pour la première fois, le ralentissement du pouls, chez les sujets affectés d'ictère ou de jaunisse. Ce fait me frappa d'autant plus vivement que, jusque là, depuis la doctrine du célèbre Stoll sur les fièvres bilieuses, on avait généralement considéré la présence de la bile dans le sang comme la cause de l'excitation fébrile dans les affections ci-dessus nommées. Avant donc d'admettre un rapport, une loi de cause à effet entre le ralentissement du pouls et la présence de la bile, telle que la contient le sang dans l'ictère apyrétique, je multipliai de plus en plus mes observations. Or, depuis vingt-cinq ou trente ans au moins que j'avais recueilli les premières, jusqu'à l'époque actuelle, leur nombre total s'élève aujourd'hui à plus de deux cents.

Je n'ai pas besoin de dire que je ne négligeai rien pour m'assurer que, dans les observations dont il s'agit, il n'existait aucune autre cause à laquelle il me fut possible d'attribuer le ralentissement du pouls. Ce ralentissement, d'ailleurs, était tel qu'il ne pouvait être comparé qu'à celui produit par la digitale elle-même. En effet, chez les personnes dont le pouls était, à l'état normal, de 60 à 72 par minute, il descendait graduellement jusqu'au chiffre de 40. Lorsque l'ictère avait été guéri, le pouls remontait à son chiffre normal.

Ces longues recherches faites, je pouvais, en toute assurance, considérer, comme une loi vraie et démontrée, le ralentissement du pouls dans l'ictère ou la jaunisse apyrétique, et rattacher l'un à l'autre par le rapport d'effets à cause et telle fut aussi ma conclusion finale.

J'aurais bien voulu rechercher ensuite quel était dans la bile, liquide des plus composés, l'élément spécial auquel était dû le ralentissement du pouls dont il s'agit. Les circonstances ne me l'ont pas permis. J'apprends, avec une vive satisfaction, que MM. Feltz et Ritter s'occupent de la solution de ce curieux et important problème, et je suis heureux de leur adresser toutes mes félicitations.

Physiologie. — M. CARLET établit le rôle du bulbe artériel chez les Poissons. Ce bulbe artériel préserve les artérioles branchiales des secousses communiquées par le cœur. Il facilite l'action du cœur. Si on l'empêche d'agir, il s'ensuit presque aussitôt un trouble considérable de l'hématose.

Hygiène des armées. — M. LARREY présente de la part de M. le général Barnes, chirurgien général de l'armée des États-Unis d'Amérique, un volume récemment publié en anglais et intitulé : « Rapport sur l'hygiène de l'armée des États-Unis, avec la description des postes militaires ».

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 mars 1876. — Présidence de M. PARROT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Localisations cérébrales. — M. PITRES communique les résultats de deux autopsies qu'il vient de faire, à la Salpêtrière, et qui confirment une fois de plus les données établies par M. Charcot relativement au siége des lésions cérébrales s'accompagnant d'hémiplégie permanente, avec ou sans contracture secondaire.

Injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. — M. CHOUPPE appelle l'attention sur un accident pouvant survenir dans ces injections : Quand on veut, dit-il, faire une injection hypodermique, il faut avoir la précaution de s'assurer qu'il ne s'écoule pas de sang par la canule, car dans le cas contraire cela prouverait que cette canule est engagée dans une veine et il pourrait en résulter les accidents suivants, que j'ai pu constater chez plusieurs malades.

Environ trente secondes après l'injection le malade commence à éprouver des fourmillements dans la paume des mains; bientôt cette sensation envahit tout le corps et s'accompagne de démangeaisons. Puis la face devient turgescente, fortement colorée, les artères battent violemment, la respiration s'accélère et les pulsations cardiaques deviennent d'une fréquence extrême (140, 160 et même plus). En même temps le malade éprouve une pesanteur de tête très-pénible. Tout ces phénomènes durent trois ou quatre minutes et disparaissent peu à peu.

Ces phénomènes sont ceux observés avec le chlorhydrate de morphine à petites doses : on conçoit qu'avec d'autres substances ou des doses plus fortes ils pourraient être tout différents et plus dangereux.

Méningite tuberculeuse. — M. DREYFUS communique l'observation d'une femme morte de méningite tuberculeuse dans le service de M. Hayem à l'hôpital temporaire. Cette femme, âgée de vingt-huit ans avait toujours joui d'une excellente santé. Le 25 janvier 1876, en se levant, elle sentit dans le bras gauche du fourmillement et de petites secousses : elle eut également un fourmillement dans le membre inférieur gauche, puis au bout de quelques secondes elle perdit connaissance : en se réveillant elle n'éprouva d'autre symptôme qu'un peu de courbature : mais le lendemain elle constata que les membres gauches étaient moins forts que ceux du côté droit : cette paralysie faisant de continuels progrès elle entra à l'hôpital le 4 février. — A son entrée on constate : paralysie incomplète avec flexion du membre supérieur gauche : paralysie moins marquée du membre inférieur, déviation très-légère de la face à droite. Douleur fronto-pariétale droite extrêmement vive, empêchant le sommeil et rendant impossible toute nourriture. Quelques vomissements. Constipation. Rien au cœur ni dans les poumons.

Les jours suivants tous ces phénomènes s'accrurent; la paralysie des membres et de la face devint complète, à part l'orbiculaire des paupières resté intact. En même temps on constata une anémie à marche aiguë. Le 13 février, en se levant, la malade tombe sans connaissance; on la trouve dans un état subcomateux; les membres gauches dans un état de flaccidité complet, insensibilité complète, perte absolue de l'intelligence. Selles et urines involontaires. La température, du reste, comme pendant la maladie, est normale. Mort quelques heures après.

Autopsie. — Sous les deux plèvres, assez nombreuses granulations très-petites, isolées, petit amas et granulations jaunâtres au sommet du poumon gauche. Pas de tuberculisation des autres viscères.

Les méninges présentent un certain nombre de granulations tuberculeuses clairsemées sur la face convexe du cerveau et à la partie inférieure du cervelet. Un peu d'œdème sous-méningé. Mais les lésions se sont localisées en deux points de l'hémisphère droit : 1° au niveau de la partie interne du sillon de Rolando, près de la scissure interhémisphérique.

On trouve un foyer de méningite tuberculeuse, 2 centimètres environ de diamètre, avec œdème de la substance cérébrale avoisinante sans production de corps granuleux ; 2° il existe un amas de granulations tuberculeuses dans le sillon de Rolando, à 2 centimètres et demi en avant de la terminaison de la scissure de Sylvius. Cet amas de granulations empiète légèrement sur la circonvolution pariétale ascendante, mais s'est surtout creusé une loge de 1 centimètre environ de profondeur dans la circonvolution frontale ascendante. Le présentateur met sous les yeux de la Société un schéma où sont reproduites ces lésions.

Cette observation paraît intéressante à deux titres : au point de vue de la marche singulière de la méningite tuberculeuse, et au point de vue des localisations cérébrales. Une maladie à phénomènes d'ordinaire diffus a ici donné lieu à des phénomènes localisés : les symptômes épileptiques du début ont eu pour cause l'existence d'un amas de granulations dans le point indiqué par Jackson et M. Charcot, c'est donc un nouveau fait à l'appui des opinions émises par ces auteurs.

De la contractilité musculaire dans la catalepsie et dans la tétanie.— M. ONIMUS communique la note suivante :

Nous avons observé, dit-il, dans un cas de *catalepsie* et dans un cas de *tétanie*, des phénomènes électro-musculaires qui peuvent donner des indications importantes sur la nature de ces affections.

Chez la malade cataleptique, qui a été dans le service de M. le chirurgien Desprès, nous avons vu que la contractilité pour les courants induits était plus faible qu'à l'état normal, mais qu'elle existait pour tous les muscles. Les mouvements provoqués par les courants induits ne maintenaient les membres dans la position ainsi obtenue que lorsque la contraction avait duré un certain temps, tandis que le membre reprenait sa position primitive, si la contraction déterminée par ces courants ne durait que quelques secondes.

La position des membres, déterminée par la contraction artificielle, ne reste donc permanente que lorsque les courants induits ont maintenu quelque temps le muscle à l'état tétanique.

L'application des courants continus, directement sur les muscles, ne détermine que très-difficilement leur contraction, et en électrisant avec ces courants les nerfs musculaires, on obtient un peu plus facilement des contractions, mais celles-ci sont toujours faibles et peu marquées. Il y a donc dans la catalepsie une diminution très-nette de l'excitabilité du système nerveux, et de plus, lorsqu'on compare ces phénomènes avec ceux qu'on obtient par les muscles striés, à la suite de paralysies périphériques, dans lesquelles la contractilité musculaire est augmentée par les courants continus, ce qui prouve que les propriétés de ces muscles se rapprochent alors de celles des fibres lisses et de la substance contractile protoplasmatique, on voit que les phénomènes sont absolument opposés. On peut en conclure que la modification subie par les muscles dans la catalepsie, ne se rapproche nullement des alternatives régressives, mais que cet état particulier a beaucoup d'analogie avec l'état de contracture, ou plutôt de rigidité musculaire. C'est, en effet, dans des cas de ce genre, que l'on retrouve cette diminution de la contractilité électro-musculaire et dans les mêmes rapports. Mais ce qui est plus manifeste dans la catalepsie, c'est le peu d'excitabilité du système nerveux.

Lorsqu'on faisait passer pendant quelque temps dans un membre un courant continu de 30 à 40 éléments, les muscles de ce membre prennent un peu plus de souplesse. L'électrisation avec ces mêmes courants dans la partie supérieure de la moelle détermine une accélération du pouls et des pulsations plus fortes.

Chez une jeune fille atteinte de contracture essentielle des extrémités, nous avons observé une excitabilité considérable des nerfs moteurs et exclusivement de ces nerfs. Avec un courant continu très-faible de 8 éléments, courant nullement senti, on obtenait avec un courant descendant, une contraction marquée, et la contraction des doigts augmentait sensiblement pendant tout le temps du passage du courant; les contractions galvano-toniques étaient dans ce cas excessivement faciles à produire.

Avec les courants induits, la contractilité était un peu exagérée, mais elle ne présentait rien de particulier.

Avec un courant ascendant, au contraire il n'y avait aucune contraction, au moment de la fermeture du courant et pendant le passage du courant, les muscles contracturés, loin d'augmenter leur contraction, éprouvaient une détente assez prononcée. Ce n'était qu'au moment même où le courant était interrompu, qu'il y avait une contraction et un peu d'exagération de la contracture.

Or, la cessation du courant ascendant donne lieu, comme nous avons cherché à la démontrer depuis longtemps, à un courant descendant de polarisation; c'est donc toujours par un courant descendant que l'excitabilité est exagérée. Dans ce cas, cette influence du courant descendant était tellement nette, et si facile à reproduire, que dans aucune expérience physiologique nous ne l'avons jamais observée aussi aisément et aussi constamment.

Les résultats fournis par les courants continus, nous permettent d'affirmer que dans la contracture essentielle des extrémités, ce ne sont pas les muscles qui sont atteints primitivement, ni même le système nerveux en général, mais que la modification pathologique porte sur les nerfs moteurs ; car c'est surtout sur ces nerfs qu'agit le courant descendant.

Les contractures, dans cette affection, ne nous semblent pas dues à une action réflexe, car l'excitabilité est même diminuée pour les nerfs sensitifs; elles sont provoquées uniquement par une excitabilité anormale des nerfs moteurs.

Ces observations dans ce cas de tétanie coïncident en grande partie avec celles faites avec M. Erb, car il a vu les accès de tétanie cesser sous l'influence d'un courant ascendant.

L'électricité peut ainsi non-seulement aider à compléter le diagnostic, mais, comme on le voit par ces exemples, elle peut même montrer la nature de certaines affections encore mal déterminées.

ÉLECTION

La société procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire.

M. Galippe ayant obtenu la majorité des suffrages est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

396. Hottenier. Contribution à la pratique des accouchements. Étude théorique et pratique sur une espèce peu connue de version pelvienne par manœuvres internes sans extractions qu'on pourrait appeler : la version simple.

397. Picard. Essai sur la résection du genou.

398. Le Noir. Essai sur la pathogénie de l'ascite.

399. De Valicourt. Étude clinique sur les hémiplégies observées dans le cours des pleurésies.

400. Tixier. De la xérophthalmie.

401. Marque. Observation d'un cas de pneumatose péritonéale.

402. Piorry. Des Maladies du sein chez les nouvelles accouchées et les nourrices.

403. Drouin. Études sur les lésions syphilitiques des membranes profondes de l'œil.

404. Ordonneau. De la rupture des anévrysmes de l'aorte dans la trachée et les bronches.

405. Certhomier. Des avantages de l'extension dans le traitement des fractures du coude chez les enfants.

406. Gaston. Nouvelles recherches sur la durée de la grossesse, ses rapports avec la conception, l'ovulation et la menstruation.

407. Eyquem. Des malformations congénitales de l'œsophage,

408. Bellom. Considérations sur la pathologie du tænia et son traitement par la graine de courge.

409. Filhouland. De la chaleur dans ses rapports avec l'alimentation et le travail.

410. Brung. Du Pannus invétéré et de son traitement par l'inoculation blennorrheïque.

411. Courtet. Étude sur une observation nouvelle d'atrophie unilatérale de la face. (Throphonévrose faciale) Ramberg.) Aplasie lamineuse progressive lente.

412. Favre. Étude sur la thrombose de l'artère pulmonaire.

413. Cartaz. Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité. Pathogénie et traitement.

414. Hivonnait. Contribution à l'étude de la lèpre ou éléphantiasis des Grecs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 février 1876, M. Coulier, pharmacien principal de première classe et professeur à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, a été promu au grade de pharmacien inspecteur, en remplacement de M. Jeannel, passé dans le cadre de réserve.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Arlaud, directeur du service de santé de la marine, à Toulon; — Jossic, directeur du service de santé à Brest; — Roux, pharmacien, inspecteur de la marine; — Barralier, directeur du service de santé à Rochefort.

Officiers d'Académie : MM. Héraud, pharmacien, professeur à l'école de médecine navale du port de Toulon; — Azéma, docteur en médecine.

— *Muséum.* — M. Milne-Edwards (Henri) est nommé professeur honoraire au Muséum d'histoire naturelle.

M. Milne-Edwards (Alphonse), est nommé professeur titulaire de la chaire de mammalogie et ornithologie, en remplacement de M. Milne-Edwards (Henri), démissionnaire.

M. Delafosse est nommé professeur honoraire au Muséum et à la Faculté des sciences de Paris.

M. Des Cloizeaux est nommé professeur de la chaire de minéralogie, en remplacement de M. Delafosse, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Laugier (Prosper) est nommé préparateur de la chaire de chimie appliquée aux corps inorganiques (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Duchamp, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie et de physiologie.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Girard, suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, est autorisé à suppléer M. Beniat, pendant la durée de son congé.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Schmitt, chargé du cours de pharmacie, en congé sans traitement, est autorisé à se faire suppléer par M. Delcominète, professeur suppléant.

M. Bonnet, secrétaire agent comptable de la faculté de médecine de Nancy, est nommé, en outre, secrétaire agent comptable de l'école supérieure de ladite ville.

— M. Bouchut fera une conférence d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie, le vendredi *soir*, 17 mars, à neuf heures, rue Antoine-Dubois, amphithéâtre de M. Fort.

— *Hôpital Necker.* — M. le professeur Hardy, commencera son cours de clinique médicale le samedi 18 mars à huit heures et demie et le continuera les jours suivants à la même heure.

— *Cours de pharmacologie.* — M. J. Regnauld commencera son cours le samedi 18 mars, à onze heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— *Cours d'hygiène.* — M. Bouchardat ouvrira ce cours le samedi 18 mars, à quatre heures; il le continuera tous les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Après une introduction à l'étude de l'hygiène, le professeur traitera de l'alimentation, des excrétions; il terminera son cours par des leçons consacrées aux questions les plus importantes de l'hygiène générale.

— *Cours de thérapeutique.* — M. le professeur Gubler commencera ce cours le samedi 18 mars, à cinq heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Cours complémentaire des maladies des voies urinaires.* — M. le docteur Guyon, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Necker, commencera ce cours à l'hôpital Necker, le mercredi 15 mars, à neuf heures, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

Le mercredi, leçon clinique et opératoire à l'amphithéâtre de l'hôpital.

Le samedi, leçon au lit des malades et opérations.

— *Cours d'histoire naturelle médicale.* — M. H. Baillon commencera ses leçons d'histoire naturelle, le lundi 20 mars, à onze heures, les continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine à la même heure.

Il traitera, dans le cours de cette année, des groupes naturels de plantes employées en médecine.

— *Cours d'anatomie pathologique.* — M. le professeur Charcot commencera son cours d'anatomie pathologique, le lundi 20 mars, à deux heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Trélat commencera ce cours le lundi 20 mars, à trois heures, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Bresson, médecin-major du 5e chasseurs à pied, nous écrit que le tétanique dont il est question (page 211, 2e colonne), comme mort, au sortir du *bain*, n'avait pas été plongé dans un bain *d'eau*, mais dans un bain *d'air chaud*, donné au lit.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 32. — JEUDI [illegible] 1876 — 49e ANNÉE. — JEUDI 16 MARS 1876. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une lecture de M. Desprès sur la lymphorrhagie consécutive aux adénites suppurées et aux lymphangites suppurées, dont on trouvera les conclusions dans le compte rendu de la séance ; un commencement de discussion engagée par M. Devergie sur le rapport lu par M. Hardy, dans la séance du 29 février, et la lecture d'une première partie du rapport général sur les épidémies pour l'année 1874, par M. Briquet, tel est le menu de cette séance qui s'est terminée par un comité secret.

MM. Hillairet et Hardy devant répondre dans la prochaine séance à M. Devergie, nous attendrons que cette petite discussion soit terminée pour la résumer. Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. ALPHONSE GUÉRIN.

Métrite parenchymateuse chronique. — Première phase du cancer de l'utérus.

Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.

Je veux vous parler de deux femmes que vous venez de voir dans la salle du spéculum. La première, couchée au n° 4 de la salle Saint-Maurice, est une malade dont je vous ai déjà entretenu, il y a quelque temps, dans une de mes précédentes leçons. Si vous vous le rappelez, j'avais porté chez elle le diagnostic de métrite parenchymateuse chronique, et je vous avais dit qu'elle était très-probablement pour longtemps dans nos salles, ces affections chroniques du parenchyme utérin étant toujours très-longues à guérir. Mon pronostic s'est réalisé. L'examen auquel nous venons de nous livrer, nous a, en effet, appris que si autrefois la cavité utérine était plus développée qu'elle ne l'est aujourd'hui, ses dimensions sont encore assez considérables pour que l'hystéromètre, introduit dans son intérieur, marque 7 3/4. Or vous savez que toutes les fois que l'hystéromètre s'enfonce dans la cavité du corps de l'utérus, jusqu'à une profondeur dépassant 6 1/2, il y a augmentation des dimensions de l'organe. Chez notre malade il y a donc eu, en réalité, une amélioration, puisque l'utérus est un peu revenu sur lui-même, mais reste à savoir si cette amélioration existe à un autre point de vue.

Depuis le jour où cette femme nous a servi de sujet de leçon, elle a été soumise à l'administration du sulfate de quinine à haute dose. 1 gramme par jour ayant été mal supporté, nous avons réduit la dose à 75 centigrammes, que nous avons administrés pendant plus d'un mois. Je pensais ainsi que ce médicament, que l'on vante comme éminemment propre à déterminer le retrait de l'utérus, agirait puissamment dans ce sens et aurait une certaine influence sur la régression utérine. Vous savez qu'en effet, chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, et notre malade en a eu six, l'utérus ne revient pas complétement sur lui-même après l'accouchement; que l'*involution* étant incomplète, les fibres utérines, remplies de granulations graisseuses, restent plus grosses qu'à l'état normal, de sorte que l'utérus conserve des parois épaisses et une cavité qui, au lieu d'être triangulaire, revêt une forme arrondie ; de cet agrandissement et de la forme ronde de la cavité utérine, résulte la possibilité d'imprimer un mouvement de rotation à l'hystéromètre que l'on y a introduit.

Au sulfate de quinine, nous avons joint chez cette femme l'administration de douches froides sur le ventre, nous avons également prescrit chez elle l'usage du seigle ergoté, et cependant, les résultats que nous avons obtenus de cette médication sont loin d'être satisfaisants, puisque nous avons pu introduire l'hystéromètre à la profondeur que je vous ai dite, et le faire tourner sur son axe dans la cavité utérine sans rencontrer de difficultés réelles.

Aussi, je crains que cet état ne devienne, chez cette malade, une prédisposition pour une affection plus grave. Jusque dans ces derniers temps, en effet, elle avait été réglée comme le sont les femmes affectées de métrite parenchymateuse, c'est-à-dire que ses règles étaient difficiles, peu abondantes ; mais depuis quelque temps elle se plaint de ménorrhagies. C'est vers le 25 du mois dernier que ses règles ont, en effet, paru : elles ont duré trois ou quatre jours, puis elles se sont arrêtées pour reparaître peu de temps après et durer encore le même laps de temps. Or, ce fait n'est pas ordinaire dans la métrite parenchymateuse. C'est pourquoi j'ai tenu à examiner cette malade au spéculum. Vous avez pu remarquer alors qu'il s'écoulait de l'intérieur de la cavité utérine un mucus jaunâtre dans lequel je ne doute pas que le microscope ne nous révèle l'existence de globules de pus.

Ce premier symptôme, quoique grave, a cependant moins d'importance qu'un autre signe, sur lequel je désire appeler toute votre attention. Vous avez constaté, en effet, qu'il existe

sur la lèvre antérieure du col, une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs, un peu irrégulière, s'étendant un peu plus à droite qu'à gauche. Si cette ulcération avait son siége sur la lèvre postérieure, je dirais qu'elle résulte de la macération du col dans le liquide qui s'écoule de la cavité utérine, mais elle diffère par ses caractères de ces solutions de continuité que je vous ai décrites sous le nom d'*exulcérations* et qui sont souvent dues à la macération dans le pus, de l'épithélium de la muqueuse.

Celle que nous observons chez cette malade est plus profonde, ses bords sont même un peu taillés à pic. C'est pourquoi, la voyant survenir chez une femme qui a eu deux fois ses règles en dix jours, je crains qu'elle n'ait une signification sérieuse. Une chose cependant me rassure, c'est que le col a conservé une consistance assez molle, rappelant celle de l'état normal. Il pourrait donc se faire que nous soyons tout simplement en présence d'une exulcération et non d'une ulcération cancéreuse.

En résumé, quoique l'hypertrophie des parois et l'agrandissement de la cavité de l'utérus, ayant résisté à tout traitement, doive me faire redouter une affection cancéreuse, mon opinion, cependant, est que nous n'avons pas affaire ici à une affection maligne. Néanmoins, je suis bien aise d'appeler votre attention sur cette femme, en raison de l'aggravation qu'a subie depuis quelques jours la métrite parenchymateuse dont elle est affectée.

La seconde malade dont je désire vous entretenir est une femme de trente-huit ans, en ce moment couchée au n° 31 de la même salle Saint-Maurice. Originaire d'Allemagne, parlant peu le français, cette femme n'a pu nous donner, sur sa maladie, que des renseignements fort incomplets. Elle déclare, en effet, que ses souffrances ne datent que d'environ trois mois. Mais, quand on la presse de questions, on acquiert la certitude qu'elle est malade depuis un an. Jusqu'à ces derniers temps, elle a été parfaitement réglée : elle n'a pas de leucorrhée ni de ces pertes particulières qu'on observe chez quelques femmes atteintes d'affection cancéreuse. Chez celles-ci, en effet, il s'écoule de la cavité utérine un liquide séreux abondant dont on s'explique mal l'origine. Il est évident, cependant, qu'il n'est autre qu'une exsudation provenant d'une surface ulcérée. Ce n'est que récemment qu'elle a eu une perte de sang qui a duré plusieurs semaines. Il est vrai qu'elle prétend que le sang qu'elle perdait avait une odeur très-forte. Cette perte de sang, qui a été plus longue qu'abondante, est déjà un symptôme inquiétant. Il en est de même de l'odeur du liquide écoulé. Mais cela ne suffit pas pour diagnostiquer un cancer de l'utérus, car certaines femmes ont quelquefois, dans l'état de santé, des pertes à odeur tellement repoussante qu'elles en sont incommodées elles-mêmes. Il n'en est pas moins bien avéré, cependant, que les pertes à odeur *sui generis* doivent faire craindre un cancer de l'utérus. Ce n'est pourtant pas sur ces signes seuls que je me suis appuyé pour vous exprimer, dès le premier jour, des craintes sérieuses au sujet d'une affection carcinomateuse.

Quand on touche le col, on sent qu'il est plus gros, un peu plus ouvert que d'habitude. Le spéculum permet de constater que la muqueuse a conservé sa coloration à peu près normale, et que la quantité de mucus qui s'écoule de l'orifice du col est à peu près nulle. En effet, tandis que chez la femme précédente, il s'écoulait de la cavité utérine une masse abondante d'un liquide jaunâtre, gluant, tellement visqueux même, que je ne pouvais l'enlever avec un pinceau, ici, au contraire, le col était parfaitement net, de sorte que si l'on se bornait à un jugement superficiel, on serait porté à croire qu'il n'existe chez cette femme, absolument rien d'anormal.

Mais un signe précieux que fait connaître l'examen au spéculum, c'est une augmentation de volume du col qui lui a donné un peu une forme nouvelle.

Assurément, un médecin qui n'aurait pas une grande habitude des affections utérines, n'oserait pas porter le diagnostic d'affection carcinomateuse, Jamais en effet, je le répète, cette femme n'a éprouvé des signes très-caractérisés du cancer, elle n'a eu qu'une hémorrhagie, et autre caractère important, elle ne se dit malade que depuis trois mois environ. Mais, sous ce rapport, il est très-probable que cette femme, habituée à la misère, ne se rend pas bien compte des souffrances qu'elle a subies.

Pourquoi ce diagnostic d'affection carcinomateuse? Parce que si nous n'étions en présence d'un cancer, nous aurions affaire à une métrite. Or il n'en est rien. Nous n'avons pas ici de ces abondantes sécrétions de mucus propres à la métrite membraneuse, lesquelles s'accompagnent d'ailleurs d'hémorrhagies abondantes et répétées. D'un autre côté, la métrite interne quoique moins douloureuse que la métrite parenchymateuse, donne lieu à des douleurs appréciables, que la pression exaspère. Or, chez notre malade, il n'y a rien de semblable : elle se plaint bien de quelques douleurs lombaires, de douleurs dans le bas ventre, mais ces souffrances ne s'exaspèrent pas par la pression, ce qui devrait avoir lieu s'il s'agissait d'une métrite. Elle accuse bien encore des douleurs vagues au niveau du sacrum, mais si celles-ci se remarquent dans la métrite, on ne les observe pas moins souvent dans toutes les affections utérines.

Si nous avions affaire à une métrite, nous remarquerions une coloration rouge, une tuméfaction turgide du col. Or, il est simplement hypertrophié, et non pas gonflé. Dans l'inflammation les parties malades sont distendues par un liquide sanguin, mais ici rien de semblable. Le col est seulement pâle et en même temps volumineux.

Le toucher a une plus grande valeur encore. Dès le premier jour de l'entrée de la malade, je trouvai les lèvres déjà dures, mais moins grosses et moins dures qu'aujourd'hui. Cette induration n'était pas uniforme; elle existait surtout sur la lèvre antérieure. Aujourd'hui les deux lèvres, antérieure et postérieure, sont indurées, grosses, résistantes sous le doigt, inégales à leur surface extérieure qui ne présente pourtant pas de véritables bosselures. Il semblerait, bien qu'il n'en soit absolument rien, que l'on touche un corps fibreux de l'utérus.

Si nous avions affaire à une inflammation du parenchyme de la matrice, il y aurait des douleurs et de la dysménorrhée. Chez cette femme, la rougeur, la sensibilité au toucher font complétement défaut, nouveaux symptômes qui nous autorisent encore à conclure à l'existence d'une affection carcinomateuse.

Tel est mon diagnostic : vous voyez qu'il est loin d'être rassurant. Il est encore confirmé par l'état général. Rien chez cette femme, n'indique en effet un état inflammatoire : la fièvre est nulle, le pouls calme. Et d'un autre côté la teinte jaune des téguments, leur aspect cachectique, avant même que le cancer ne soit confirmé, ne me laissent aucun doute sur la nature de l'affection. J'irai plus loin : je crois même pouvoir affirmer qu'il s'agit ici d'un cancer vrai et non d'un épithélioma.

Si, en effet, il s'agissait de cette dernière variété du cancer, les symptômes seraient autres. Il existerait une ulcération, à la surface des lèvres, tandis qu'ici c'est la partie supérieure du col qui semble proliférer d'une manière plus vigou-

reuse. De plus, la marche de l'épithélioma est lente : il reste quelquefois deux, trois ans, sans donner lieu à aucun symptôme, sans même que les femmes se doutent de son existence. Ici, au contraire, la marche de la maladie est plus rapide ; c'est celle de l'affection cancéreuse proprement dite.

Cette femme est donc atteinte d'une affection qui la retiendra pour longtemps dans nos salles ; vous pourrez par conséquent la voir et suivre pas à pas les progrès de sa maladie. Bientôt des hémorrhagies abondantes vont apparaître ; plus tard viendront ces pertes séreuses dont je vous parlais plus haut et dont vous pourrez avoir une idée en examinant deux femmes qui sont en ce moment dans le service. L'une, couchée au n° 25 de la salle Sainte-Maurice, présente un cancer extrêmement développé. Quand on la touche par le vagin, on arrive sur un ulcère large, profondément excavé, à surface bosselée, qui indique chez elle, que tout le col a disparu. Les linges de pansement sont recouverts d'une quantité considérable de sérosité ici roussâtre, mais quelquefois à peine troublée.

Que nous reste-t-il à faire en présence d'un cas semblable? Peu de chose, malheureusement.

Tandis que chez la femme dont je vous ai entretenu au commencement de cette leçon, nous avons devant nous la ressource d'une médication active, ici nous n'avons presque qu'à laisser la maladie suivre son cours. A propos de la maladie dont la première est affectée, je vous avais dit, en effet, dans une leçon précédente, que c'était un de ces cas rares dans lesquels la cautérisation par le fer rouge est nettement indiquée. Déjà, à cette époque, j'avais l'intention de recourir chez elle à cette médication énergique, dans un but résolutif, le cautère agissant dans ces cas comme dans les cas d'arthrite, en guérissant l'inflammation et en amenant la résolution des tissus malades. J'ai aujourd'hui une nouvelle indication de ce moyen de traitement dans l'ulcération dont je vous ai parlé, et qu'on pourrait être porté à considérer comme un commencement de carcinome. Je le répète, je ne crois pas qu'il en soit ainsi, mais c'est néanmoins une nouvelle raison pour intervenir. Je pratiquerai donc la cautérisation, et je la pratiquerai avec vigueur, en ayant soin d'agir vite, de manière que la chaleur n'attaque que les tissus que je veux brûler. Ce cautère mettra, je l'espère, un terme à cette inflammation chronique, et il détruira profondément les tissus ulcérés, précaution utile pour le cas où, contre mon avis, l'ulcération serait de nature maligne.

Quant à notre seconde malade, celle du n° 31, si je n'avais une conviction bien arrêtée, il serait de mon devoir de tenter chez elle des moyens résolutifs. Aussi, suis-je absolument découragé. Ordinairement, dans les cas semblables, on pratique la cautérisation, mais ici, que ferait une médication de cette nature, sinon hâter la marche de la maladie? En cautérisant le col, nous préparerions, en effet, une surface ulcérée, qui permettrait à la maladie de se développer plus rapidement. De plus, la plaie pourrait devenir le point de départ d'hémorrhagies fâcheuses. D'un autre côté, je ne saurais songer à détruire le col, parce qu'à droite la prolifération de cette partie de l'utérus est déjà hors de l'atteinte du fer rouge.

Le cancer de l'utérus est donc une des maladies les plus terribles pour le médecin. J'ai tenu à vous en entretenir, car vous verrez dans les livres qu'on n'assiste jamais à la naissance du cancer. Or, voilà précisément un cas dans lequel vous pourrez suivre, dès le début, la marche de l'affection cancéreuse.

Parmi les moyens généraux, il en est cependant qui soulagent les malades, qui peuvent même, jusqu'à un certain point, entraver la marche de la maladie. Celui qui donne les meilleurs résultats, est l'extrait de ciguë. Je le donne à doses progressives, en commençant par une pilule contenant 2-3 centigrammes d'extrait associé à 1 centigramme d'opium, pendant quatre ou cinq jours. J'arrive graduellement jusqu'à la dose de douze pilules par jour, c'est-à-dire douze fois 3 centigrammes d'extrait de ciguë. C'est ordinairement à cette dose que cesse la tolérance. En outre, je prescris toujours, dès le commencement, 5 centigrammes d'opium, que j'élève jusqu'à 30, 40 centigrammes par jour quand les douleurs sont très-vives.

Je suis convaincu que, par ce traitement, avec de grandes doses d'opium, on arrive à calmer les douleurs, à rendre le cancer supportable et même à prolonger la vie des malades. Car ce n'est pas seulement l'hémorrhagie utérine qui tue, mais bien encore les horribles douleurs dont s'accompagne l'affection cancéreuse.

DE L'ENTORSE MÉDIO-TARSIENNE.

par le docteur TERRILLON, prosecteur des hôpitaux.

Conclusions. — En résumé, on doit décrire une variété d'entorse localisée principalement dans l'articulation médio-tarsienne.

Elle peut se présenter dans deux circonstances différentes : si elle accompagne l'entorse de l'articulation tibio-tarsienne ou du cou-de-pied, elle n'est qu'un phénomène secondaire, accessoire et passe inaperçue. Si, au contraire, elle existe seule ou à l'état d'entorse primitive ou prédominante, elle mérite un traitement spécial et une surveillance attentive.

En effet, si elle est assez légère pour que le malade la néglige au début, elle peut donner lieu à une douleur persistante pendant la marche, et n'être que le prélude d'une tarsalgie des adolescents, d'une ankylose et même d'une tumeur blanche de l'articulation médio-tarsienne.

Quand elle existe seule ou qu'elle est prédominante, cette entorse réclame le traitement suivant. Emploi de l'eau froide au début. — Un ou plusieurs massages méthodiques et soutenus. — L'application d'une bande de flanelle un peu serrée pendant la marche dans les premiers jours. — Des badigeonnages de teinture d'iode, quand une légère douleur persiste. (*Arch. gén. de méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse les exemplaires du tome XXX (3e série) du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques observées dans le département de la Savoie pendant l'année 1875.

2° Un rapport de M. le docteur Martin Duclaux sur les épidémies observées en 1875 dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

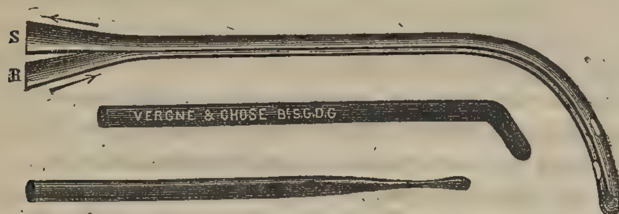
1° Une lettre de M. Désormeaux, qui se présente comme candidat dans la section de pathologie chirurgicale.

2° Un mémoire de M. le docteur Maragliano (de Bologne), intitulé : *Recherches expérimentales sur le dicrotisme et le polycrotisme* (Comm. : MM. Bouillaud, Béhier, Marey).

3° Une lettre de M. le docteur Cazenave de la Roche, médecin à Pau, accompagnant l'envoi d'un manuscrit ayant pour titre : *De l'action sédative du climat de Pau, sa véritable cause.*

4° Une note de MM. Vergne et Chose, qui soumettent au jugement de l'Académie de nouvelles sondes en gomme à double courant, qu'ils ont fabriquées sur la demande de M. le docteur Reliquet.

Toutes ces sondes en gomme, quelle que soit leur forme, à grande courbure, conique, olivaire, coudée, bicoudée, ont un conduit d'aller petit et un conduit de retour très-large.



Pour obtenir ce résultat, MM. Vergne et Chose se sont servis d'une trame en soie très-fine, quoique très-solide, de façon à diminuer autant que possible l'épaisseur des parois, de la sonde, et à gagner en capacité interne.

Avec ces sondes, qui présentent toutes les formes répondant aux différentes difficultés du cathétérisme, le courant d'eau continu qui revient de la vessie est bien moins interrompu par l'oblitération du conduit de retour; aussi le lavage de la vessie est-il plus facile et plus complet.

PRÉSENTATIONS

M. HIRTZ présente, au nom de M. Hergott (de Nancy, un travail intitulé : *Le spondylizème ou affaissement vertébral* (Comm. : MM. Hirtz, Jacquemier et Depaul).

M. ROGER présente : 1° un rapport de M. Marjolin sur l'insuffisance des ressources de thérapeutique dans les affections chirurgicales des enfants pauvres à Paris. — 2° L'éloge de Nélaton, par M. Guyon.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente : 1° un volume intitulé : *Les grands processus morbides*, par M. Picot, avec une préface de M. Robin. — 2° Une brochure ayant pour titre : *Le système séreux, anatomie et physiologie*, par M. Farabeuf. (Thèse de concours.)

LECTURE

M. A. DESPRÈS donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De la lymphorrhagie consécutive aux adénites suppurées et aux lymphangites suppurées*, voici les conclusions de ce travail.

1° Les adénites suppurées et les lymphangites suppurées sont généralement suivies pendant les vingt jours qui suivent l'ouverture des abcès, d'un écoulement de lymphe qui retarde la cicatrisation de l'incision.

2° Cet écoulement de lymphe peut acquérir des proportions énormes et constituer une lymphorrhagie.

3° La lymphorrhagie consécutive aux adénites suppurées est plus considérable que la lymphorrhagie consécutive à une lymphangite suppurée.

4° La lymphorrhagie plus ou moins abondante est la cause réelle des fistules consécutives aux adénites suppurées chez les sujets sains ou scrofuleux.

5° La compression, toutes les fois qu'elle est applicable, arrête en quelques jours la lymphorrhagie; les cautérisations arrêtent à la longue la lymphorrhagie quand la compression n'a pu être employée.

6° La lymphorrhagie et l'écoulement de la lymphe après les angioleucites et les adénites suppurées, sont la démonstration rigoureuse de la lésion primitive des ganglions et des vaisseaux lymphatiques dans les adénites, et les angioleucites suppurées.

7° Enfin, il résulte des conclusions précédentes que la compression faite quelques jours sur les adénites et angioleucites suppurées est le meilleur moyen de prévenir la formation de fistules lymphatiques. (Renvoyé à la section de pathologie chirurgicale).

DISCUSSION SUR LA GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS ET LA LÈPRE

M. DEVERGIE, qui faisait partie, avec MM. Hardy et Hillairet, de la commission chargée d'examiner la malade présentée à l'Académie par M. Desprès, et sur laquelle M. Hardy a lu un rapport dans la séance du 29 février, exprime le regret d'être obligé de se séparer de ses deux collègues sur la détermination de la nature de l'affection présentée par cette malade.

M. Desprès regardait cette affection comme une forme de lupus dépendant d'une diathèse scrofuleuse. Cette opinion n'a pas été admise par les membres de la commission.

L'idée d'une sclérodermie a également été écartée par la commission. Resteraient deux genres d'affections auxquels pouvait être rattachée cette maladie, la gangrène symétrique des extrémités, si bien décrite par M. Maurice Raynaud, et une espèce particulière de lèpre. Or, M. Devergie déclare ne point partager l'opinion de ses deux collègues. En effet, MM. Hillairet et Hardy considèrent ce cas comme un exemple de gangrène symétrique des extrémités; M. Devergie le regarde, au contraire, comme un exemple d'une espèce de lèpre de nos pays.

M. Devergie expose les raisons qui lui ont fait écarter le diagnostic de gangrène symétrique des extrémités pour admettre celui de lèpre de nos pays. Il dit que cette dernière affection n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement; il en cite plusieurs exemples.

MM. HILLAIRET et HARDY demandent la parole pour la prochaine séance.

RAPPORT

M. BRIQUET au nom de la commission des épidémies, lit la première partie du rapport officiel sur les épidémies qui ont régné en France en 1874.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mars 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

DISCUSSION SUR LE TÆNIA

M. VIDAL, aux faits rapportés par MM. Laboulbène, Colin, Archambault, Valin et H. Roger, ajoute la relation d'une observation tout à fait personnelle.

Le 20 octobre 1868, M. Vidal débarquait à Alger, où il continuait le régime de la viande crue, qu'il suivait depuis plusieurs mois, pour un grand affaiblissement résultant d'une pérityphlite chronique. Plusieurs médecins d'Afrique, apprenant cela, le prévinrent qu'il s'exposait à contracter le tænia inerme. En effet, après quatre mois, l'évacuation de proglottés très-vivants confirmait le diagnostic qu'avait déjà fait porter l'apparition dans les fèces d'œufs de tænia inerme. Une émulsion de 100 grammes de semences de courges amena l'expulsion de quatre tænias mediocanellatas. Malgré les recherches les plus attentives, M. Vidal ne retrouva aucune tête. Toutefois, il ne renonça pas à l'usage de la viande crue, et peu après son retour en France, vers la fin de juin, l'apparition des mêmes symptômes ne laissa aucun doute sur une récidive. Une émulsion d'huile de ricin et de semences de courges récoltées en France n'amena aucun résultat. M. Vidal se fit expédier de ces graines recueillies en Afrique et 100 grammes dans une émulsion de trente grammes d'huile de ricin, firent évacuer deux tænias privés de leurs têtes. Il cessa dès lors l'usage de la viande crue; cependant, à la fin d'ocbre, une nouvelle dose de semences de courges fit encore expulser un seul tænia plus long que les précédents. Depuis, la guérison ne s'est plus démentie, quoique M. Vidal n'ait pu retrouver le scolex.

La présence de ces tænias n'a jamais causé de symptômes bien sérieux. Deux ou trois fois M. Vidal a éprouvé quelques légers vertiges en marchant, quelques sensations particulières dans l'hypochondre gauche, une sorte de titillation profonde, et enfin une sensation, au réveil, dans l'arrière gorge, sensation que M. Vidal a toujours constatée chez les malades qu'il a observés. Il attribue cette sensation à une hypersécrétion des glandules du plancher et de la partie supérieure de l'œsophage, amenant le rejet de quelques mu-

cosités dans un effort d'expulsion. C'est le *retching* des Anglais, bien différent du *hemming* de la pharyngite glanduleuse.

M. Vidal fait suivre cette communication de la lecture d'une lettre de M. Bertherand, secrétaire général de la Société climatologique d'Alger, contenant, sur la question actuellement en discussion, des renseignements intéressants qui peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

Le tænia inerme est devenu plus fréquent en Algérie depuis quelques années. — Il n'a été jusqu'ici constaté que chez l'homme. Le *cysticercus cellulosæ* du bœuf, dont le scolex serait l'origine du tænia, est assez fréquent en Algérie, surtout l'été.— Le nombre des bœufs africains exportés en France depuis quelques années a été : en 1870, de 2,476; en 1871, de 3,610; en 1872, de 18,952; en 1873, de 10,312; en 1874, de 3,079. — D'après M. Lepière, vétérinaire, les chiens d'Algérie ont le tænia inerme; il n'a pas encore trouvé chez eux le tænia mediocanellata, ni le bothriocéphale. La ladrerie est très-rare chez les porcs d'Afrique, si rare qu'il est impossible de dire si c'est le scolex armé ou le scolex inerme qui prédomine chez lui.

En terminant, M. Bertherand propose à la Société médicale des hôpitaux de publier un programme complet de questions relatives au tænia; ce programme serait soumis, en Algérie, à tous les membres de la Société climatologique.

COMMUNICATIONS

Cancer du larynx. — M. ISAMBERT présente un fascicule des annales des maladies de l'oreille et du larynx, et appelle l'attention de la Société sur un article fait par lui sur le cancer du larynx.

M. BROUARDEL dit avoir lu cet article avec un grand intérêt, mais il pense que M. Isambert s'est montré trop sévère pour la trachéotomie, en la jugeant toujours inutile dans le cas de cancer laryngien. M. Brouardel a eu l'occasion d'observer plusieurs cas dans lesquels la trachéotomie a permis aux malades de vivre six mois, dix mois et même treize mois après l'opération.

M. ISAMBERT ne condamne pas d'une façon absolue la trachéotomie dans les cas de cancer du larynx; il soutient seulement que, dans un grand nombre de cas, lorsque le malade offre déjà de la dysphagie, par exemple, cette opération est tout à fait inutile et ne pourrait servir qu'à faire souffrir inutilement les malades.

Déviation conjuguée des yeux. — M. LÉPINE communique une observation ayant pour titre : *Néphrite parenchymateuse chronique, coma, hémiplégie gauche avec contracture, déviation de la tête à gauche. A l'autopsie, hémorrhagie de la grosseur d'un très-petit grain de millet dans la moitié droite de la protubérance.*

Il s'agit d'une femme de soixante-treize ans, qui est amenée à l'hôpital dans le coma, le 3 janvier 1876. Ses paupières sont abaissées, elle ne répond à aucune question; elle crie et gesticule quand on la pince; la face est tournée assez fortement à gauche et reprend d'elle-même cette position si on l'en écarte; le membre supérieur gauche présente un notable degré de raideur dans les articulations, ainsi que le membre inférieur gauche. Ces deux membres sont, en en outre, affectés d'un certain état parétique. La sensibilité paraît conservée partout. La température est la même dans les membres des deux côtés. Abaissement de la commissure labiale gauche; pouls insensible, battements du cœur réguliers et fréquents (104); respiration ample et fréquente.

L'examen de la poitrine révèle une sonorité exagérée et des râles sous-crépitants aux deux bases, surtout à droite. Température vaginale, 37,9. Par le cathétérisme, on retire de la vessie une petite quantité d'urine qui présente, par la chaleur et par l'acide nitrique, un précipité abondant. Le malade se plaint continuellement; la pression sur le ventre paraît surtout douloureuse.

Le soir, la respiration s'est accélérée; elle se plaint toujours; la bouche est largement ouverte, la face toujours tournée à gauche; la contracture des membres du côté gauche a diminué, la température s'est élevée à 38,4. Le pouls est filiforme. Mort à dix heures du soir.

A l'autopsie, on trouve les méninges fortement infiltrées de sérosité; les deux hémisphères coupés en tranches minces ne présentent aucune lésion. Dans la partie droite de l'étage moyen de la protubérance, près de la ligne médiane existe un petit foyer hémorrhagique de la grosseur d'un grain de millet; à côté se voit un point bleu noirâtre, plus petit et traversé par un vaisseau; l'examen microscopique démontre que ce point n'est pas constitué par un anévrysme miliaire. Dans le tissu nerveux se voient de nombreux grains d'hématoïdine; les petites branches vasculaires présentent des cassures nombreuses et sont, par conséquent, fortement infiltrées de granulations calcaires. Les reins sont un peu atrophiés; la substance corticale est de couleur blanc jaunâtre et présente au microscope une dégénérescence graisseuse de tubuli des plus accusés. Le foie est petit, un peu graisseux. La rate est petite et paraît saine. L'aorte est un peu athéromateuse. Péricardite purulente. Les poumons présentent une congestion des deux bouts postérieurs. Dans les deux plèvres existent quelques fausses membranes purulentes.

M. Lépine signale particulièrement dans cette observation, la rotation de la tête du même côté que les membres paralysés. On sait que presque toujours la face regarde du côté opposé à la paralysie des membres. C'est la règle quand la lésion occupe un des deux hémisphères. Toutefois il y a des exceptions à cette règle; M. Lépine en a lui-même cité plusieurs exemples. Au contraire il paraît résulter des faits publiés, d'ailleurs en très-petit nombre, que la face peut regarder du côté des membres paralysés quand la lésion se trouve dans le mésocéphale ou le cervelet. M. Lépine rappelle un fait qu'il a lui-même publié et qui avait été antérieurement indiqué d'une manière sommaire par le docteur Prévot. Il rappelle également un fait qui a été communiqué à la Société des hôpitaux, par M. Desnos.

La déviation conjuguée des yeux manquait chez la malade dont M. Lépine vient de rapporter l'observation; ce qu'il explique par le peu d'étendue du foyer; il n'y avait pas non plus chez elle de paralysie alterne. La lésion était tout à fait limitée au faisceau pyramidal. On comprend dès lors que les symptômes aient été bornés aux membres.

Quant à la pathogénie de la lésion, M. Lépine signale l'absence, dans ce cas, d'anévrysmes miliaires. Il a eu l'occasion d'observer plusieurs fois ce même fait chez des malades atteints de la maladie de Bright. Il est possible, suivant lui, d'après ces faits, que la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale ne soit pas la même que chez les autres sujets. Il rappelle l'état athéromateux tout à fait remarquable d'un des vaisseaux de la protubérance qu'il a examinés.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

DEUXIÈME LETTRE

LES UNIVERSITÉS DE L'ALLEMAGNE DU SUD.

I

Munich, 2 décembre 1875.

Monsieur le directeur,

Bien que la fameuse ligne du Mein, n'existe point en Allemagne pour les sciences, et notamment pour l'enseignement médical, je suis obligé de la tracer et de prier vos lecteurs d'en tenir compte. Non-seulement cela apportera quelque méthode, dans notre examen, mais nous trouverons ainsi plus facilement l'occasion de mettre en lumière les nombreux traits communs et aussi les quelques différences qui caractérisent les hauts établissements scientifiques d'au-delà et d'en de çà de cette rivière passée, jusqu'à nouvel ordre, comme barrière politique, à l'état de souvenir, ainsi du reste que tant d'autres frontières.

Chacun le sait, la constitution d'une université allemande n'est point la même chose que celle de l'Université de France. Une université allemande est restée, en ce qui concerne son organisation, exactement semblable à la savante création du moyen-âge qui a su, pendant de longs siècles et malgré tous les obcurcissements de la

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 février.

scolastique, maintenir à peu près intact le grand héritage des plus belles œuvres de l'esprit humain dans l'antiquité. Loin d'embrasser l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, comme la nôtre, elle ne représente que la réunion des Facultés où sont exposées, pratiquement et théoriquement, les connaissances humaines et leur histoire, et où la jeunesse vient s'instruire dans le but d'exercer la profession, dite libérale, qu'elle a choisie. La collection des universités allemandes joue certainement à mille points de vue un grand rôle dans l'Empire et dans les divers États qui le constituent à l'heure présente, mais le pouvoir ou mieux le ressort académique d'une université allemande n'est qu'absolument local.

Rien de moins semblable à l'organisation unitaire que Napoléon Ier donna à l'instruction nationale, dans un but sur lequel aucun parti ne s'est jamais fait illusion.

Les Allemands ont souvent peine à se rendre compte de la création du législateur impérial. Il n'est point toujours facile de leur faire entendre que Napoléon a donné au mot *université* un sens qui ne lui avait jamais été jusqu'à lui attribué; qu'actuellement par cette désignation, *université de France*, nous comprenons la collection de tous nos établissements d'instruction publique, primaire, secondaire et supérieure, sous la direction immédiate d'un fonctionnaire appelé du nom caractéristique de grand maître de l'université du temps de Fontanes et de l'abbé Frayssinous, c'est-à-dire sous le premier Empire et une partie de la Restauration; et appelé aujourd'hui ministre de l'instruction publique.

Quels que soient les avantages politiques que Napoléon et les gouvernements qui lui ont succédé ont tiré du régime que le premier avait institué et que les autres ont d'ailleurs exactement conservé, on peut dire aujourd'hui, sans être taxé de la moindre exagération, qu'il est tout à fait inférieur au système qui centralise dans un unique établissement les cinq Facultés. Pour l'État, il est sans doute d'une haute utilité de faire fonctionner toutes les écoles comme fonctionnent les diverses branches de l'administration publique, et subordonnant le petit peuple de ses professeurs à une volonté unique, de le conduire aussi facilement que tel archevêque, membre du sénat impérial, prétendait conduire son clergé. Au point de vue des intérêts modernes de la politique nul n'a de peine à comprendre l'importance de la constitution de l'université de France. Il est fâcheux que le haut enseignement n'ait pas pu en retirer les mêmes avantages.

Un fait est caractéristique d'ailleurs. Le système français n'a obtenu nulle part droit de cité, pas plus en Italie, qu'en Angleterre et qu'en Allemagne. L'Europe, qui nous a tant imités, n'a pas cru devoir s'assimiler ce nouvel ordre de choses, elle a conservé l'ancien et elle a bien fait.

Est-ce à dire, pour cela, qu'avant 1789 les établissements d'enseignement libre, que les corporations enseignantes ou savantes, que les universités mêmes dépendant de l'État, pour reproduire la création du moyen-âge avec laquelle l'Europe, on doit le reconnaître, était arrivée à un développement intellectuel brillant, ne fussent pas en majorité tombés dans les plus criants abus et dans une insignifiance déplorable. Une étude serrée de la question a montré qu'ils avaient, pour la plupart, perdu presque tout crédit. Mais il faut cependant avouer que la France d'aujourd'hui (les récents malheurs qui l'ont accablée ne l'ont que trop prouvé), malgré la diffusion de l'enseignement à ses divers degrés, semble moins riche d'esprits cultivés, studieux, curieux de toutes choses, sagement ambitieux, noblement libéraux, que lorsque la grande assemblée constituante sortit en 1789 de son sein. Ceci s'appliquant naturellement à la vie intellectuelle dans nos provinces, car Paris est, par un excès contraire, devenu le point de concentration de toutes les forces littéraires et scientifiques du pays. Ce contraste même, cette langueur et ce dépérissement d'un côté, cette surabondance de vie et de progrès de l'autre ont fini par engendrer un état fâcheux que les partis intéressés ont su exploiter sous le nom d'antagonisme et qui, bien que n'étant point cela, a singulièrement nui à la France, en substituant à une marche régulière et continue vers le mieux, des bonds en avant, puis des reculs trop accentués et trop fréquents surtout. C'est peut-être là, en quelques lignes, toute la philosophie de notre histoire contemporaine dans ce siècle tourmenté. Beaucoup d'autres causes, sans doute, figureraient dans l'analyse des flux et reflux politiques qui ont tour à tour fécondé et ravagé notre sol; mais l'organisation de l'enseignement supérieur, tel qu'il a existé jusqu'à ce jour dans nos départements, enseignement qui s'adresse particulièrement aux classes auxquelles la fortune et par conséquent le loisir ont réservé l'accès aux emplois dans le gouvernement et aux professions libérales, a certainement une grande responsabilité par son insuffisance, son morcellement, ses subdivisions sans objet, son appauvrissement enfin, dans ces déplorables et incessantes tempêtes. Les provinces n'ont trouvé dans aucune ville de France, sauf Paris, ces grands foyers d'études, ces centres d'activité intellectuelle, qui mûrissent, fécondent et ennoblissent les jeunes générations en élevant leur esprit au-dessus des préjugés par la science et une libre instruction. Que sont nos Académies avec leurs Facultés éparses à côté d'une grande université allemande? La réponse est malheureusement trop facile.

Je laisserai de côté, dans cette lettre du moins, monsieur le directeur, la solution que l'Assemblée nationale de 1871 a cru devoir donner à ce grave problème. Je n'ignore pas que la ligne de conduite de *la Gazette* est la liberté d'enseignement pour laquelle elle combat depuis une dizaine d'années, et croyant que de tout le fracas qui se fait aujourd'hui autour de la question de la liberté d'enseignement supérieur, « il ressortira pour notre Université nationale, surtout dans l'ordre de la médecine, des éléments de développement et de succès qui lui étaient jusqu'alors refusés», je n'aurai garde d'*accrocher* à cet intéressant sujet, comme vous me disiez judicieusement et spirituellement, *la question cléricale*.

Il est cependant intéressant de rappeler ce qu'ont pensé au sujet de l'université, de son organisation, de sa centralisation excessive, et enfin au sujet des droits de l'État, de bons et graves esprits.

Après la chute de Napoléon Ier, l'université unique et générale d'empire devint nécessairement l'objet de l'attention du gouvernement de Louis XVIII. Sur la proposition de Montesquiou et de Guizot, alors secrétaire général du ministère de l'intérieur, une importante ordonnance fut rendue le 17 février 1815 qui décentralisait l'université de France, en créant dix-sept universités, lesquelles devaient être établies dans les principales villes du royaume. C'était bien là une véritable décentralisation, et nous n'hésitons pas à approuver les motifs qui l'avaient inspirée. Guizot, tout en reconnaissant plus tard, alors qu'il était ministre de l'instruction publique sous Louis-Philippe, que ce chiffre de dix-sept universités provinciales était beaucoup trop considérable, parce qu'il n'y a pas, en France, dix-sept centres naturels de hautes et complètes études, avait raison de vouloir créer, hors de Paris, dans les départements, un certain nombre de brillants et actifs foyers de travail et d'enseignement capables de faciliter la renaissance de la vie provinciale. Il avait raison aussi de vouloir, par ses dispositions nouvelles rendre moins pesant sur l'enseignement public, le pouvoir trop absolu, qui, avec l'empereur déchu, disposait souverainement de l'administration et des programmes de ces établissements en même temps que du sort des maîtres. C'était là des idées saines et larges. Le débarquement de Napoléon, à Cannes, et les Cents-jours rendirent l'ordonnance royale inexécutable. Celle-ci, d'ailleurs, ne fut point reprise par la seconde Restauration.

Sous le gouvernement de juillet, Guizot regrettait toujours que toutes les ambitions, que tous les esprits se tournassent vers Paris. « La concentration de la vie intellectuelle dans la capitale, dit-il quelque part dans ses *Mémoires*, n'a pas seulement pour effet de la faire dépérir dans nos provinces; elle l'altère et finit par l'énerver ou la corrompre là même ou elle la développe ». Imbu de ces idées, il voulut, à son tour, tenter la décentralisation de l'université, en proposant de créer des universités locales dont il aurait placé les siéges à Strasbourg, à Rennes, à Toulouse et à Montpellier. Le plan, comme le précédent, ne put être réalisé.

V. Cousin, dans les intéressants rapports qu'il écrivit à la suite de ses missions scientifiques en Prusse et en Hollande, eut occasion d'exprimer les mêmes opinions. Ses réflexions, à propos des universités de Leyde, d'Utrecht, d'Iéna et de Leipsig, sont du plus véritable intérêt. Pendant son ministère (1840), il se vit, comme Guizot, assailli de mille demandes. Pas de villes moyennes, pas de petites

villes mêmes qui ne réclamassent une faculté. Celles-ci préféraient une Faculté des lettres, celles-là une faculté de droit, ces dernières voulaient une Faculté des sciences. Une petite Faculté n'aurait point fait mauvais effet à côté d'une petite cour royale. De 1830 à 1832, bien des Facultés furent, en effet, installées et éparpillées, au grand regret des ministres qui avaient la main forcée, au grand détriment de l'État qui semait ainsi beaucoup d'argent sans en recueillir aucun fruit, et, sans nul avantage pour la science. Les Facultés isolées n'étant aux yeux de V. Cousin d'aucune utilité, il refusa, durant son ministère, de créer une Faculté des sciences à Lyon, disant avec raison qu'elle ferait des cours de luxe à des amateurs bénévoles, et qu'elle ne servirait à rien, puisqu'elle n'avait pas d'étudiants obligés, Il ne voulait fonder une Faculté des sciences, que si la chambre des députés accordait les fonds nécessaires pour créer en même temps, une Faculté de médecine. Le même écrivain tenait un semblable langage à propos de la Faculté de droit de Poitiers, à côté de laquelle il voulait justement installer une Faculté des lettres. « Puisse un ministère, sérieusement dévoué à la cause de l'instruction publique, ajoutait-il dans son rapport sur l'enseignement supérieur et secondaire en Hollande, entreprendre de substituer peu à peu de grands centres scientifiques fortement constitués et richement dotés, à de pauvres Facultés isolées, sans bibliothèques, sans collections, sans ressources et presque sans étudiants (1). »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Exercices de médecine opératoire. — Les examens de médecine opératoire commenceront le 1er avril prochain. Ils auront lieu à l'École pratique, pavillons nos 1 et 2, de une heure à quatre heures.

MM. les étudiants qui désirent y prendre part devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, où les consignations seront reçues tous les jours du lundi 20 mars au samedi 26 mars, de neuf heures à onze heures.

Il sera remis à chacun de MM. les étudiants inscrits une carte d'admission.

Les droits à payer pour prendre part aux exercices de médecine opératoires sont ainsi fixés : pour les étudiants en cours d'étude, 10 francs; pour les docteurs français, 15 francs; pour les étudiants étrangers, 30 francs.

Ces droits seront payés à la caisse de la Faculté contre une quittance détachée du registre à souche.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un legs de quarante mille francs, dont trente mille pour l'hôpital Saint-André et dix mille pour l'hospice des Incurables, a été fait à l'administration des hôpitaux de Bordeaux, par Mme Jouvente, sœur du professeur Chaumet.

— *Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire.* — M. le docteur H. Picard, commencera ce cours le samedi 18 mars, à midi et demi, à son dispensaire, 13, rue Suger, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

MM. les élèves seront exercés à l'analyse des urines.

— *Cours particulier de technique microscopique.* — M. le docteur Latteux, sous-chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital des Cliniques, commencera son cours le lundi 20 mars, à quatre heures.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les préparations microscopiques, et d'analyser les pièces que présente journellement la pratique médicale.

Ils seront exercés individuellement et répéteront eux-mêmes toutes les expériences (étude des tissus normaux et des principaux tissus pathologiques, coupes, injections, montage et conservation des préparations, etc.).

Ce cours aura lieu tous les jours, excepté le samedi, dans le laboratoire de l'hôpital des Cliniques, et durera un mois.

Des microscopes seront mis à la disposition des élèves.

— *Cours de médecine légale.* — M. Lanceraux, agrégé, suppléant de M. le professeur Tardieu, commencera ce cours le lundi 20 mars, à quatre heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera l'étude médico-légale des empoisonnements.

— *Cours complémentaire de chimie.* — M. Gauthier, agrégé de la Faculté de médecine, directeur du laboratoire de chimie biologique, commencera ce cours le mardi 21 mars, à midi (petit amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. Gauthier traitera de la chimie organique dans ses applications à la médecine.

(1) V. Cousin écrivait ces lignes en 1836, et ce qu'il y a de curieux, c'est que pendant son ministère de 1840, alors qu'il pouvait tenter de réaliser le vœu qu'il émettait lui-même si éloquemment quatre ans auparavant, et proposer une véritable réforme dans l'enseignement supérieur en reprenant tout au moins les idées de Guizot, c'est-à-dire en constituant cinq grandes universités en France, à Paris (où la faculté de théologie venait d'être rétablie), à Strasbourg, à Rennes, à Toulouse et à Montpellier; il se bornait à demander pour Rennes, déjà en possession des facultés de droit et des lettres, la création d'une faculté des sciences et d'une faculté de médecine. Ce projet n'était présenté que comme un *échantillon* des grands centres d'instruction supérieure que le gouvernement avait l'intention de créer sur quelques points de la France. La Chambre n'accorda de crédit que pour la Faculté des sciences, et le projet ministériel échoua dans sa plus importante partie, puisque la Faculté de médecine était condamnée.

Guizot ajoute, avec raison, qu'un projet moins mesquin eut été sans doute mieux compris, et, par là, eût eu plus de chances de faire accepter, de l'opinion et de la Chambre, une sérieuse réorganisation de l'enseignement supérieur.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Influence des maladies du cœur sur la menstruation et la grossesse.

Grâce à l'impulsion considérable qui a été donnée depuis un certain nombre d'années à l'étude des affections et des lésions cardiaques, considérées non plus seulement en elles-mêmes, mais encore dans leurs rapports et leurs relations avec une foule d'autres maladies, de nombreux points de pathogénie générale ont été éclairés, et des questions nouvelles surgissent tous les jours, qui stimulent le zèle des travailleurs en élargissant le champ de leurs observations. On cherche le rôle et l'influence du cœur partout, si bien qu'un de nos confrères qui, après avoir exercé d'abord l'art vétérinaire, pratique aujourd'hui avec un grand zèle la médecine, M. le docteur E. Bernard (de Parthenay) vient de publier, sous ce titre quelque peu ambitieux de *Nouvelle doctrine physiologique*, un ouvrage dont le but est de montrer partout, dans l'immense domaine de la pathologie, la part du cœur (1). Nous réservons pour une autre occasion l'examen de cette vaste question. Aujourd'hui, notre but est plus restreint, quoiqu'il s'agisse d'un sujet déjà assez étendu. Nous voulons, avec notre savant confrère, M. le docteur Duroziez, examiner rapidement l'influence des maladies du cœur sur la grossesse.

Dans une communication à la Société de médecine de Paris faite en 1873 et insérée dans le numéro du 18 avril 1874 de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Duroziez avait déjà cherché à établir quelques-uns des rapports qui existent entre les maladies du cœur d'une part, et d'autre part, la stérilité, la menstruation et l'accouchement soit prématuré, soit à terme. Il était arrivé à ces résultats. La stérilité se montre dans un certain nombre de cas. Les fausses couches sont fréquentes. Souvent le fœtus naît à sept mois et demi. Souvent l'enfant meurt en naissant ou dans les premiers jours.

En somme, par le fait de la maladie du cœur de la mère, la vie de l'enfant est très-compromise. Celle de la mère l'est moins, en général; dans un grand nombre de cas, elle n'éprouve pas les accidents que l'on pourrait redouter; cependant il existe des cas de mort avant l'accouchement, immédiatement après la délivrance et dans les jours qui suivent.

Ces conclusions, de l'aveu de M. Duroziez, ne pouvaient être considérées comme une solution définitive de la question, il ne les donnait que comme des éléments d'une solution qui demandait des recherches plus complètes.

Notre laborieux confrère a repris depuis cette étude, en s'attachant particulièrement à rechercher quels sont les dangers auxquels est exposée une femme qui, atteinte de maladie grave du cœur, devient enceinte.

La lésion du cœur est-elle aggravée pendant la grossesse ou après l'accouchement? La mort est-elle à redouter? La grossesse est-elle modifiée? Que deviendra l'enfant? On comprend toute l'importance de la connaissance de ces diverses influences et des questions pratiques qu'elles peuvent soulever.

M. Duroziez a étudié, à ce point de vue, l'influence des maladies du cœur sur la menstruation, sur les métrorrhagies, soit au moment des règles, soit à l'occasion des fausses couches, soit enfin à l'époque de la délivrance, sur l'époque de la ménopause, sur les fausses couches, sur les accouchements avant terme, sur les suites de couches, etc.

Voici, sur quelques-uns de ces points, les faits que M. Duroziez a constatés et les éléments nouveaux qu'il a apportés à la solution de ces diverses questions.

La menstruation paraît avoir été modifiée comme il suit chez les femmes qui ont eu une affection de cœur datant de leur enfance. Elle s'est montrée, en général, plus tard qu'à l'époque habituelle, à quinze ans en moyenne, d'après une statistique comprenant vingt-sept femmes qui se trouvaient dans ce cas. Chez dix-huit femmes qui, étant affectées d'une lésion du cœur dès leur enfance, n'ont pas eu d'enfants, la menstruation ne s'est établie en moyenne qu'à dix-sept ans et une fraction, le maximum ayant été vingt-trois ans.

L'irrégularité des règles s'est montrée remarquable, surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Sur quinze femmes cardiopathiques et n'ayant pas eu d'enfants, quatorze ont été mal réglées, tandis que chez celles qui ont eu des enfants, les irrégularités menstruelles n'ont été constatées que dans la moitié des cas.

L'irrégularité des menstrues s'est trouvée liée aux hémoptysies dans la plupart des cas.

Chez huit femmes, on a noté d'abondantes épistaxis, ayant souvent précédé le rhumatisme et les lésions du cœur.

(1) *Nouvelle doctrine physiologique*, par E. Bernard (de Parthenay), ex-vétérinaire militaire, docteur en médecine. — 1 vol. in-8°. — Toulouse, 1875.

Dans plusieurs cas, les règles ont persisté pendant une partie de la grossesse.

Chez un certain nombre de femmes, M. Duroziez a remarqué une disposition toute particulière aux hémorrhagies sous toutes les formes, soit au moment des règles, soit provoquées par des fausses couches, soit à l'époque de la délivrance.

M. Duroziez a réuni sous une même catégorie les fausses couches et les accouchements à six mois.

Pour quarante et une femmes atteintes de maladies du cœur, il a trouvé vingt et une fausses couches ou accouchements à six mois.

Les accouchements à sept mois et demi sont assez fréquents au grand avantage de la mère qui est ainsi préservée de l'asphyxie, mais au grand détriment de l'enfant.

Pour quarante femmes atteintes de maladie du cœur on trouve cinq mort-nés à terme.

Le nombre des enfants morts de bonne heure (avant cinq ans), paraît être assez considérable, trente-sept pour quarante femmes.

Si à la série des femmes qui ont perdu leurs enfants avant ou peu de temps après la naissance, on ajoute les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, en partie parce qu'elles étaient atteintes de maladie cardiaque, on arrive à cette conclusion que : du côté des enfants la perte est énorme. M. Duroziez rapporte cinq ou six observations de femmes atteintes d'affections diverses du cœur et n'ayant point eu d'enfants. — Tandis que du côté des enfants on trouve une perte considérable, les cas de mort pour la mère sont beaucoup moins fréquents qu'on serait tenté de le croire. Voici un court énoncé de ces cas de mort.

Dans trois cas les femmes sont mortes avant d'avoir été délivrées, l'une à sept mois de grossesse, atteinte d'un rétrécissement mitral ; la deuxième à huit mois, ayant une hypertrophie; la troisième à huit mois et demi, atteinte d'une hypertrophie du ventricule gauche et d'une persistance du trou de Botal.

Trois autres femmes ont succombé, immédiatement après être accouchées, l'une à un rétrécissement mitral considérable, une seconde à un rétrécissement et insuffisance aortique ; une troisième à une insuffisance mitrale.

Dans quelques cas un intervalle plus ou moins long a séparé le moment de la mort du dernier accouchement. Une femme est morte quinze mois après le dernier accouchement; une, deux ans ; une, huit ans ; une, dix-sept ans, et une autre, vingt-cinq ans après.

Enfin, M. Duroziez a vu des femmes qu'on pouvait juger frappées mortellement, revenir à une santé presque complète, quelques-unes se doutant même à peine qu'elles portaient une grave maladie du cœur et pouvant travailler et allaiter leurs enfants, devenir enceintes pendant qu'elles nourrissaient, etc.

Relativement aux suites de couches, M. Duroziez a fait cette remarque qui l'a quelque peu surpris, c'est que des œdèmes, des épanchements, qui n'existaient pas pendant la grossesse, sont survenus, alors que la circulation paraissait devoir être plus facile, la femme étant délivrée.

Quelle que soit la tendance de M. Duroziez, en se guidant sur les faits qu'il a observés, à rassurer les esprits sur les suites d'une grossesse compliquée de lésion du cœur, il ne peut cependant pas dissimuler la gravité réelle du pronostic. Sous l'influence de cet état morbide, dit-il, la menstruation est troublée, la stérilité est possible, les fausses couches sont nombreuses, les accouchements avant terme fréquents, les enfants exposés à mourir, soit en naissant, soit peu de temps après, la mère est menacée de mort plus ou moins rapide. Mais les faits montrent aussi que des femmes atteintes de maladie du cœur peuvent accoucher sans accidents graves et se rétablir à peu près complétement. Parfois même la maladie ne semble pas aggravée par la grossesse et reste ce qu'elle serait sans cette complication.

Telle est la conclusion principale, à laquelle ont conduit ces recherches.

Le traitement ne change pas, par le fait de la grossesse, en ce qui a trait directement à la maladie du cœur. Mais une question pratique d'une grande importance se trouve soulevée par le fait de cette complication. Jusqu'à quel point, en présence d'une femme enceinte de quatre ou cinq mois et présentant tous les signes d'une maladie grave du cœur, qui menace plus ou moins prochainement ses jours, le médecin peut-il se croire autorisé à provoquer l'avortement ?

Une femme enceinte de sept mois et demi au moins, se trouvant dans les mêmes conditions, faudra-t-il provoquer l'accouchement prématuré ?

La première question n'a pas reçu encore de solution ni en fait ni en principe.

M. Duroziez est d'avis qu'il est bien difficile de proposer un pareil moyen s'il n'y a pas d'accidents généraux. Dans le cas d'accidents généraux le médecin devrait, suivant lui, prévenir la famille de ce qui pourrait arriver et se poser la question : Si c'était à moi que ferais-je ?

Pour la seconde, elle se trouvera élucidée d'avance par les résultats mêmes des recherches précédentes. Laissons parler M. Duroziez :

« Nous avons montré, dit-il, la fréquence de la stérilité, des pertes qui souvent sont des fausses couches, des avortements, des accouchements prématurés ; l'enfant est le plus souvent sacrifié, même sans l'intervention du médecin. La route semblerait donc tracée. La question me paraît beaucoup moins difficile à résoudre que pour la mère.

« En général les graves accidents et la mort n'apparaissent pour la mère que lorsque celle-ci a dépassé sept mois et demi. Il y a donc une limite qui est en quelque sorte indiquée. L'enfant a-t-il beaucoup à gagner dans le sein de sa mère atteinte de lésions du cœur à partir de cette époque? C'est contestable pour le plus grand nombre des cas. La mère a-t-elle à gagner à cette séparation ? C'est probable, puisque la délivrance a lieu le plus souvent avant terme. Nous pensons donc que chez toute femme atteinte de maladie grave du cœur, n'y eut-il pas de symptômes généraux, la question de l'accouchement, provoqué à sept mois et demi, se présente devant la responsabilité du médecin. Le médecin doit savoir, en outre, que la femme peut mourir subitement. »

Reste un dernier conseil, c'est celui que l'on pourrait avoir à donner à une jeune fille atteinte de maladie grave du cœur; s'appuyant sur cette observation que, dans les couvents, les malades atteintes d'affection du cœur vivent longtemps, M. Duroziez serait disposé à donner dans ce cas le conseil de vivre dans le célibat.

Enfin comme conclusion générale de son travail, notre confrère adresse aux accoucheurs le conseil suivant : L'accoucheur doit ausculter avec autant de soin le cœur de la mère que celui du fœtus.

Mode particulier de traitement du prolapsus invétéré du rectum chez l'adulte.

M. le docteur Delens a appliqué avec succès sur une malade de l'Hôtel-Dieu, pendant qu'il y remplaçait momentanément

M. Cusco, un mode particulier de traitement du prolapsus du rectum, qui est usité, paraît-il, depuis quelque temps en Angleterre, mais à peu près inconnu ou inappliqué du moins jusqu'à présent en France. Voici en quoi consiste ce traitement : la portion de l'intestin qui fait saillie hors de l'anus est cautérisée avec l'acide nitrique fumant et réduite immédiatement. L'ampoule rectale est alors remplie, jusqu'à distension, avec des tampons de ouate, et une compression extérieure est établie au niveau de l'anus et du périnée pour maintenir la réduction. Dans cet état, le malade garde le repos complet au lit et doit rester, autant que possible, de cinq à six jours sans aller à la selle, ce qu'on obtient généralement par l'administration de l'opium.

Telle est, d'après une note communiquée par M. Delens au *Journal de thérapeutique*, la pratique de quelques chirurgiens anglais pour les cas de prolapsus chez l'enfant. Mais dans le cas auquel M. Delens a eu affaire, il s'agissait d'une femme adulte, et le prolapsus datait de dix ans. Il a cru, en conséquence de ces circonstances, devoir ajouter à l'emploi de cette méthode l'électrisation du sphincter anal pour prévenir la récidive, le relâchement du muscle étant tel, en général, chez l'adulte que, sans cette précaution, on s'exposerait à voir l'infirmité se reproduire au bout d'un certain temps.

Voici, en quelques mots, la relation du fait. Une femme de trente-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu, atteinte depuis dix ans d'un prolapsus du rectum facilement réductible, mais se reproduisant au moindre mouvement. Elle avait vainement essayé divers traitements. Rien n'avait amélioré son état. Le prolapsus formait au dehors une tumeur globuleuse dont l'orifice intestinal occupait le centre. M. Delens se mit en mesure d'appliquer la méthode sus-indiquée de la manière suivante :

Les parties voisines étant protégées au moyen de compresses, il passa à deux reprises un pinceau de charpie trempé dans l'acide nitrique fumant, à la surface de la tumeur, en évitant de toucher les parties contiguës à la peau de l'anus. Ensuite la tumeur, étant légèrement enduite d'huile, fut réduite immédiatement, et six tampons d'ouate furent successivement introduits dans le rectum.

Une masse de charpie placée au niveau de l'anus et sur le périnée et un bandage en T, constituèrent tout le pansement.

Cinq centigrammes d'extrait d'opium, pendant cinq jours consécutivement, suffirent pour entretenir un état de constipation qu'il fallut faire cesser le sixième jour par l'huile de ricin. Recommandation avait été faite, à dater de ce moment, à la malade, de n'aller à la selle que couchée, les cuisses rapprochées et sur un bassin plat.

Le prolapsus ne s'est plus reproduit, mais le sphincter restant toujours très-relâché, M. Delens soumit alors la malade à l'électrisation. Après quelques séances d'électrisation, la malade a pu quitter l'hôpital, guérie de son prolapsus, qui ne s'est plus reproduit depuis dix-huit mois que l'opération a été pratiquée.

Dr Brochin.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE. — M. Dubuc.

De l'utilité de la sonde à demeure dans le traitement de certains rétrécissements de l'urèthre (1).

Obs. III. — *Rétrécissement de l'urèthre datant de douze ans au moins; uréthrotomie interne faite en 1868; récidive; difficulté extrême de la miction; bougies à demeure; abcès urineux; sondes à demeure; cessation des accidents et rétablissement de la santé; maintien du résultat quatre ans après.*

M. C..., quarante-sept ans, manufacturier, me fait appeler auprès de lui le 12 novembre 1871. Je le trouve en proie à des crises très-douloureuses occasionnées par l'extrême difficulté qu'il éprouve à uriner. Il me raconte qu'il a eu une seule uréthrite à l'âge de vingt ans, uréthrite traitée par des injections fortement astringentes au sulfate de zinc. Ce ne fut que quatorze ou quinze ans plus tard qu'il éprouva de la difficulté à uriner, difficulté dont il ne se préoccupa d'ailleurs en aucune façon; toutefois, en 1868, cette difficulté étant devenue extrême et s'étant compliquée d'accès de fièvre violents et répétés, le malade, qui habitait alors Lyon, fit venir M. Diday, lequel constata l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre, et pratiqua l'uréthrotomie interne. Il s'en suivit une amélioration considérable; mais M. C... ayant négligé l'introduction régulière de bougies, comme cela lui avait été recommandé, reperdit peu à peu le terrain qu'il avait gagné, au point d'être menacé d'une rétention complète d'urine.

Treize ans avant le moment où il me fit appeler, il avait séjourné en Lombardie, et y avait contracté une fièvre intermittente assez rebelle.

Lorsque je le vis, il n'urinait plus que goutte à goutte, au prix d'efforts considérables et très-douloureux; les crises revenaient toutes les vingt minutes et n'amenaient l'expulsion que d'une petite quantité d'urine ; il était, de plus, sujet à de fréquents accès de fièvre, qui revenaient sans régularité et paraissaient se rattacher à l'affection des voies urinaires, bien plus qu'à l'affection paludéenne dont il avait été atteint antérieurement; il était pâle, amaigri, sans appétit et ne dormait plus.

A l'aide d'explorateurs à boule en gomme, je constatai l'existence, à 11 centimètres du méat, d'un rétrécissement très-serré, qui ne laissa passer aucun numéro de la série. Après une heure de tentatives, je parvins enfin à faire pénétrer jusqu'à la vessie une bougie en baleine du plus fin calibre; je la fixai à demeure, en ne la laissant enfoncée que le moins possible dans la vessie, et après avoir constaté que l'urine pouvait, quoique avec peine, sortir goutte à goutte. On sentait au-dessus du pubis la vessie modérément distendue.

Le lendemain 13 novembre, je trouvai le malade dans une situation relativement favorable; il avait eu un accès de fièvre la nuit, mais moins fort que les précédents; il avait uriné sans trop de difficulté le long de la bougie; les crises, si douloureuses, ne s'étaient pas reproduites; l'urine rendue était claire; la vessie ne s'était pas entièrement vidée.

14 novembre. — L'amélioration commencée s'est poursuivie; le malade n'a eu que de légers accès de fièvre; l'urine a continué de couler convenablement le long de la bougie; j'enlève celle-ci, espérant pouvoir la remplacer par une bougie filiforme en gomme élastique beaucoup plus souple, ce à quoi je parviens après quelques tentatives infructueuses; je laisse cette dernière en place le 15 novembre; elle permet l'écoulement facile de l'urine; le malade a encore eu des accès de fièvre, mais, somme toute, la situation s'est améliorée; j'insiste sur la nécessité d'une alimentation réparatrice.

16 novembre. — Ce matin, la bougie a été expulsée avec le premier jet de l'urine; celle-ci sort maintenant par un jet continu filiforme; il s'en écoule une assez grande quantité à chaque fois; la miction est douloureuse, mais les crises ont entièrement cessé. Je fais des tentatives répétées pour réintroduire une bougie filiforme, mais je n'y puis parvenir. J'en laisse une dont la pointe est engagée dans le rétrécissement, espérant que le malade pourra l'introduire après mon départ, ce qui a eu lieu, en effet.

Le malade garde la bougie les 16, 17 et 18 novembre; il mange suffisamment, quoique sans grand appétit; la journée du 18 s'est passée sans fièvre; il a dormi huit heures la nuit d'un sommeil ininterrompu; l'état général est meilleur; vin de quinquina.

19 novembre. — La bougie enlevée, je passe aujourd'hui sans trop de difficulté une sonde du plus fin calibre, par laquelle l'urine sort goutte à goutte; cette petite sonde, laissée à demeure, s'est bouchée dans le courant de la journée, et a été expulsée avec le jet de l'urine; l'urine est claire, sans dépôt; elle sort par un jet très-fin et continu;

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 février.

la miction a cessé d'être douloureuse; les besoins ne reviennent plus que toutes les trois heures.

20 novembre. — Je ne puis parvenir à introduire aujourd'hui une bougie du plus fin calibre, même en baleine.

21 novembre. — L'introduction d'une bougie filiforme, impossible hier, est relativement facile aujourd'hui; j'essaye, mais inutilement, d'en introduire une plus grosse; je me contente alors de laisser la bougie filiforme à demeure.

23 novembre. — La bougie que j'avais laissée en place est sortie ce matin entraînée par le jet de l'urine; le malade a eu un accès de fièvre très-long, avec douleurs de reins bien caractérisées; toutefois, il continue de manger et ne perd pas ses forces.

Aujourd'hui, je constate au périnée, immédiatement en arrière des bourses, et aussi autour de la portion du canal enveloppée par le scrotum, un empâtement que je n'avais pas remarqué les jours précédents; cet empâtement fusiforme, long de 5 centimètres environ, est extrêmement dur, modérément douloureux à la pression; je l'attribue à ce qu'il s'est infiltré une petite quantité d'urine par une légère éraillure de la muqueuse, et je m'attends à la formation d'un abcès, qu'il faudra ouvrir prochainement. Le malade souffre davantage en urinant; les besoins sont plus rapprochés; l'urine, pour la première fois, laisse déposer des mucosités adhérentes au vase.

Je laisse en place une petite bougie filiforme en gomme, laquelle a été expulsée dans le courant de l'après-midi; je prescris 50 centigrammes de quinine à prendre en deux doses.

Le soir, je revois le malade, qui a passé une assez mauvaise journée; la miction, toutefois, s'est faite sans trop de difficulté; la tuméfaction adhérente à l'urèthre a augmenté et s'est un peu rapprochée de la peau; elle reste extrêmement dure; je fais à la région sus-pubienne une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine; je laisse l'urèthre tranquille. Cataplasme sur le périnée.

24 novembre. — La nuit a été assez calme; le malade s'est trouvé comme engourdi à la suite de l'injection sous-cutanée; la miction s'est faite avec une certaine difficulté; la tuméfaction adhérente à l'urèthre a encore augmenté de volume; elle est maintenant grosse comme un œuf de poule, quoique n'offrant pas une forme régulièrement ovoïde; elle est aplatie transversalement; la partie la plus considérable est adhérente à la portion d'urèthre qui traverse le scrotum, toutefois elle déborde en arrière du scrotum au périnée; elle n'est presque plus séparée de la peau; la douleur à la pression est modérée; la tuméfaction reste dure; je propose au malade d'en faire l'incision de façon à l'empêcher d'augmenter et à donner issue au pus qu'elle doit renfermer déjà; ma proposition n'est pas acceptée. Cataplasmes au périnée, continuer le sulfate de quinine.

Le soir, la tuméfaction a encore augmenté de volume; elle mesure 5 centimètres transversalement et 7 à 8 centimètres d'avant en arrière; elle s'étend de la racine de la verge au périnée, dont elle occupe la partie antérieure; sa consistance reste dure; elle se rapproche de plus en plus de la peau; les bourses sont le siége d'un œdème de voisinage.

Le malade éprouve dans toute la région un sentiment de chaleur, de gêne considérable; il a la peau brûlante; il est nerveux, agité; il n'a pas mangé à l'heure du dîner.

Je lui propose de nouveau d'inciser la tumeur urineuse, lui laissant craindre qu'elle ne prenne brusquement un développement beaucoup plus considérable, s'il se refuse à l'opération; il consent enfin à me laisser agir.

Je pratique mon incision sur la partie de la tumeur qui fait saillie au périnée, immédiatement derrière les bourses; j'enfonce le bistouri à une profondeur de 3 centimètres, et je pratique un large débridement en lui faisant suivre la ligne médiane. Il s'écoule aussitôt une certaine quantité de pus consistant, épais, grumeleux, avec du sang et de la sérosité; la tuméfaction subit une notable diminution; le malade se sent soulagé. Large cataplasme sur toute la région malade. Pas de tentative de cathétérisme.

Du 24 au 30 novembre, le malade a eu plusieurs accès de fièvre, mais néanmoins sa situation s'est améliorée progressivement. A la date du 30 novembre, les bourses ont repris leur volume normal; la tuméfaction périnéale se réduit à un cordon induré du volume du doigt, qui de l'urèthre vient aboutir à l'incision cutanée; il reste un certain degré d'induration sur la portion intra-scrotale du canal; la sécrétion purulente s'est presque entièrement tarie; il ne s'écoule pas du tout d'urine par la plaie périnéale; l'appétit et le sommeil se sont peu à peu rétablis; les forces aussi commencent à reparaître.

Les besoins d'uriner ne reviennent plus que toutes les six heures; l'urine s'écoule par un petit jet régulier; il en sort 300 grammes environ chaque fois; elle est redevenue limpide. On a continué jusqu'à ce jour et on continuera encore pendant quelque temps le sulfate de quinine à la dose de 70 centigrammes.

J'ai laissé l'urèthre en repos depuis la production de la tumeur urineuse; aujourd'hui, j'introduis sans difficulté une petite sonde n° 6 (2 millimètres), que je laisse à demeure.

5 décembre. — Je n'ai pu aller voir M. C... depuis le 30 novembre par suite de circonstances indépendantes de ma volonté; je le trouve levé; l'incision périnéale est cicatrisée; on sent encore un noyau d'induration sur la portion du canal qui traverse les bourses.

L'appétit est modéré; les digestions laborieuses, les forces reviennent lentement; comme il n'y a plus eu d'accès de fièvre, je supprime le sulfate de quinine.

La petite sonde que j'avais laissée l'autre jour à demeure, s'est bouchée, et a été expulsée au bout de deux heures avec le jet de l'urine; la miction se fait d'ailleurs d'une façon assez satisfaisante.

J'introduis, guidé par une bougie filiforme, une sonde en gomme ouverte aux deux bouts, n° 8 de la filière au tiers de millimètre; cette sonde passe sans difficulté et vide entièrement la vessie, qui ne renferme qu'une petite quantité d'urine; je la laisse en place.

9 décembre. — La petite sonde que j'ai laissée à demeure le 4 est restée en place jusqu'à ce jour; elle n'a pas cessé de fonctionner convenablement; toutefois, il s'est écoulé une certaine quantité d'urine entre elle et les parois uréthrales. M. C... a déjà pu sortir une fois pour ses affaires; les forces sont meilleures; le teint s'est coloré; l'appétit est bon, mais les digestions restent laborieuses; la nuit, il est encore agité et tourmenté par des rêvasseries; il n'a plus eu d'accès de fièvre.

J'enlève la sonde n° 8, et je la remplace par une sonde n° 11, qui passe sans difficulté; l'induration de la portion scrotale de l'urèthre a presque entièrement disparu.

13 décembre. — Le malade a gardé trois jours la sonde n° 11 et l'a retirée; il urine maintenant sans la moindre difficulté et à des des intervalles éloignés; je passe facilement une bougie n° 12, que je laisse temporairement en place, le malade se trouvant assez bien pour reprendre la direction de son entreprise industrielle et désirant le faire le plus tôt possible.

20 décembre. — Le malade a repris ses occupations; il urine librement; on sent encore des vestiges de l'induration de la portion scrotale de l'urèthre et du trajet répondant à mon incision, mais ils sont de moins en moins marqués; j'introduis sans peine des bougies 12 et 13.

M. C... se sentant en mesure de maintenir les choses en l'état, prend congé de moi, me promettant bien d'introduire régulièrement une bougie de dix en dix jours, afin de maintenir le calibre actuel du rétrécissement.

Février 1873. — Je revois M. C..., qui jouit d'une bonne santé; il n'a pas négligé l'introduction des bougies, aussi le calibre du canal s'est-il maintenu.

Janvier 1875. — M. C... me fait appeler pour des varices enflammées qu'il porte aux deux jambes. Il n'a éprouvé aucune rechute de son rétrécissement depuis le traitement que je lui ai fait suivre en 1871. Il continue à introduire de temps en temps une bougie et urine sans difficulté.

Même situation en janvier 1876.

Ce malade faisait remonter le début de son rétrécissement à douze ans au moins; il avait été uréthrotomisé en 1868 par M. Diday, ce qui ne l'avait pas mis à l'abri de la récidive. Il se trouvait, lorsque je le vis, dans une situation véritablement misérable, urinant goutte par goutte avec ces crises d'efforts

rapprochées et douloureuses qui sont si pénibles pour le patient et pour les assistants; il était de plus en proie à des accès de fièvre répétés et d'une grande intensité.

Chez lui, j'eus beaucoup de peine à franchir le rétrécissement; je n'y pus parvenir, après une heure de tentatives infructueuses, qu'avec une bougie de baleine du plus fin calibre, comme chez le malade de l'observation précédente.

Pour le dire en passant, ces fines bougies de baleine m'ont rendu d'importants services dans bon nombre de circonstances; elles demandent à être manœuvrées avec une grande précaution, parce qu'une pression exagérée leur ferait inévitablement perforer la muqueuse; mais, lorsqu'on a affaire à des rétrécissements très-durs et très-serrés, elles finissent par passer là où des bougies de gomme ont échoué, en raison de leur flexibilité.

Je dois ajouter qu'un habile fabricant M. Benas, en employant ce qu'on appelle le crin de Florence, qui n'est autre chose que les glandes salivaires des vers à soie préparées d'une certaine façon, a réussi récemment à obtenir des bougies très-fines, présentant une flexibilité intermédiaire entre celles de gomme et celles de baleines, et susceptibles d'être munies, comme les plus fines bougies de baleine, d'une extrémité olivaire. Nul doute que, dans la plupart des cas, elles ne puissent remplacer ces dernières, avec moins de risques dans leur emploi. C'est ce qui m'a déterminé à les signaler ici.

Ceci exposé, je reprends l'histoire de mon malade; son rétrécissement fut extrêmement rebelle, puisque quinze jours après le début du traitement, j'en étais encore aux bougies filiformes, et que, si j'avais eu l'intention de pratiquer l'uréthrotomie, j'aurais eu beaucoup de difficulté à faire pénétrer la bougie conductrice munie de son armature, et, à plus forte raison, le cathéter cannelé de l'uréthrotome. Ce fut alors que se produisit au niveau des bourses et du périnée, un abcès urineux, qu'une prompte ouverture maintint dans des limites très-modérées.

Pendant la période aiguë de l'abcès, je m'abstins de toutes tentatives sur l'urèthre, suivant en cela un précepte sur lequel avait déjà insisté M. Flaubert de Rouen (voyez Caron, *Thèses de Paris*, nº 8, 1868), et que j'ai depuis entendu nettement formuler par M. F. Guyon, auquel je me rallie entièrement, à savoir : qu'il faut s'abstenir de toute manœuvre sur l'urèthre, pendant la période qu'on peut appeler aiguë de l'infiltration urineuse. On doit, alors, donner largement issue au pus et à l'urine par des incisions pratiquées de bonne heure, et remettre à plus tard, lorsque la fièvre aura cessé, l'intervention du côté du canal.

Lorsque l'abcès fut entré dans sa période de cicatrisation, je constatai, fait ordinaire en pareille circonstance, que le rétrécissement avait en partie cédé; je pus introduire d'emblée une petite sonde de 2 millimètres (nº 6), tandis que j'en étais resté auparavant aux bougies filiformes. A dater de ce moment les progrès vers le rétablissement furent rapides; les accès de fièvre si tenaces, si fréquents, pendant la première partie du traitement, disparurent d'une manière définitive. Je laissai à demeure d'abord une sonde nº 8, puis, cinq jours après, je lui substituai une sonde nº 11, qui resta en place pendant trois jours.

Le malade, qui était pressé de reprendre la direction de ses affaires, depuis trop longtemps en souffrance, qui sentait ses forces revenir tous les jours, qui n'avait plus de fièvre et n'urinait plus qu'à de rares intervalles, et sans aucune difficulté, désira en rester là de son traitement par la sonde à demeure, et ne se soumit plus qu'à deux séances de dilatation temporaire, pendant lesquelles, je pus introduire facilement les nºs 12 et 13.

Je dois ajouter que, revu par moi à plusieurs reprises, la dernière fois, quatre ans après la fin de son traitement, il n'avait encore rien perdu du résultat acquis, grâce à la précaution de maintenir le calibre du rétrécissement, par l'introduction périodique de bougies en gomme d'un volume approprié.

L'uréthrotomie interne eût-elle fourni un succès plus complet et plus durable? C'est au moins douteux, puisque cette méthode de traitement ne dispense nullement des introductions consécutives de bougies, si l'on veut maintenir et consolider le bénéfice obtenu, et que, chez notre malade en particulier, faute des soins que je viens d'indiquer, une récidive s'était produite trois ans à peine après une opération d'uréthrotomie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Marjolin dépose, de la part de M. Prestat (de Pontoise), une observation d'*anévrysme poplité guéri par la compression chez un vieillard de soixante-dix-neuf ans.* La compression a été faite à quatre reprises, pendant trois heures chaque fois, par les sœurs et un employé de l'hôpital de Pontoise. La guérison s'est maintenue depuis plusieurs mois.

M. Verneuil dépose, de la part de M. Daniel Mollière, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, la relation de *deux cas de périnéorraphie.* La première opération est remarquable en ce qu'elle a été faite sur une femme enceinte de deux mois et demi, dont le chirurgien ignorait la grossesse. Aucun accident n'est résulté de cette circonstance. M. Verneuil rappelle, à cette occasion, qu'il a opéré une fistule vésico-vaginale chez une femme également enceinte de deux mois et demi, et qui ne l'avait pas prévenu de sa grossesse. La fistule s'est bien guérie, mais l'avortement est survenu pendant la convalescence.

Dans la deuxième opération, M. Daniel Mollière a fait les sutures avec des fils absorbables.

M. Paulet dépose, de la part de M. Mathieu, un mémoire intitulé : *Étude clinique expérimentale des altérations du sang dans la fièvre traumatique.*

LECTURES

M. Nepveu donne lecture d'un mémoire sur l'inflammation des varices lymphatiques ou *lymphangite télangiectasique*, maladie rarement observée en France, mais commune à l'île Bourbon.

M. Nepveu en a vu récemment un cas dans le service de M. Verneuil. (Commis. : MM. Anger, Le Dentu, Verneuil).

M. Poncet (de Cluny) présente une observation de glaucome avec anévrysmes miliaires de la rétine. Voici les conclusions de ce mémoire, qu'accompagne une planche d'histologie pathologique, exécutée en photochromie :

La forme de glaucome dite hémorrhagique peut être causée par la présence d'anévrysmes miliaires, limités aux vaisseaux de la rétine et siégeant surtout à la région équatoriale.

Ces dilatations vasculaires s'accompagnent, dans les cas anciens, d'une transformation fibreuse de la rétine et de la choroïde.

Les gaînes lymphatiques des artères s'imprègnent de pigment et dessinent alors les figures étoilées, typiques, de la rétinite pigmentaire.

Le glaucome hémorrhagique ancien peut présenter, comme les autres glaucomes, la dépression cupulaire signalée jusqu'ici comme absente de cette variété.

Cette excavation se revêt quelquefois d'une couche nouvelle ostéo-

fibreuse, placée en avant de la limitante interne de la rétine et en arrière du corps vitré.

Un deuxième collier osseux, sous-rétinien, entoure l'orifice sclérotical et contribue ainsi à la section des fibres du N. O. sous la pression intra-oculaire,

La névrite du glaucome comporte la régression granulo-graisseuse des fibres du N. O., l'hypertrophie du tissu fibreux inter-fasciculaire avec vascularisation anormale et exagérée, et enfin la prolifération de la névralgie. C'est à l'abondance des vaisseaux veineux derrière la papille atrophiée et fibreuse qu'il faut attribuer la teinte verdâtre de certaines excavations atrophiques et glaucomateuses.

ÉLECTION

M. ALPHONSE GUÉRIN avait adressé dans la dernière séance une lettre par laquelle il demandait à échanger son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire. On procède au vote sur cette demande qui est adoptée à une grande majorité.

RAPPORT

M. POLAILLON donne lecture du rapport de la commission du prix Gerdy, dont le sujet était : *De l'action de l'air sur les plaies au point de vue historique et doctrinal.* Trois mémoires ont été présentés au concours.

La Société se forme en comité secret pour entendre et discuter les conclusions de ce rapport.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

D'ailleurs la décentralisation de l'université, ainsi entendue à cette époque, n'impliquait point l'abdication des droits de l'État en matière d'instruction publique. Ce serait gravement se méprendre sur les intentions qui animaient alors Cousin et Guizot, que de croire qu'ils acceptassent, sans de graves restrictions, l'immixtion de l'église dans l'enseignement supérieur. L'église a pu être, en fait d'instruction populaire, une puissance efficace ; en fait d'instruction supérieure, jamais. Ceci est une vérité historique. « Le gouvernement des esprits revient à l'État, a écrit Guizot dans le grand ouvrage que nous citions plus haut, c'est-à-dire à la collectivité des citoyens représentant leur temps, leur siècle et les mœurs intellectuelles et morales qui en sont l'expression ; il faut des guides dans l'ordre intellectuel, et il est facile de déterminer quel est l'ordre intellectuel véritable. L'Église a posssédé au moyen-âge et jusqu'au dix-septième siècle, le gouvernement des esprits en France : la science n'existait pas, elle rentrait dans le domaine de la foi. Ces temps ont à jamais disparu : l'intelligence humaine et la science sont aujourd'hui sécularisées. Les sciences morales sont cultivées par des laïques et si l'église renferme encore çà et là quelques rares savants, le monde savant est tout entier laïque. Fait de conséquence immense : la liberté était née le jour où l'intelligence humaine échappait à la théodicée ». Ainsi s'exprime l'un des chefs reconnus d'une école politique dont les doctrines n'ont jamais passées pour subversives.

Je n'ignore pas que Guizot admettait d'ailleurs, dans son principe, la liberté de l'enseignement supérieur, et que Villemain et Salvandy, de 1841 à 1847, présentèrent dans le but de la fonder, divers projets de loi. Mais ce qui m'a toujours paru difficile à comprendre dans l'examen de cette question, c'est que, du jour où elle fut sérieusement agitée et mise à l'étude, Guizot lui-même porta le plus rude coup à la liberté de l'enseignement supérieur, en prenant hautement parti pour l'université attaquée par la majorité du clergé français en 1845, presqu'aussi vivement que sous la Restauration, et en n'hésitant pas à frapper les jésuites devenus les principaux représentants de la liberté d'enseignement. Qui donc a oublié les négociations de Guizot et de Rossi près Grégoire XVI, pour la dissolution de la puissante congrégation et les avertissements efficaces donnés alors à la cour de Rome, si elle n'aidait point à l'exécution d'une mesure « que le sentiment public de la France et la nécessité d'État réclamaient absolument ? »

Il est vrai que les mêmes hommes qui, il y a vingt-sept ans, applaudissaient aux discours et à la politique de Guizot, qui acceptaient théoriquement la liberté d'enseignement et se refusaient ensuite à la livrer aux mains de la plus puissante des corporations religieuses, ont su aujourd'hui agir comme ils pensaient et tenir une conduite plus logique. Mais est-ce avoir entièrement raison que d'être si logique ?

Je m'arrête ici : aussi bien, l'on est ramené comme malgré soi aux grands débats contemporains, quand on touche ce grave problème et l'on verse facilement dans la politique d'actualité, quand on ne veut s'occuper de cette question qu'historiquement et scientifiquement. Mais je dois dire, à ma décharge, que tout autre sans doute ferait de même, car elle préoccupe singulièrement le corps enseignant de l'Allemagne. Il est difficile notamment à un Français de passage dans une ville universitaire d'éviter les questions, les réflexions, les commentaires de ses hôtes, et je vous assure, monsieur, que rien de tout cela ne nous est épargné dans les visites aux hôpitaux et aux instituts.

Les courtes observations qui précèdent sont loin d'être inutiles, pour se rendre un compte exact de l'état des universités et des Facultés de médecine dans les États du Sud.

Comme nous vous le disions dans notre première lettre, il y a vingt et une universités dans l'Empire allemand, mais il n'y a que vingt Facultés de médecine, parce qu'à Munster où une université complète fut fondée en 1780, il ne reste plus que les Facultés de théologie et de philosophie, connues plus généralement sous le nom d'Académie de Munster. Ces universités sont établies dans deux capitales de très-inégale importance, Berlin et Munich ; dans quatre grandes villes, Kœnigsberg, Breslau, Leipsick et Strasbourg ; enfin dans quatorze villes, petites et moyennes, Bonn, Gœttingue, Giessen, Greifswald, Halle, Kiel, Marbourg, Iéna, Rostock, Fribourg-en-Brisgau, Heidelberg, Tubingue, Wurtzbourg et Erlangen.

Autour de ces divers établissements placés dans la Prusse orientale, la Silésie, les provinces du Rhin, la Saxe, le Hanovre, la Hesse, le Mecklembourg, le Wurtemberg, le grand duché de Bade, et la Bavière, les Allemands font, en quelque sorte, graviter, à la manière de satellites, les universités autrichiennes, suisses et russes, où l'enseignement se fait dans l'idiome germanique, telles que Vienne et Prague (comptées au nombre des universités allemandes avant 1866), Gratz et Insbruck, d'une part, Bâle, Berne et Zurich de l'autre et enfin Dorpat dans les provinces ouest de la Russie.

Les universités du grand-duché de Bade, Fribourg-en-Brisgau et Heidelberg, celle du Wurtemberg, Tubingue, et enfin les trois universités de la Bavière, Erlangen, Wurtzbourg et Munich, doivent nous occuper seules aujourd'hui.

Nous déplorions tout à l'heure, monsieur le directeur, la trop grande concentration du haut enseignement français et la centralisation excessive qui ont nui, pendant si longtemps, à son développement, et ce n'est pas sans dessein que nous désirions attirer sur ce point l'attention. Par un contraste marqué, les universités de l'Allemagne dispersées çà et là dans les provinces d'un même royaume, dans des duchés, de petits États du Sud et du Nord, s'offrent à l'étude comme placées sans ordre, sans harmonie, sans dessein, tantôt les unes sur les autres, tantôt séparées par de grandes distances, suivant le hasard des fondations royales et aussi le jeu d'influences politiques qui ont pu avoir autrefois leur valeur, mais reléguées aujourd'hui dans le plus complet oubli.

Tel électeur fonde une université dans la ville où il a élu résidence. Tel duc voisin ne saurait souffrir que son duché ne fut point de même pourvu. Et voici des universités trop rapprochées, rivales, et qui, au lieu de se prêter un mutuel appui, divisent l'enseignement, se partagent les étudiants et tombent toutes deux dans la médiocrité. La concurrence n'engendre pas toujours le progrès et la prospérité. C'est là un fait qui s'est souvent reproduit depuis la seconde moitié

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 mars.

du quatorzième siècle, époque à laquelle ont été créées les premières grandes universités d'Allemagne qui subsistent encore aujourd'hui. Le nombre de ces universités était alors considérable, ce qui s'expliquait facilement par le morcellement politique du territoire et la multiplicité des États de toute grandeur. Au milieu des bouleversements dont l'Allemagne fut le théâtre à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, beaucoup d'entre ces établissements disparurent; d'autres furent réduits, tronqués; d'autres enfin déplacés; mais jamais une pensée unique, pesant les divers avantages résultant de la position topographique, des ressources financières des pays, ne présida à la distribution, à l'établissement, à la situation des universités. Les réformes, les modifications qui furent faites, ne furent jamais conçues que dans un esprit purement local, sans préoccupation extérieure. Je citais tout à l'heure Munster, une des villes les plus importantes de la Westphalie, dont l'université fondée en 1780 ne subsiste plus que sous le nom modeste d'Académie; la situation déplorable dans laquelle était tombé cet établissement nécessita cette quasi-suppression. On pourrait citer Prague, qui possédait encore sous le règne de Ferdinand II, deux universités; l'une fondée par Charles IV et l'autre par les Hussites. Cette dernière fut supprimée par Ferdinand II. De même, l'université actuelle de Munich n'est installée dans la capitale de la Bavière que depuis 1826. Jusqu'en 1800 elle résida à Ingolstadt, petite ville à qui elle acquit autrefois une grande célébrité; de là, elle fut transférée à Landshut, ancienne ville d'une quinzaine de mille âmes, qui abonde en monuments gothiques d'un haut intérêt archéologique.

Certes, que les universités de l'Allemagne aient subi une importante métamorphose, et qu'elles tendent aujourd'hui, en siégeant dans les capitales ou les grandes villes, à attirer en leur sein plus de vie et de mouvement scientifiques, ceci est incontestable, et je crois avoir soumis aux lecteurs de *la Gazette* cette observation. Mais cette tendance est moins vive qu'elle ne parait au premier abord, et au lieu d'une répartition vraiment allemande de tous les centres universitaires, nous n'avons plutôt, devant les yeux, que des groupements, des distributions où domine souvent un esprit particulariste et très-respectueux des traditions.

Ce sont là d'ailleurs des réflexions purement théoriques; encore que pour nous, la science ne reconnaisse point de frontières, nous ne pousserons pas le désintéressement jusqu'à souhaiter qu'une volonté unique et impérieuse résolve le problème et concilie les intérêts locaux des petits États et des intérêts plus généraux. Ce sont là des affaires, purement allemandes, où un étranger aurait tort de vouloir placer le mot; mais nous dirons cependant, nous renfermant dans la plus modeste appréciation, que cette situation, dans laquelle les universités de capitales et de grandes villes sont favorisées, maintient, tout en les laissant vivre, d'autres universités dans un état de souffrance très-visible. Telle université qui brillait, il y a quelque trente ans du plus vif éclat, languit aujourd'hui avec un nombre vraiment trop restreint d'étudiants. Telle autre qui jouissait d'une ancienne renommée, n'est plus que l'ombre d'elle-même, écrasée par le voisinage d'une puissante rivale qui l'efface et la rend inutile. Cette troisième, qui attirait autrefois autour de ses chaires une foule d'étrangers accourus des Deux-Mondes, est aujourd'hui délaissée d'eux; circonstance grave et par laquelle on apprécie souvent, en Allemagne, l'importance d'une université. Les noms et les chiffres ne nous manqueront pas, et nous les citerons à l'occasion.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion de la vingt-cinquième année du professorat de M. Ch. Typaldes Prétenderis, le corps médical de la Grèce a offert à ce maître distingué une médaille d'or. Cette manifestation si honorable pour le professeur Prétenderis, réveille nos souvenirs, nous reporte à l'époque où, élève de notre illustre maître M. Bouillaud, M. Prétenderis venait se former à notre école de Paris. Rentré en Grèce, M. Prétenderis a conservé un bon souvenir de ses premières études, et c'est dans notre langue qu'il se plaît à nous présenter ses travaux, témoin son excellent travail sur la Pellagre présenté, il y a quelques années, à l'Académie de médecine par son ancien maître. Nous sommes heureux de joindre nos félicitations à celles qui, de son pays, sont venues si gracieusement récompenser un professorat soutenu avec la plus grande distinction.

— *Cours d'accouchement pour les élèves sages-femmes.* — M. Guéniot, agrégé de la Faculté de médecine, commencera ce cours le mardi 21 mars prochain, à midi et demi, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre de de l'hôpital des Cliniques.

— Le docteur Reliquet continue, pendant ce semestre d'été, son cours sur « les maladies des voies urinaires », les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2, de l'École pratique.

— *Cours complet de médecine opératoire.* — M. de docteur Laskowski, récemment nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Genève fera, pour la dernière fois, un cours complet de médecine opératoire, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique.

Ce cours commencera le 1er avril et sera terminé à la fin de mai. Il aura lieu tous les jours à une heure de l'après-midi, et comprendra la description de toutes les opérations que l'on peut pratiquer sur les cadavres.

Les élèves, munis de cartes délivrées au secrétariat de la Faculté, seront exercés à pratiquer toutes les opérations sur les cadavres.

On s'inscrit pour ce cours tous les jours de quatre à cinq heures, rue des Saints-Pères, n° 78.

— *Manipulations chimiques.* — Les manipulations chimiques, sous la direction de M. Willm, commenceront le lundi 3 avril, à une heure et demie. MM. les étudiants qui désireraient prendre part à ces travaux se feront inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements) du lundi 20 mars au samedi 25 mars, de neuf heures à onze heures du matin. Aucune somme ne sera perçue pour cet objet au secrétariat.

Il sera délivré aux étudiants inscrits une carte, qui leur servira pour l'admission au laboratoire (École pratique, pavillons nos 5 et 6).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 34. — MARDI 21 MARS 1876. 49e ANNÉE. MARDI 21 MARS 1876. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. DUMONTPALLIER.

Observations de déviations et de prolapsus de la matrice traités par l'application de l'anneau-pessaire, et suivies de remarques pratiques sur les usages de cet appareil contentif.

(Observations recueillies par M. GÉNY.)

I

Un des élèves externes de notre service, M. Gény, a recueilli plusieurs observations où notre anneau-pessaire a été appliqué dans les cas de prolapsus ou de rétroversion de l'utérus. Nous avons autorisé la publication de ces observations, après avoir constaté les résultats obtenus et persistants après plusieurs mois de l'application de l'anneau-pessaire. Nous avons fait suivre l'exposé de ces observations de quelques remarques pratiques, qu'il sera facile à tout médecin de confirmer par l'usage qu'il fera de cet appareil contentif.

Qu'il nous suffise de rappeler que l'anneau-pessaire doit recevoir librement le col de l'utérus dans l'intérieur de sa circonférence, et qu'il ne prend ses points d'appui que dans les culs-de-sac du vagin et sur les parties latérales de ce canal membraneux. Il ne peut donc pas être une cause d'irritation pour l'utérus, puisqu'il n'agit sur cet organe que par l'intermédiaire du vagin, et c'est en tendant les parois relâchées du vagin qu'il replace l'utérus dans son axe physiologique.

Les observations qui suivent ont été prises sur des malades de notre service, en 1875, à l'hôpital Saint-Antoine, ou sur des malades qui venaient à notre consultation. C'est dire que les élèves ou des médecins ont pu constater l'exactitude du diagnostic, la variété et la gravité des déviations, des prolapsus, et suivre les résultats obtenus par l'application méthodique de l'anneau-pessaire.

OBS. I. — *Précipitation. Cystocèle. Engorgement et ulcération du col.* — La nommée S..., âgée de trente-sept ans, a eu deux enfants, le premier à vingt-quatre ans, le second à vingt-neuf ans. Les couches se sont régulièrement passées. Il y a trois ans environ, cette femme commença à sentir de la pesanteur dans le bas-ventre, dans les reins. Peu à peu les douleurs augmentèrent au point qu'elle ne pouvait, sans de grandes souffrances, lever les bras ; la station verticale devint très-pénible, tout travail fatigant. La malade, néanmoins, ne fit rien pour se soigner; elle continua à travailler tant bien que mal. Les choses allèrent ainsi pendant plusieurs années, quand il y a trois mois, la malade fit une chute en portant un seau d'eau ; elle ne put se relever et fut, dit-elle, forcée d'envoyer chercher une sage-femme pour remettre en place sa matrice, qui était complétement sortie. La malade ne put quitter le lit qu'au bout de trois semaines, et toutes les fois qu'elle voulait faire un effort, la matrice descendait entre les cuisses.

Vers le 1er mai, cette femme se décida à entrer à l'hôpital Saint-Antoine. Dans le service de M. Dumontpallier, où elle fut placée, on lui posa un pessaire de Marion Sims. Elle put alors travailler, remuer sans ressentir aucune douleur. Les difficultés que la malade éprouvait en urinant avaient également disparu par suite de la réduction de la cystocèle en même temps que du prolapsus. Elle garda ce pessaire un mois environ, mais il tomba pendant les efforts que fit la malade, en allant à la garde-robe. On lui appliqua un pessaire de même nature, mais plus grand. M. Dumontpallier le remplaça quelques jours après par un de ses anneaux-pessaires. La malade ne souffrant plus, ne tarda pas à quitter le service pour aller passer quelques semaines à la campagne.

Au bout de deux mois, elle revient nous voir. On constate que le col est toujours rouge violacé, ulcéré sur ses deux lèvres; mais il reprend de plus en plus son aspect muqueux, tandis qu'auparavant son séjour hors de la vulve lui avait fait prendre l'apparence du tégument externe. Enfin, fait important, toute douleur a complétement disparu, et la malade ne se doute même pas de la présence du pessaire.

Ce fait n'a point besoin d'un long commentaire pour établir que l'anneau-pessaire peut rendre de grands services dans le prolapsus de l'utérus compliqué de cystocèle. Lorsque l'appareil offre un diamètre et une épaisseur convenables, il maintient l'utérus dans ses rapports normaux et permet à la femme de se livrer à ses occupations habituelles, sans déterminer la moindre douleur.

Ce serait faire preuve de peu d'expérience que de prétendre que l'anneau-pessaire donnera toujours un résultat aussi complet, mais nous pensons que l'on devra toujours faire l'essai de son application avant de songer à une intervention chirurgicale.

Pour obtenir un résultat favorable dans l'application de l'anneau-pessaire, il faut s'assurer d'abord que la matrice est facilement réductible, et avoir soin, avec l'index et le médius de la main gauche, de reformer les culs-de-sac du vagin. Cela fait, lorsqu'on est certain que l'utérus et les parois du vagin ont repris leurs rapports normaux avec les organes contenus dans le petit bassin, lorsqu'on s'est assuré par le toucher que la paroi antérieure du rectum et le bas-fond de la vessie sont

dans leur position normale, et que les ovaires ne sont point comprimés par les parties réduites, on introduit l'anneau-pessaire, de telle sorte que l'arc postérieur de l'anneau se loge facilement dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et que l'arc antérieur du même anneau soit bien en rapport avec la paroi antérieure du vagin, sans que ce même arc antérieur vienne appuyer sur les branches descendantes du pubis — ce qui ne pourrait se faire sans comprimer l'urèthre. L'anneau étant ainsi placé, on constate par le toucher que le col utérin s'est engagé librement dans l'intérieur de l'anneau et conserve une certaine mobilité. On constate en même temps que l'anneau, par ses arcs latéraux, tend les parois antérieures et postérieures du vagin. La paroi antérieure est généralement plus tendue que la paroi postérieure, mais cette tension ne doit jamais être excessive, elle doit être modérée. Il faut donc s'appliquer à choisir un anneau dont le diamètre soit en rapport avec les dimensions des parois vaginales, et lorsque le vagin offre une grande laxité, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à un anneau de très-grand diamètre, il convient seulement de placer un anneau à circonférence un peu plus épaisse. L'épaisseur de 12 à 15 millimètres est toujours suffisante avec un anneau de 6 centimètres à 6 centimètres et quart de diamètre.

Obs. II. — *Abaissement au deuxième degré; rétroversion assez accusée. Cystocèle; laxité du vagin; flueurs blanches.* — Depuis six ans, la femme L..., âgée de cinquante-huit ans, est affectée d'une descente de matrice. Elle est tourmentée par des envies fréquentes d'uriner. Elle urine jusqu'à cinquante ou soixante fois par jour; elle en est arrivée au point de ne plus oser sortir de chez elle tant la miction est fréquente. Elle se plaint, en outre, de vives douleurs dans le bas ventre.

A l'examen, en juillet 1875, on constate de la laxité du vagin, un abaissement de la matrice au deuxième degré; le col est à 1 centimètre ou deux de la vulve. On constate, en outre, de la rétroversion. Flueurs blanches; cystocèle. On applique un pessaire n° 6 (diamètre 6 centimètres et quart; épaisseur de la circonférence, 12 millimètres) (1), et la rétroversion disparaît; la cystocèle se réduit. En engageant la malade à se contracter comme dans les efforts de la défécation; elle ne parvient pas à faire basculer le pessaire en avant, et les parties restent dans la position où elles ont été replacées.

On fait alors soulever à la malade le lit à spéculum, porter des seaux d'eau, descendre et remonter l'escalier; elle accomplit assez facilement ces divers exercices, qui lui auraient été impossibles avant l'emploi du pessaire. Il est bon de remarquer que les mouvements ne sont pas très-libres chez cette femme, car elle est fort obèse.

Trois semaines environ après, la malade revient nous voir, les douleurs lombaires ont persisté, quoique moins fortes, mais la miction est redevenue normale, et la douleur que la malade éprouvait en urinant a complétement disparu. Les flueurs blanches ont cessé, et la malade peut se livrer sans fatigue à ses occupations ordinaires, qu'elle avait été obligée d'abandonner pendant plusieurs années.

Cette observation offre ceci de remarquable, c'est que le pessaire ayant maintenu réduites la descente de matrice et la cystocèle, la malade a pu se livrer sans fatigue à ses occupations habituelles, et que les besoins si fréquents d'uriner ont complétement cessé. De plus, remarquez que, le pessaire étant en place, on peut, à l'aide du toucher ou avec le spéculum, constater que la rétroversion a cessé d'exister, et que le col et le corps de l'utérus ont repris leur position normale. L'examen avec le spéculum est toujours très-facile, même lorsque le pessaire est en place, et s'il est besoin, on peut faire tous pansements nécessaires sur le col sans retirer le pessaire. Les élèves qui suivent notre service ont pu constater, non sans un certain étonnement, que la présence du pessaire dans le vagin ne gêne en rien l'examen avec le spéculum, que ce spéculum soit bivalve ou plein.

(1) Tous les anneaux-pessaires ont été gradués avec grand soin par le fabricant, M. H. Galante.

Obs. III. — *Chute de la matrice au troisième degré avec cystocèle depuis trente-quatre ans.* — Veuve F... âgée de cinquante-huit ans. — Les renseignements que nous possédons sur cette femme sont forts incomplets, car s'étant trouvée soulagée immédiatement elle s'est empressée de ne plus revenir. Elle s'était présentée à la consultation dans les premiers jours d'août, on la fit monter le lendemain dans la salle Sainte-Geneviève.

C'est une femme extrêmement obèse, elle a eu plusieurs enfants, et *depuis trente-quatre ans* elle est affligée d'une précipitation complète de l'utérus avec cystocèle, on ne constate pas de rectocèle, le plancher périnéal a presque disparu comme cela s'observe si souvent dans des cas analogues.

L'utérus fait une saillie considérable au dehors de la vulve, il est notablement augmenté de volume, la surface muqueuse de l'organe a pris l'aspect cutané par suite d'un long séjour au dehors de sa cavité naturelle.

Après avoir réduit l'utérus sans trop de difficulté M. Dumontpallier applique à la malade un anneau-pessaire n° 7. (Diamètre, 6 centimètres et demi; épaisseur de la circonférence, 15 millimètres). Il invite la patiente à faire effort comme pour aller à la garde-robe et le pessaire n'est pas expulsé. Craignant cependant que le pessaire ne vînt à franchir l'ouverture vulvaire M. Dumontpallier conseille à la malade de se garnir comme les femmes ont l'habitude de le faire au moment de leurs époques; on lui applique même sur le champ un bandage provisoire.

En descendant du lit d'examen, cette femme qui depuis de longues années ne pouvait rien soulever, qui ne pouvait ni lever les bras en l'air ni travailler assidûment, était enthousiasmée. Sa reconnaissance se traduisit par un mouvement de retraite des plus rapides. On lui fit la recommandation de revenir nous voir s'il survenait quelque dérangement dans son appareil, nous ne l'avons pas revue.

Nous sommes autorisé cependant à croire qu'il n'est survenu aucun changement défavorable chez cette malade. — Et cela parce que dans plusieurs observations de prolapsus aussi considérable avec cystocèle, les malades nous ont permis de constater après plusieurs semaines et plusieurs mois l'heureux résultat persistant de la réduction de leur prolapsus utérin. — Dans ces cas, l'anneau-pessaire remplace pour ainsi dire le plancher périnéal et l'anneau vulvaire, il prend indirectement ses points d'appui sur les parois du petit bassin, au détroit inférieur, et cela sans contondre les parties molles et sans gêner les fonctions du rectum, et de la vessie, et sans déterminer de douleur, parce que l'élasticité de l'anneau lui permet de céder devant une résistance passagère suivant les mouvements et tous actes des malades; de plus, le revêtement de caoutchouc qui est de 12 à 15 millimètres donne à l'appareil une souplesse qui l'empêche de blesser les parties avec lesquelles il est en contact.

CLINIQUE ODONTOLOGIQUE. — M. E. Magitot.

De l'éruption tardive des dents permanentes.

(Observation et leçon recueillies par M. Th. David, étudiant en médecine.)

I

M. le docteur N..., âgé actuellement de soixante-quatorze ans, a eu une première dentition régulière. La seconde dentition, effectuée à l'époque ordinaire, offrit une particularité bien remarquée du sujet et de ses parents : l'absence des deux canines supérieures dont la place resta vide assez longtemps. Mais les dents voisines se rapprochèrent insensiblement et finirent par combler l'espace inoccupé.

L'éruption des dents de sagesse se fit à l'âge de vingt-sept ans et fut accompagnée de quelques douleurs et de plusieurs fluxions. Ces accidents, d'ailleurs légers, engagèrent M. N... à les faire extraire.

Notre confrère n'avait pas autrement souffert de ses dents; lorsque, peu de temps après, à l'âge de vingt-huit ans pendant son internat dans les hôpitaux de Paris, il ressentit une forte douleur à la mâchoire supérieure du côté droit, entre l'incisive latérale et la première prémolaire, douleur qui s'accompagna d'hémorrhagies assez abondantes et répétées. D'après l'examen que M. N... fit à ce moment sur lui-même, il nous rapporte que, sur le siége de cette douleur, il aperçut bientôt la saillie d'une dent faisant apparition sur le bord externe de la mâchoire au fond du vestibule. C'était la canine droite effectuant son éruption et qui, trouvant sa place occupée, se dirigeait ainsi en avant, en bas et en dedans du côté de la ligne médiane. La douleur et les hémorrhagies auxquelles elle ne cessait de donner lieu, engagèrent M. N... à la faire extraire, opération qui s'effectua, paraît-il, sans grandes difficultés.

Après cela, M. N... n'a plus rien éprouvé du côté du système dentaire jusqu'à l'âge de soixante-douze ans.

A cette époque, il vit apparaître, au niveau des deux incisives gauches de la mâchoire supérieure, toute une série d'accidents: douleurs locales, avec irradiation névralgique dans la face du côté correspondant, hémorrhagies répétées, déviation et ébranlement successifs de l'incisive latérale et de l'incisive médiane. Ces deux dents, qui avaient perdu peu à peu leurs adhérences et qui devenaient de plus en plus douloureuses, furent enlevées; on les reconnut exemptes de carie.

Tout se termina là, et M. N... ne souffrait plus, lorsqu'un an après (soixante-treize ans), il sentit, à la partie du bord alvéolaire avoisinant la première prémolaire, et laissée libre par la chute des deux incisives, une légère saillie ayant tous les caractères d'un sommet de couronne dentaire: forme conique, couleur blanche, dureté considérable.

M. N.., pensa alors qu'il s'agissait là de l'éruption tardive de la canine gauche, et c'est alors qu'il vint gracieusement se soumettre à notre examen et nous faire part de son intéressante observation.

Voici ce que nous constatons:

Les quatre dents de sagesse manquent; elles ont été extraites depuis longtemps, ainsi qu'on l'a vu. A la mâchoire inférieure, la dentition est d'ailleurs normale. A la supérieure, il manque du côté droit la canine, dont nous connaissons l'histoire et le rapprochement des dents voisines est devenu complet, sans aucun interstice appréciable. Du côté gauche, les molaires restantes sont saines. Mais en avant de la première prémolaire et jusqu'à la ligne médiane, on observe un grand espace vide à la place des deux incisives. A la partie postérieure de cet espace, on trouve la canine qui, depuis un an, a été signalée en ce point. Elle se présente sous l'aspect d'un cône dur, blanc et brillant, d'une longueur de 6 millimètres sur une base de 2 millimètres. Elle n'a pas varié de dimensions depuis un an; M. N... n'en éprouve d'ailleurs aucune incommodité quelconque.

L'observation qui précède nous suggère les quelques réflexions suivantes:

L'éruption tardive des dents est une anomalie qui peut s'observer aux deux dentitions, mais elle est bien plus fréquente dans la seconde.

Ce phénomène devient d'ailleurs plus intéressant lorsqu'il porte sur les dents permanentes en raison des perturbations qu'il peut provoquer sur le système dentaire, et dont nous trouvons un bel exemple dans l'observation que nous venons de relater.

Ces divers accidents nous paraissent, dans le cas présent, d'une explication facile. Ils ont pour caractère particulier de se rapprocher sensiblement de ceux qui accompagnent si souvent l'éruption de la dent de sagesse: la canine supérieure gauche, restée sationnaire dans son évolution jusqu'à l'âge de soixante-treize ans, subit une poussée et poursuit les phases de son développement. Son éruption est considérablement gênée, car sa place sur le bord alvéolaire est occupée. Ainsi arrêtée et comprimée contre les dents qui font obstacle à sa sortie, elle détermine une légère ostéo-périostite à laquelle prennent part les racines des deux incisives. Voilà selon nous, l'explication des douleurs éprouvées par M. N... et, par suite de l'ébranlement, de la perte de ses deux dents.

Les accidents de l'éruption tardive peuvent réclamer quelquefois l'intervention de l'art. Il est des cas où, certainement, l'extraction faite en temps opportun, de ces dents anormales, peut prévenir diverses complications toujours très-fâcheuses parce qu'elles peuvent entraîner des désordres de voisinage. C'est probablement grâce à cette pratique que, dans l'observation précédente, l'éruption de la canine droite supérieure, n'a pas amené les accidents qui survinrent de l'autre côté.

Depuis longtemps, on a constaté des faits d'éruption plus ou moins tardive, et quelques-uns même à un âge très-avancé. Ainsi Pline cite un cas observé sur un homme de cent quatre ans: Isabeau en rapporte un observé sur une personne âgée de cent vingt ans. Seulement les observations publiées à ce sujet manquent de précision et de rigueur; elles ne nous apprennent rien sur les antécédents de la dentition. Il est vrai que de pareils renseignements auraient alors paru bien inutiles, car on considérait toute éruption dentaire effectuée en dehors des limites ordinaires, comme une dentition supplémentaire. C'est ainsi que des auteurs ont décrit une *troisième* et jusqu'à une *quatrième* dentition (1).

Aujourd'hui, ces faits doivent être autrement interprétés depuis que les observations rigoureuses sont venues démontrer que ces apparitions à un âge avancé sont des dents qui n'avaient point fait leur éruption à l'époque normale. Notre conviction absolue est qu'il n'y a chez l'homme que *deux* dentitions. Nous n'avons trouvé aucun fait rigoureusement observé faisant exception à cette loi, et c'est faute de s'être livré à un examen attentif et à l'étude suffisante des antécédents qu'on a pu prendre un simple fait de sortie tardive comme une éruption supplémentaire. (*A suivre.*)

OPHTHALMOLOGIE

De l'emploi de la loupe associée au lorgnon sténopéïque dans certains cas d'anomalie de la réfraction avec diminution de l'acuité visuelle.

par M. le docteur BADAL.

Un certain nombre de malades atteints d'astigmatisme irrégulier, de myopie excessive ou de taies superficielles de la cornée diffusant fortement la lumière, et dont la vision n'est corrigée par aucun verre, peuvent néanmoins se livrer à des travaux relativement minutieux, tant que l'acuité n'est pas trop mauvaise.

Ces sujets, sacrifiant en général la netteté à la grandeur des images, travaillent et lisent de très-près, à la façon des myopes de degré avancé, bien que parfois, dans les cas d'astigmatisme, le caractère dominant de la réfraction soit l'hypermétropie.

---

(1) Gehler, *De dentitione tertia.* Leipsiæ, 1766.

L'acuité vient-elle à baisser encore, par suite des progrès de l'âge, par suite surtout d'une maladie des membranes profondes, tout travail et même la lecture ne tardent pas à devenir impossibles. Si l'on essaie de corriger le vice de réfraction à l'aide d'un lorgnon sténopéïque (à trou d'épingle), les images sont rendues nettes, en effet, mais elles se trouvent alors si peu éclairées que le malade ne retire aucun profit de ce mode de correction. Si au lieu de s'en prendre à la réfraction, on s'en prend à l'acuité, en essayant de l'emploi de la loupe, les images sont graduées, mais par contre si diffuses, que l'on n'obtient non plus aucune amélioration.

Mais si, comme je viens d'en faire l'expérience chez quelques malades, on associe le lorgnon sténopéïque à la loupe, on obtient un résultat vraiment remarquable, en ce sens que des sujets qui ne pouvaient plus ni lire, ni donner leur signature, etc, peuvent désormais exécuter ces diverses actes.

Dans ce cas, la loupe agit non-seulement en donnant de grandes images, mais encore en collectant la lumière et en faisant passer à travers l'ouverture sténopéïque, des rayons lumineux, perdus sans cela. L'ouverture sténopéïque, de son côté, s'oppose à la diffusion des images qu'elle rend parfaitement nettes.

Il est vrai que l'image rétinienne d'un objet vu à la loupe est plus grande que celle du même objet placé à la même distance et vu à l'œil nu : la lumière doit donc se répartir sur une plus grande surface qui se trouve par là moins éclairée; néanmoins l'expérience et le calcul démontrent que l'éclairage est encore beaucoup plus considérable qu'avec le lorgnon sténopéïque employé isolément.

Il y a donc là un moyen d'améliorer certaines vues, que je n'ai trouvé indiqué nulle part, et qui me paraît mériter l'attention.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 mars 1876. — Présidence de M. Laborde.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Emploi de la loupe associée au lorgnon sténopéïque dans les cas d'anomalies de la réfraction avec diminution de l'acuité visuelle. — M. BADAL fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Action physiologique et thérapeutique de l'aconitine. — M. LABORDE rappelle la communication qu'il a déjà faite sur ce sujet. (Voyez *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 2 décembre 1875). Il vient aujourd'hui donner les résultats de nouvelles expériences. Il rappelle que ses premières expériences lui ont permis de constater que l'aconitine, provenant de l'aconit napel du Dauphiné, produit des effets beaucoup moins toxiques que l'aconitine provenant de l'aconit napel de Suisse. Depuis, M. Laborde s'est procuré, grâce à l'obligeance de M. Bordère, savant botaniste, un nouveau spécimen d'aconitine provenant de la racine de l'aconit napel des Pyrénées; il a entrepris, avec ce nouveau produit, une série d'expériences comparatives qui lui ont permis de constater que l'aconitine, provenant de cet aconit, produit des effets identiques à ceux que produit l'aconitine provenant de l'aconit napel du Dauphiné.

M. Laborde résume, dans le tableau suivant, les résultats qui lui ont permis de constater ses expériences sur les effets physiologiques de l'aconitine; ces expériences ont été pratiquées sur des chiens de taille moyenne auxquels a été injecté 1 milligramme d'aconitine. Voici ce qu'il a constaté au point de vue du résultat final :

1° Mort en quarante-trois minutes par l'aconitine provenant de la racine d'aconit napel suisse, avec les accidents toxiques au maximum;

2° Mort en une heure trente-cinq minutes par l'aconitine D (du Dauphiné), avec accidents toxiques d'intensité moindre, mais très-graves;

3° Mort en une heure trente-cinq minutes par l'aconit P (des Pyrénées) avec phénomènes toxiques moins accentués encore que dans le cas précédent;

4° Survie par l'aconitive V. (des Vosges) avec phénomènes qui n'ont pas dépassé le taux physiologique.

En communiquant ces résultats, M. Laborde déclare qu'il laisse aux chimistes le soin d'expliquer comment un principe immédiat, un alcaloïde véritable, peut ainsi varier dans ses effets. Son but est seulement d'appeler l'attention sur ce fait très-important au point de vue du praticien, que l'aconitine provenant de telle variété d'aconit, n'aura aucune action thérapeutique, tandis que la même dose d'aconitine, provenant de telle autre variété d'aconit, produira des effets toxiques très-intenses et peut-être même mortels.

M. GOUBAUX fait ressortir toute l'importance des faits signalés par M. Laborde, et fait observer que certains pharmaciens livrent souvent des produits sur lesquels on ne peut pas compter. Il rapporte, à cette occasion, le fait suivant : un pharmacien fournissait tous les jours à un malade, sur l'ordonnance d'un médecin, une certaine quantité d'aconitine. Un jour, ce malade, au lieu d'envoyer chez le même pharmacien, envoie son domestique chez un autre pharmacien : celui-ci, très-étonné de l'énorme quantité d'aconitine prescrite, va trouver le médecin, auteur de l'ordonnance, et lui demande s'il ne s'est pas trompé. Le médecin lui répond qu'il donne depuis longtemps déjà cette même dose d'aconitine, et que, jusqu'ici, il n'a observé aucun effet toxique ni même thérapeutique.

Bien que rassuré par cette affirmation, le pharmacien ne livra qu'une quantité d'aconitine très-inférieure à celle qui était prescrite, et cependant le malade présenta des accidents qui faillirent devenir mortels. Il était donc bien évident que, sous le nom d'aconitine, le premier pharmacien livrait un produit quelconque, sans doute absolument inefficace.

M. RABUTEAU fait remarquer qu'il y a deux choses dans la communication de M. Laborde, une question de préparation pharmaceutique, nullement scientifique et qui doit être laissée de côté, et une question beaucoup plus importante et vraiment scientifique qui est celle de savoir ce que M. Laborde entend, au point de vue purement chimique, par aconitine. M. Rabuteau demande donc à M. Laborde de lui donner la formule exacte de l'aconitine dont il s'est servi dans ses expériences.

M. GRIMAUX dit qu'on ne connaît pas encore exactement la formule chimique de l'aconitine et que les faits communiquées par M. Laborde prouvent tout simplement que, sous le nom d'aconitine, les pharmaciens vendent des espèces chimiques différentes.

M. LABORDE répète qu'il n'a pas voulu traiter la question au point de vue de la chimie, et qu'il a seulement voulu faire connaître ce que donnait, au point de vue de l'aconitine, un réactif autrement sensible que tous les réactifs dont dispose la chimie, l'expérimentation physiologique.

Polyphagie, polyurie, traitement par l'opium. — M. HAYEM rapporte un fait clinique intéressant.

Il s'agit d'un malade qui, en 1867, a présenté des accidents nerveux, une perte de connaissance suivie d'une paralysie du bras gauche qui a persisté pendant quelque temps, puis a disparu sans laisser aucune trace. En 1874, ce malade s'est plaint d'un grand affaiblissement de la vue, affaiblissement qui n'a pas tardé à disparaître. En dehors de ces accidents, cet homme qui exerce la profession assez pénible de serrurier, avait toujours joui d'une très-bonne santé, lorsqu'en 1875 il fut pris de phénomènes morbides particuliers, consistant en une augmentation considérable de la soif et de l'appétit et en une polyurie abondante qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital temporaire, dans le service alors dirigé par M. Rigal. Celui-ci crut avoir affaire à une albuminurie et prescrivit l'iodure d'amidon à l'intérieur et l'application de cautères sur la région lombaire, traitement sous l'influence duquel, paraît-il, l'état du malade s'améliora sensiblement.

Lorsqu'il vint remplacer M. Rigal, M. Hayem soumit ce malade à un examen approfondi, ce qui le frappa le plus chez lui, ce fut une faim excessive et une polyurie assez abondante. On recueillait quatre ou cinq litres d'urine par jour et, en outre, le malade avait dans la nuit une incontinence d'urine telle qu'il était impossible de savoir exactement ce qu'il en rendait dans l'espace de vingt-quatre heures. Cette urine ne contenait ni sucre, ni albumine, toutefois l'interne

en pharmacie, en l'examinant chaque jour très-attentivement au point de vue de la quantité d'urée qu'elle contenait, y reconnut la présence d'une petite quantité de sucre qui avait échappé aux réactifs habituellement employés.

En résumé, en dehors de cette polyphagie, de cette polydipsie et de cette polyurie, ce malade ne présentait rien de particulier, et son état général demeurait satisfaisant. A partir du 7 janvier 1876, ce malade fut soumis à un traitement consistant dans l'administration à l'intérieur, d'abord de 10, puis de 20 centigrammes d'extrait thébaïque par jour. Sous l'influence de ce traitement on constata une rapide amélioration, surtout au point de vue de la polyphagie. La quantité d'urée, excrétée dans les vingt-quatre heures, diminua aussi assez rapidement, comme on peut le voir d'après le tableau suivant :

	Quantité d'urine en 24 heures. Litres.	Quantité d'urée en 24 heures. Grammes.	Quantité d'urée par litre d'urine. Grammes.
Avant le traitement. . .	4,40	69	15
Pendant la 1re quinzaine du traitement.	3,30	42	14,70
Pendant la 2e quinzaine.	2,65	35	13,40
Pendant la 3e quinzaine.	2,70	27	10,20
Pendant la 4e quinzaine.	1,90	23	12,10

On voit avec quelle rapidité diminuèrent la polyurie et la quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures. Ce traitement n'a pas eu d'autre inconvénient que de procurer au malade un peu de constipation.

M. Hayem, faisant remarquer que tout d'abord la polyphagie diminue beaucoup dès le début du traitement, croit pouvoir en conclure que la grande quantité d'urée excrétée par ce malade était due simplement à la grande quantité d'aliments qu'il prenait par jour, sans quoi l'état général de cet homme eut été plus gravement atteint qu'il ne l'a été. M. Hayem est disposé à admettre que ces cas se rattachent à des altérations du système nerveux.

M. RABUTEAU fait observer que le chiffre 69, représentant la quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures avant le traitement, est exactement le triple du chiffre 23 représentant la quantité d'urée rendue, dans le même temps, à la fin du traitement. Or il serait intéressant de savoir si ce malade prenait trois fois plus d'aliments avant qu'après le traitement. S'il en était ainsi, ce serait la preuve que les aliments seuls fournissaient cette grande quantité d'urée.

M. HAYEM répond que les aliments pris par ce malade n'ont jamais été pesés, et que d'ailleurs il eut été impossible de savoir exactement ce qu'il en prenait, puisqu'en dehors des quatre portions et des suppléments qui lui étaient donnés à l'hôpital, il allait encore manger et boire, dans la journée, chez le marchand de vins. M. Hayem pense toutefois qu'avant le traitement il mangeait trois fois plus qu'après, et que la quantité d'urée excrétée par ce malade provenait exclusivement de son alimentation.

M. MAGNAN rappelle un travail de M. Bouchard dans lequel il est question des bons effets de la valériane dans les cas de polyurie, et demande à M. Hayem s'il a expérimenté ce médicament.

M. HAYEM répond affirmativement et déclare n'en avoir pas obtenu les mêmes résultats que ceux signalés par M. Bouchard. Il ne pense pas d'ailleurs qu'on puisse établir de règle à cet égard, et croit que, d'une façon générale, les médicaments qui réussissent le mieux dans ces cas, sont ceux qui agissent sur le système nerveux; ce qui vient encore à l'appui de cette opinion que ces faits de polyphagie et de polyurie ont probablement leur origine dans des altérations du système nerveux.

M. PARROT partagerait volontiers cette opinion : la polyurie, dit-il, n'est pas rare chez les enfants du jeune âge, de deux à cinq ans, et elle se termine le plus souvent par des accidents nerveux mortels, et en particulier par la méningite tuberculeuse. On peut donc se demander si, dans le fait de M. Hayem, il n'y avait pas quelque relation entre la polyurie et les accidents nerveux qu'a présentés autrefois ce malade.

Troubles trophiques dans la paralysie générale. — **M. MAGNAN** rappelle plusieurs communications de M. Joffroy, dans lesquelles il s'agit d'eschares observées chez des paralytiques généraux et dont la production, suivant M. Joffroy, paraîtrait due à des lésions des lobes postérieurs du cerveau. Or, s'appuyant sur un grand nombre de faits observés par lui et d'autres auteurs, M. Magnan déclare qu'il est loin d'en être toujours ainsi, et que, la plupart du temps, au contraire, c'est avec des lésions des lobes antérieurs du cerveau que coïncide la production d'eschares dans la paralysie générale.

Il cite, entre autres faits, l'exemple d'une malade de trente-deux ans, atteinte de paralysie générale, et qui, à la suite d'une attaque apoplectiforme, a présenté un eschare sur la fesse droite et la tuberculisation avec nouvelle eschare sur la fesse gauche. Ces troubles trophiques furent très-accusés chez cette malade, et s'étendaient avec une grande rapidité. A l'autopsie, on trouva une prédominance marquée des lésions dans les lobes antérieurs du cerveau.

M. Magnan pense donc que M. Joffroy s'est un peu trop hâté de conclure des faits qu'il a observés, que la production d'eschares, dans la paralysie générale, est due à des lésions des lobes postérieurs.

M. LABORDE partage l'opinion de M. Magnan et rappelle, à l'appui, un cas qu'il a communiqué à la Société de biologie, et dans lequel il s'agissait d'une hémorrhagie méningée dans le lobe antérieur et sur un seul hémisphère ayant donné lieu à la production d'eschares de même nature que celle dont il s'agit. On ne peut donc pas établir de loi à ce sujet.

M. HANOT dit avoir constaté presque toujours la prédominance des lésions dans les lobes frontaux dans la paralysie générale, aussi bien dans les cas où se sont produites des eschares que dans les autres.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III

En principe, toutes les universités de l'Allemagne sont destinées à recevoir les étudiants de tous les États allemands; mais il résulte de faits que nous venons d'exposer que les unes sont fréquentées presque exclusivement par les jeunes gens du pays même, auquel appartient l'université. Ce sont là ce que j'appellerais volontiers des universités *locales*. Quelques uns de leurs professeurs sont sans doute des hommes éminents, connus, mais non point tous, et le nombre des étudiants est souvent misérable. Les autres, grandes universités allemandes où les gouvernements appellent, par de sérieux avantages pécuniaires, les savants les plus en renom, attirent en même temps les élèves par centaines, et n'ont pas de peine à écraser leurs faibles voisines. Pourquoi ne montrerions-nous pas de suite, en ce qui touche les Facultés de médecine, Iéna devenu par exemple une université insignifiante à côté de Leipsig, puisqu'elle ne peut pas mettre quatre-vingt-dix étudiants en médecine en parallèle avec les cinq cents étudiants de même ordre qui travaillent chez sa grande rivale. Kiel, Rostock, dans le Sleswig-Holstein, dans le grand duché de Mecklembourg-Schwérin, et d'autres encore dans l'Allemagne du Nord sont exactement dans le même cas.

Si, donc, la France offre l'exemple d'une centralisation excessive, on peut dire que l'Allemagne, sans tomber dans l'excès contraire, présente cependant quelque tendance à l'éparpillement et au manque d'harmonie, dans la disposition générale et la situation respective de ses grands centres d'enseignement supérieur. Les uns sont trop importants, les autres ne le sont point assez. Des causes complexes ont amené cette situation. D'abord, le passé politique de l'Allemagne, la multiplicité des états, la topographie des villes; puis, enfin, comme causes plus actuelle, la plus ou moins favorable disposition des gouvernements pour la science et sa diffusion, et leurs ressources financières. Les réformes, que nécessiterait cette situation, ne nous

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 mars.

touchent en aucune façon; il est d'ailleurs probable, sinon certain, que ces réformes ne pourraient avoir lieu qu'à la suite de nouveaux et grands mouvements dont nous sommes naturellement, en France, les derniers à souhaiter la réalisation. Je rappelerai seulement qu'en 1811, Cuvier avait été chargé par le gouvernement français d'importantes mission en Italie et en Hollande, dans le but d'étudier avec soin l'instruction publique dans ces pays. La Hollande avait alors cinq universités siégeant à Groningue, à Leyde, à Utrecht, à Hardewyck et à Francke. Ces deux dernières étaient évidemment en souffrance, languissant dans deux petites villes, presque sans étudiants. Cuvier n'hésita pas à proposer la suppression de ces deux établissements devenus inutiles, et nuisant plutôt à la prospérité des trois autres. Le gouvernement français, en 1812, prononça cette suppression, qui fut maintenue par le gouvernement hollandais en 1814.

Entrons maintenant dans le détail, et jetons successivement les yeux sur les universités des États méridionaux et particulièrement sur les Facultés de médecine de ces universités. Voyons si un certain nombre des observations qui précèdent leur sont applicables.

Nous passons le Rhin et nous entrons dans le grand-duché de Bade: c'est dans ce petit état que nous rencontrons les deux premières universités allemandes, Heidelberg et Fribourg, bien inégales en renommée, mais maintenues aujourd'hui à peu près au même rang secondaire, médicalement parlant.

Heidelberg était, il y a trente à quarante ans, très-en vue comme Faculté de médecine. Pas de médecin étranger, voyageant en Allemagne, qui ne voulut s'arrêter dans la charmante capitale de l'ancien Palatinat du Rhin. Les étudiants en médecine s'y comptaient par centaines, et les plus illustres maîtres y occupaient des chaires. Fondée en 1386, l'université d'Heidelberg était la plus ancienne de l'Allemagne, après celles de Prague et de Vienne, et, son avenir paraissait devoir être aussi brillant que son passé.

Aujourd'hui la Faculté de médecine attire à peine quatre-vingt-dix élèves (1) dans la belle saison; et l'hiver, ce nombre diminue notablement. C'est là bien peu de chose, et l'université prendrait évidemment rang à côté des hauts établissements les plus en souffrance de l'Allemagne du Nord que nous citions tout à l'heure, si les Facultés de philosophie et de droit ne la relevaient un peu. Si l'on parle actuellement de l'université d'Heidelberg, c'est surtout sa Faculté de droit que l'on entend désigner. Celle-ci vient en effet avant la Faculté de même ordre de Munich; elle réunissait l'an dernier trois cent quatre-vingt-cinq étudiants. Tous ces chiffres sont d'ailleurs variables, car on sait que les statuts académiques permettent aux élèves des universités des déplacements fréquents. Les étudiants allemands, en hiver, préfèrent le séjour des grandes villes, des capitales, qui avec leurs théâtres, leurs concerts, leurs plaisirs de toutes sortes offrent mille distractions. L'été venu, ils changent de résidence universitaire et s'en vont, pour ainsi dire, continuer leurs études à la campagne, en se fixant dans une petite ville bien située et coquettement entourée de paysages charmants, comme Heidelberg. Le printemps et l'été ne font pas, cependant venir, plus de quatre-vingt étudiants en médecine, sur les gracieuses rives du Neckar.

Comme je m'étonnais d'un chiffre aussi restreint, il me fut répondu par une considération assez prosaïque, mais qui ne laisse point d'avoir son importance. Heidelberg passe, aux yeux du public des universités, pour une ville aristocratique, où la vie est matériellement d'un prix fort élevé. La haute noblesse envoie de préférence en cette ville ses fils, et c'est ainsi que les étudiants bourgeois, ne pouvant soutenir un ton aussi distingué, s'abstiennent. Ainsi il y a quelques années, l'université comptait au nombre de ses citoyens académiques un fils de M. de Bismark. Je vous donne, monsieur le directeur, cette raison pour ce qu'elle vaut et la répète comme on me l'a répétée.

Le gouvernement badois ne néglige rien, du reste, pour ramener à l'antique université la faveur médicale. Bien que, sur une moins grande échelle, d'importants travaux se terminaient, lors de mon passage à Heidelberg, pour agrandir la Faculté de médecine et lui fournir de spacieux et commodes locaux.

(1) Chiffre indiqué pour le semestre d'été 1875, *in Statistik der deutschen Universitäten*.

A côté du bel institut, destiné à l'enseignement de la chimie, si savamment démontrée par M. le professeur Delffs, s'élève aujourd'hui un riche et commode pavillon, destiné à l'enseignement théorique et pratique de la physiologie.

C'est toujours le même esprit d'ordre et de convenable agencement. L'emplacement avait été judicieusement choisi, bien qu'au cœur de la ville, mais donnant sur une vaste place, et des jardins assez étendus. L'air, le soleil, l'eau, tout cela abonde toujours, et, bien que sur un plan restreint, quand on rapproche cet institut de celui de Strasbourg, il y a là encore de quoi fixer l'attention.

L'étude de la physiologie expérimentale, sous la direction du professeur Kühne et de nombreux docenten, va recevoir là une impulsion nouvelle, et tout à fait semblable à celle qu'elle a reçue depuis longtemps, dans des centres plus fréquentés, comme Vienne, Leipsig, ou Berlin. L'importance que l'on attache à ces études s'est, du reste, traduite par des modifications et des additions dans le programme des examens. C'est un sujet sur lequel j'aurai naturellement occasion de m'étendre plus tard, quand j'aborderai la question de la collation des grades; mais je puis dire de suite que, dans l'examen qui correspond à notre premier examen de doctorat, les exercices de physiologie pratique, la préparation des pièces, les coupes microscopiques, toutes choses qui ne s'apprennent qu'au laboratoire et par un maniement assez longtemps continué, sont exigés.

La Faculté de médecine d'Heidelberg compte quatorze professeurs en titre, dont plusieurs enseignent purement ce que l'on appelle des spécialités. M. le professeur ordinaire O. Becker, occupe une chaire consacrée à l'enseignement de l'ophthalmologie. M. le professeur S. Moos (extraordinaire) fait un cours sur les maladies des oreilles, et consacre son enseignement et ses propres études à l'otologie. C'est un des côtés par lesquels l'enseignement de la médecine en Allemagne se distingue beaucoup de notre enseignement. Les spécialités y sont cultivées avec le plus grand zèle et très-souvent avec un véritable succès parmi les maîtres chargés de l'enseignement officiel. Tel ne sortira pas de l'étude des maladies du système nerveux : il les a étudiées comme docent, comme extraordinaire, comme ordinaire; il les a enseignées en ces trois qualités; ses publications n'ont eu que ce seul objet, son nom s'attache à l'étude de cette seule question. Tel autre ne sort pas du domaine de l'otologie; il s'y retranche, s'y cantonne, y gagne fortune, place et renom. Il est incontestable que c'est à ce principe de la division du travail, à cette réserve qui limite le champ de l'activité scientifique, que l'on doit de voir élucider bien des questions et éclaircir bien des points encore douteux. Cependant, en parcourant nombre d'hôpitaux, en fréquentant journellement nombre de services où affluaient de jeunes médecins allemands, il était facile de remarquer que, chez beaucoup d'entre eux, cette division par trop multipliée du travail, cette limite des recherches à un ordre d'idées particulières, cet isolement intellectuel volontaire dans une spécialité et même dans une division de spécialité, enlevaient toute étendue à l'esprit, toute tendance généralisatrice, toute hauteur de vues, toute curiosité enfin, pour ce qui ne paraissait pas se rapporter directement et actuellement à l'objet de l'étude choisie. Il y a là de véritables lacunes, qui ne peuvent manquer de se traduire par des faits sensibles dans la pratique tout autant que dans la théorie. Cette observation a sans doute été faite en de nombreuses circonstances et par beaucoup d'esprits, mais elle frappe surtout quand on évoque le caractère de notre enseignement français : loin de tomber dans ce travers, nous avons peut-être versé dans l'ornière opposée; et les spécialistes étrangers sont venus occuper dans notre capitale la place à laquelle ni l'enseignement officiel, ni leur goût particulier n'avaient préparé les générations médicales.

L'engouement du public (comment aurait-il manqué chez le plus hospitaliers des peuples?) pour les importations étrangères, pour les personnalités plus ou moins marquantes venues d'outre-Rhin, a fait le reste; et, ainsi s'est trouvée créée une situation, fâcheuse pour notre science française comme pour les intérêts de notre corporation médicale, situation dont il importe plus aujourd'hui de conjurer les effets que de rechercher les causes primordiales. « Messieurs, disait il y a une dizaine d'années, un des plus grands représentants de

notre chirurgie française qui s'était fort occupé des maladies des yeux et devant lequel on parlait de médecins purement ophthalmologistes, une spécialité doit être le dernier mot de la science, si elle n'en est que le premier, c'est du charlatanisme. » C'était là un jugement rigoureux, trop rigoureux sans doute, et il marquait bien le courant général des esprits et leur appréciation à l'endroit de cette question. Ce maître illustre voulait dire par là qu'avant de cultiver une branche spéciale de la médecine, il fallait faire de fortes études sur l'ensemble de l'art et finir seulement par le point que tant d'autres cultivent exclusivement et dès le début. Sa pensée n'était point autre, mais on saisissait facilement, dans sa vive expression, quelque nuance de déplaisir, quelque absence de sympathie.

Notre enseignement gagnerait beaucoup à se rapprocher sur ce point de celui de l'Allemagne. En peu d'années nous aurions, nul n'en doute, un enseignement spécial aussi bien organisé que celui de ses universités, de ses Facultés de médecine, et cette réforme importante, nécessaire, en ouvrant une carrière nouvelle à nombre de travailleurs patients et sagaces, ne diminuerait en nulle façon le chiffre, ne limiterait, de nulle manière, le nombre des esprits qui préfèrent à l'exercice d'une pratique moins restreinte, les études plus étendues, les vues plus générales.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

415. Boyer. Étude sur les embolies veineuses dans les fractures.

416. Rabourdin. Recherches sur les phlegmons du coude.

417. Viault. Étude critique sur la transfusion du sang et sur quelques injections intra-veineuses.

418. Foucart. De la mort subite ou rapide après la thoracocentèse.

419. Poussin. Étude sur le pansement ouaté dans les plaies pénétrantes des articulalions.

420. Mercier. De la syphilis cérébrale tertiaire avec accidents comateux.

421. Schoensal. Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite.

422. Nicolau-Barraqué. Quelques considérations sur le traitement des fractures par enfoncement de la voute du crâne et des abcès consécutifs du cerveau.

423. Tresfort. De l'épistaxis dans ses rapports avec le rhumatisme.

424. Desmaroux. De la longévité dans la phthisie tuberculeuse.

425. Variot. Contribution à l'étude de la dacryoadénite aiguë. (Inflammations de la glande lacrymale.)

426. Courmont. Des opérations applicables au bec-de-lièvre compliqué.

427. Hugues. Des accidents cérebro-spinaux au début de la fièvre typhoïde.

428. Dunogier. Des causes de la chute prématurée ou tardive des ligatures.

429. Périchon. Contribution à l'étude de la réduction en masse dans la hernie étranglée.

430. Rouanet. De la suture des tendons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Mathias Duval, agrégé, est chargé de la suppléance du cours de physiologie, pendant le congé de six mois, demandé par M. le professeur Béclard.

M. Mathias Duval consacrera son cours, à l'étude des propriétés générales du système nerveux, et des fonctions de génération, circulation et nutrition.

Ce cours commencera le mercredi 23 mars à midi, et sera continué les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— *Hôpitaux de Lyon.* — A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Vinay, vient d'être nommé médecin des hôpitaux.

Jeudi, 23 mars, à huit heures du soir, M. le docteur Horand sera installé, en qualité de chirurgien-major de l'Antiquaille.

— *Corps de santé de la marine.* — La démission de son grade, offerte par M. le médecin de deuxième classe Quintard (Théophile-Edgard) a été acceptée.

— Nous ne saurions trop rappeler à l'attention de nos lecteurs, qu'il est très-dangereux de faire un certificat sur papier libre. Il est de toute nécessité d'employer le papier timbré, faute de ce faire, un de nos confrères vient de recevoir de l'administration de l'enregistrement une invitation à payer au fisc la somme de 67 francs 45 centimes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vleminckx, inspecteur général honoraire du service de santé de l'armée belge, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, décédé à Ixelles, le 17 mars 1876, dans sa soixante-seizième année.

— *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur Béhier a repris ses leçons cliniques le lundi 20 mars, à neuf heures et demie. Il les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Les mercredis seront consacrés aux conférences de chimie appliquée à la clinique et aux démonstrations d'anatomie pathologique.

Visite des malades et interrogatoire des élèves, tous les jours à huit heures et demie.

— *Clinique chirurgicale.* — M. le professeur Richet reprend aujourd'hui mardi 21 mars, ses leçons cliniques (service d'été), et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à neuf heures et demie.

— *Cours complémentaire de physique.* — M. Garil, agrégé de la Faculté, a commencé ce cours le lundi 20 mars, à midi, et le continuera les mercredis et vendredis suivants (petit amphithéâtre).

Le professeur traitera: fin de l'optique, vision, étude générale des radiations, acoustique, notions de météorologie et de climatologie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium..........................		
Matières organiques..........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie Dupuy, montagne de la Cour.

Bain Pennès, reconstituant, **stimulant et sédatif des plus efficaces**

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux* contre l'appauvrissement du sang, la chloro-anémie, l'engorgement lymphatique, l'épuisement des forces et les douleurs rhumatismales.

Il remplace les bains alcalins, ferrugineux, iodurés ou sulfureux et même les **bains de mer.**

Nota. *Se garantir des contrefaçons et imitations en exigeant que l'étiquette qui enveloppe le rouleau porte la signature ci-contre, sur laquelle le* TIMBRE DE L'ÉTAT *aura été apposé.* — Prix : 1 fr. 25.

Vente en gros, à la Fabrique, 2, r. de Latran. — **Détail**, à la Pharmacie, rue des Écoles, 49, à Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies et établissements de bains ou d'eaux minérales.

Élixir et Vin de Coca,

de Joseph BAIN, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant. — **Pastilles digestives de coca.** — E. FOURNIER et Cie, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Jaborandi du Dr Coutinho.

« 1° L'emploi du jaborandi est formellement indiqué dans le traitement des *bronchites aiguës* et *chroniques*, de la *bronchorrée*, de *l'emphysème* avec *bronchite, des accès d'asthme et de grippe.*

« 2° Il pourra servir à calmer les accès de suffocation et la dyspnée dans l'asthme et l'emphysème; à enrayer la grippe et les accès d'asthme à leur début.

« 3° Dans le cas de bronchorrée, il servira à tarir momentanément le flux muqueux et à faciliter l'expulsion des mucosités. Antagoniste de l'atropine, il remplira pourtant ici les mêmes effets que celle-ci.

« 4° Par analogie, les laryngites réclameront aussi l'emploi de la sudation : dans un cas d'enrouement subit, au début d'une laryngite observée, nous avons vu la voix revenir peu à peu pendant que s'accomplissaient les effets diaphorétiques du pilocarpus.

« C'est, en un mot, dans les *affections catarrhales aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire* que le jaborandi produit les meilleurs résultats. »

(Extrait de l'ouvrage couronné par l'Institut : *Le Jaborandi*, par M. Robin.)

Le jaborandi du Dr Coutinho se prescrit sous forme d'élixir et de sirop à la dose d'une cuillerée à bouche délayée dans un peu d'eau; chaque cuillerée représente 4 grammes de feuilles de jaborandi.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste au Havre

LE FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide et par conséquent se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux, qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac, et qu'il ne noircit pas les dents. — Le flacon : 5 francs. — Seul dépôt pour la vente en gros et exportation : maison Raoul BRAVAIS et Ce, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra). — Usine à Asnières (Seine). — Maison au Havre.

Pilules Duroy **à l'extrait de sang, — ou Hématiques** —

RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme*. Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, pharmacien lauréat de l'Institut, 10, rue du Faub.-Montmartre, a Paris, et toutes les pharm

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES de PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Vin ferrugineux à la rhubarbe

de Ad. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Toutes les préparations ferrugineuses amènent plus ou moins de la constipation, et c'est pourquoi on ne peut en continuer longtemps l'usage. Le Vin ferrugineux a la rhubarbe de Chine ne présente pas et ne peut présenter ces inconvénients. Il est agréable au goût, et convient dans tous les cas où le fer est indiqué. — 61, boulevard Malesherbes. Paris, et dans toutes les pharmacies.

Véritable jus de bifteck

du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement l'un par l'autre.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot. Laroche

Sirop de digitale de Labélonye

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : pneumonie, catarrhes pulmonaires, asthmes, bronchites nerveuses, coqueluche, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Pilules de Blancard, **approuvées par l'Académie de médecine de Paris.**

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.* Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Dynamomètre de poche

DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOPITAL SAINT-ANTOINE. Observations de déviations et de prolapsus de la matrice traités par l'application de l'anneau-pessaire. — CLINIQUE ODONTOLOGIQUE. De l'éruption tardive des dents permanentes. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le calme a succédé aux orages au sein de l'Académie, mais qui oserait dire quelle en sera la durée ? et qui sait si les lectures qu'elle a entendues hier avec une parfaite placidité ne renferment pas elles-mêmes des germes de discorde ? L'Académie a d'ailleurs plusieurs questions pendantes à vider, qui suffiront pour longtemps encore à entretenir son activité. Jouissons, en attendant, des loisirs qui nous sont faits, pour donner un libre espace aux nombreuses communications qui sont en cours de publication ou qui attendent leur tour.

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. DUMONTPALLIER.

Observations de déviations et de prolapsus de la matrice traités par l'application de l'anneau-pessaire, et suivies de remarques pratiques sur les usages de cet appareil contentif (1).

(Observations recueillies par M. GENY.)

II

OBS. IV. — *Prolapsus. — Laxité du vagin. — Rectocèle et cystocèle. — Augmentation du volume de l'utérus.* — La nommé B..., âgée de quarante-six ans est envoyée à la consultation de M. Dumontpallier en décembre 1875. Elle exerce la pénible profession de marchande au panier, c'est-à-dire que, du matin au soir, elle parcourt les rues en criant les différents poissons qu'elle porte avec elle.

Elle a eu quatre enfants, le dernier il y a un an à peine, l'accouchement a été laborieux, et depuis cette époque la malade est toujours souffrante. Elle n'éprouva pas de trop vives douleurs dans le ventre et dans les reins, mais elle a la sensation d'un poids entre les cuisses. Depuis sa dernière couche elle croit toujours que sa matrice est sur le point de tomber. Lorsqu'elle a marché toute la journée pour son petit commerce, elle sent sa matrice venir faire saillie au dehors des organes génitaux externes. Le matin après le repos de la nuit elle se trouve mieux, elle n'a pas la sensation de poids aussi prononcée, et la matrice ne vient pas faire hernie à l'extérieur. Instinctivement cette femme comprenant que son utérus a besoin d'être soutenu, a pris l'habitude de se garnir pour empêcher la sortie de cet organe.

En examinant la malade sur le lit à spéculum, outre des veines variqueuses qui forment de véritables tumeurs, le long des membres inférieurs, on s'aperçoit que le *plancher périnéal a presque entièrement disparu*. Il y a de plus une laxité du vagin considérable. Le col se présente entre les petites lèvres. Le vagin dans son déplacement a entraîné avec lui les organes qui lui sont contigus. Il y a une cystocèle et une rectocèle, ce que l'on constate facilement à l'aide du cathétérisme vésical et du toucher rectal. En introduisant le doigt dans le rectum on constate encore que l'utérus est très-notablement augmenté de volume.

M. Dumontpallier appliqua immédiatement à cette malade un pessaire du n° 6 (diamètre de l'anneau, six centimètres et quart; épaisseur de la circonférence, 15 millimètres). En descendant du lit d'examen, cette femme, et sans qu'on lui demanda rien sinon comment elle se trouvait, nous dit, *qu'elle se trouvait plus légère*, c'est là l'expression dont nous avons vu maintes fois les malades se servir, pour rendre compte du soulagement immédiat que leur procurait l'emploi de l'anneau-pessaire.

On fit alors aller et venir la malade dans la salle, on lui fit soulever desseaux pleins d'eau, ce qu'elle fit sans difficulté aucune, on la pria alors de descendre dans la cour, pour remonter ensuite. Cette femme qui, avant de venir, ne gravissait que péniblement les escaliers montait assez allégrement les degrés qu'elle avait à franchir. En sortant de l'hôpital on fit à la malade la recommandation de revenir nous voir au bout de huit à quinze jours pour que l'on sut à quoi s'en tenir sur le soulagement qu'on lui avait procuré, mais comme tant d'autres, qui nous avaient fait la promesse de nous donner de leurs nouvelles, elle jugea bon d'oublier le chemin de l'hôpital. Tout porte donc à croire qu'elle se trouvait assez bien pour ne pas revenir réclamer de nouveaux soins.

OBS. V. — *Laxité du vagin ; rétroversion ; pas d'abaissement.* — La nommée B..., âgée de vingt-sept ans, paraissant très-nerveuse se présente à la consultation le 10 décembre 1875. Elle se plaignait de douleurs dans les reins, dans le ventre, de tiraillements dans les cuisses. Il lui était presque impossible de rester assise. Elle avait été obligée de renoncer à son état de couturière, tant il lui était difficile de s'asseoir sans trop souffrir. Elle se plaignait en outre d'un poids qui lui pesait sur le fondement. Les garde-robes étaient devenues très-rares et très-pénibles.

La malade accusait encore des troubles généraux du côté des organes de la digestion et de la circulation, on lui donna alors un billet pour la faire entrer le lendemain dans la salle où on put l'examiner plus complétement.

Elle nous raconta alors qu'elle a eu deux enfants, le premier à dix-neuf ans, et le deuxième deux ans après.

Cette dernière couche eut lieu pendant le siége de Paris, c'est dire que la malade appartenant à une classe peu aisée eut à supporter beaucoup de privations. Elle accoucha à la Maternité, tout se passa

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 mars.

assez régulièrement, mais étant sortie trop tôt de l'hôpital elle fut très-longtemps avant de se rétablir. C'est à cette époque qu'elle fait remonter l'origine des troubles dont il a été question plus haut. Ces temps derniers surtout, son état loin de s'améliorer ne faisait que s'aggraver, elle finit par se décider à venir demander un soulagement à ses souffrances.

En appliquant le spéculum, on constate une laxité considérable du vagin, l'utérus est dans un état de rétroversion complète, le col est tout à fait derrière les pubis. Il n'y a pas d'abaissement, les organes sont sains. A l'aide du doigt indicateur introduit dans le rectum on reconnaît la présence d'une tumeur considérable, qui n'est autre que le corps de l'utérus. On se contente alors de mettre un tampon de ouate avec de l'alun, et l'on dit à la malade de revenir quelque jours après.

Le samedi suivant la malade revient, elle nous dit que le tampon l'avait momentanément soulagée. On lui applique alors un pessaire nº 6, en la priant de revenir au bout de huit jours.

La malade revient le 23 décembre, c'est-à-dire plus de huit jours après l'application de son pessaire.

Depuis ce moment, elle peut travailler, elle peut s'asseoir et se livrer aux travaux de couture qu'elle avait été obligée d'abandonner. Les garde-robes sont devenues plus faciles, bien que la malade soit habituellement constipée. En revenant elle se plaignait de douleurs dans le côté droit, mais un examen fit reconnaître que la douleur était due au gonflement d'un ganglion du pli de l'aine, causé par la présence de quelques vésicules d'herpès sur la grande lèvre droite.

La malade se plaignait aussi de palpitations fréquentes, le soir disait-elle ses jambes enflaient jusqu'au dessous du genou, l'examen du cœur et des urines n'a pu nous faire reconnaître la cause des troubles accusés par la malade.

Pour combattre les troubles digestifs dont elle se plaint, on lui prescrivit les poudres digestives (magnésie, extrait thébaïque). Nous avons revu cette femme dans le courant de janvier et de février de l'année suivante, elle continue à jouir des avantages que lui a procurés l'usage de l'anneau-pessaire.

Dans les cas de rétroversion, très-souvent accompagnés de laxité du vagin, surtout de la paroi postérieure du vagin, l'anneau-pessaire rend aux malades des services incontestables et cela immédiatement après l'application de l'appareil, c'est-à-dire que les malades se sentent immédiatement soulagées, la douleur coccygienne, la sensation de pesanteur éprouvée dans le petit bassin est moins accusée et peu à peu ces accidents disparaissent. Quant aux troubles sympathiques à distance tels que les vertiges, la dyspepsie, la diarrhée, le nervosisme des maladies utérines, ils sont rapidement modifiés lors même que l'on ne prescrit point un traitement général adjuvant, c'est-à-dire les préparations ferrugineuses, les poudres digestives, les bains sulfureux ou l'hydrothérapie. Le maintien des organes dans leurs rapports normaux suffit pour faire disparaître tous les phénomènes morbides sympathiques. Quoi qu'il en soit, il est d'une sage pratique de remplir les indications thérapeutiques fournies par l'état général et spécial de chaque malade, mais la médication adjuvante resterait insuffisante si l'organe souffrant, centre d'où partent tous les états morbides secondaires, n'était d'abord maintenu dans ses supports normaux.

Tout praticien a été souvent à même de constater que des déviations de la matrice, avec ou sans engorgement de cet organe, n'avaient aucune conséquence locale ou générale appréciable pour les femmes qui en sont affectées, mais tout praticien sait aussi que grand nombre de femmes souffrent cruellement et gravement de la moindre déviation organique ou fonctionnelle de l'appareil utérin; et, sans vouloir insister sur l'adage *mulier tota in utero*, nous ne pouvons pas ne pas reconnaître que les déviations utérines ont en général de graves conséquences.

De plus, il est des femmes qui ne souffrent point de la matrice et qui ne soupçonnent même pas qu'elles peuvent être malades de ce côté. Elles se plaignent d'un état nerveux général dont elles ne peuvent se rendre compte, leur caractère est changé, elles ont de la tristesse, de l'anémie et de la dyspepsie et si le médecin examine l'utérus, il constate des catarrhes, des ulcérations, ou une déviation utérine dont les malades ne soupçonnent pas l'existence, parce qu'elles n'en souffrent point. Mais si le médecin modifie favorablement par une intervention thérapeutique locale les différentes lésions de la matrice, la malade, à son grand étonnement, ne tarde pas à voir disparaître tous les troubles qu'elle éprouvait et qui pour le médecin étaient sympathiques de la lésion utérine.

Loin de nous la pensée que tous les troubles de la santé de la femme aient leur cause dans une lésion de la matrice, mais l'expérience prouve qu'il en est souvent ainsi et notre attention doit être sans cesse portée sur un organe qui a une part si importante dans la santé de la femme.

CLINIQUE ODONTOLOGIQUE. — M. E. Magitot.

De l'éruption tardive des dents permanentes (1).

(Observation et leçon recueillies par M. Th. David, étudiant en médecine.)

II

L'évolution du système dentaire comprend, en effet, deux séries successives de phénomènes désignés sous le nom de première et de seconde dentition. A l'une de ces deux périodes peut, il est vrai, s'ajouter une formation supplémentaire comprenant les dents dites *surnuméraires*, mais dont l'apparition est constamment *contemporaine* de la période à laquelle elle correspond. Les dents supplémentaires sont, en outre, le plus souvent reconnaissables à une forme spéciale sur laquelle nous avons insisté ailleurs (2), et leur genèse est due à un processus physiologique particulier qui a été décrit. En dehors de ces anomalies numériques de physionomie et de caractère spéciaux, la loi des *deux dentitions* reste une et invariable. Il faut donc repousser comme apocryphes les récits de *troisième* et de *quatrième* dentition, en leur réservant l'interprétation d'éruptions tardives.

C'est ainsi qu'il faut considérer les faits d'Isabeau (3), de Fauchard (4), d'Hoffmann, de Bartholin et d'autres auteurs (5). C'est surtout, dans les exemples de longévité qu'on a signalé la production de nouvelles dents, caractère en quelque sorte d'un retour à la jeunesse. Les centenaires ont toujours autour d'eux quelques légendes, et parmi elles l'apparition des dents est une des plus communes. Nous ne connaissons, pour notre compte, aucun fait de ce genre qui ait été rigoureusement observé, et, en outre, nous dirons qu'au point de vue physiologique une telle reproduction de dents nous semble inadmissible chez le vieillard. On sait aujourd'hui, en effet, que la genèse du follicule dentaire a pour mécanisme une série d'actes évolutifs ayant pour point de départ soit un bourrelet épithélial embryonnaire (dents temporaires), soit une dérivation du cordon épithélial des dents caduques (dents permanentes); or, chez le vieillard, après la chute totale des dents, les bords alvéolaires sont entièrement dépourvus de toute

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 mars.

(2) Voyez : *Anomalies de nombre*. *Journal d'anatomie* de Ch. Robin, 1875, p. 46.

(3) *Journal de medecine*, 1766, t. XXV.

(4) *Le chirurgien dentiste*, 1777, t. I, p. 328.

(5) Voir les faits signalés dans les recueils suivants : *Éphémérides des curieux de la nature*, deux exemples cités par Menzélius, dont l'un à 110 ans. *Archives générales de médecine*, 1840, un cas analogue.

condition d'une telle évolution. Rien dans la couche muqueuse qui revêt la mâchoire n'est semblable au bourrelet du nouveau-né, et la disparition de toutes les dents ne permet aucune dérivation d'un cordon folliculaire préexistant, tandis qu'il est très-facile d'admettre la persistance, au bord alvéolaire, d'un cordon épithélial resté stationnaire.

Si donc une éruption dentaire vient à apparaître chez un macrobite, le phénomène qui se borne, en général, à la production d'une dent ou de deux au plus, rentrera nécessairement et invariablement dans la catégorie des simples retards d'éruption.

Dans les auteurs modernes, nous trouvons des faits un peu plus démonstratifs. Tels sont ceux qui ont été rapportés par MM. Legendre (1) et Casse (2). Mais, dans ces relations encore, nous aurions voulu trouver plus de rigueur et de précision.

En ce qui nous concerne personnellement, nous avons recueilli, outre l'exemple rapporté plus haut, deux faits de cet ordre.

Le *premier exemple* est celui d'un vieillard de soixante-treize ans, chez lequel on avait signalé la sortie des deux canines supérieures. Leur éruption, extrêmement lente, avait commencé six années auparavant, et, au moment où nous l'examinâmes, les deux dents ne faisaient saillie au dehors que du tiers environ de leur couronne. Leur sortie avait lieu au siége ordinaire, qui, d'après les renseignements précis du sujet, était resté libre depuis la chute des canines temporaires, effectuée dans la jeunesse. Nous prîmes le moulage de la mâchoire. Quant à la mâchoire inférieure, encore garnie de la plupart de ses dents, elle avait été tout à fait normale numériquement.

Le *second* exemple nous fut fourni par une malade du service de Velpeau à la Charité, en 1863. Elle était âgée de soixante-quatre ans et était entrée à l'hôpital pour une affection utérine. Pendant son séjour, il lui survint, à la mâchoire supérieure et au fond de la bouche, une inflammation assez vive qui aboutit à la sortie simultanée de deux molaires d'un volume peu considérable, mais d'une forme régulière. L'éruption des deux dents s'acheva dans l'espace de deux mois. Dans ce nouveau fait, qui fut d'abord considéré par l'illustre chirurgien comme un exemple de dentition tertiaire, il nous fut possible de démontrer, par l'examen des antécédents, que les dents de sagesse n'avaient jamais paru en ce point et que, dès lors, il fallait considérer ce phénomène comme l'éruption tardive de celles-ci.

A ces exemples de dentition tardive survenue chez des individus comme accident tératologique isolé et local, il convient d'ajouter les faits nombreux du même genre qui se produisent consécutivement à des troubles généraux de l'organisation; tel est le cas signalé par M. Trélat (3) chez un individu frappé de nanisme, âgé de dix-huit ans, et d'une taille de 104 centimètres; les dents temporaires étaient toutes persistantes dans dans la bouche, sauf les deux incisives centrales supérieures, et les quatre premières molaires. Cet état correspond à la dentition d'un enfant de sept à huit ans. Ces phénomènes se retrouvent d'ailleurs à des degrés variables, mais d'une façon presque constante, chez les idiots (4), les microcéphales, les rachitiques, etc. Mais, dans ces circonstances, il faut remarquer que c'est généralement toute la dentition qui éprouve un retard proportionnel et non une ou plusieurs pièces isolées.

L'éruption tardive d'une ou de plusieurs dents, lorsqu'elle ne représente qu'un accident local, s'accompagne ordinairement de quelques troubles précurseurs ou concomitants. Ainsi, dans les deux cas de MM. Legendre et Casse, le phénomène avait été précédé de phlegmon et d'abcès, au milieu desquels la dent avait effectué son apparition. Il en avait été à peu près de même dans le fait observé chez Velpeau à la Charité. Le mécanisme de ces retards dans l'évolution des dents est en lui-même insaisissable. Il paraît résulter, ainsi que pour la plupart des anomalies du système dentaire, de troubles plus ou moins profonds dans la nutrition intra-folliculaire. Pour certains cas, cependant, une cause reste appréciable. Ainsi, on a remarqué, par exemple, que la deuxième prémolaire permanente, l'inférieure surtout, présentait souvent cette anomalie. Nous l'attribuons ici à ce que cette dent, apparaissant à la fin de la deuxième dentition, rencontre souvent une place assez restreinte entre la première prémolaire et la première grosse molaire, et cette circonstance, qui entraîne parfois une déviation fréquente de direction, peut aussi amener un notable retard ou même la rétention et l'atrophie du follicule qui reste inclus dans la mâchoire. Cette explication s'applique avec plus de portée encore à la dent de sagesse inférieure, laquelle trouve souvent, comme on sait, entre la base de la branche montante et la deuxième molaire, un emplacement insuffisant ou même nul; mais les accidents si variés que présente cette dernière dent ont des caractères trop spéciaux pour rentrer dans cette étude. Ils feront l'objet d'un entretien ultérieur.

(1) *Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, 1859, p. 165

(2) Même recueil, 1869, p. 84.

(3) *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 1867; séance du 4 juillet.

(4) Voir Bourneville : *Des conditions de la bouche chez les idiots*, *Journal des connaissances médicales*, 1862 et 1863.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Vienne, pendant l'année 1875. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail manuscrit ayant pour titre : *Considérations sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre jaune*, par M. le docteur d'Aquino Fonseca (de Pernambuco), Brésil. (Commis. : MM. Fauvel, Hérard, Moutard Martin.)

2° Une lettre du même auteur qui se porte candidat au titre de membre correspondant étranger. (Renvoi à la commission.)

3° Une lettre de Mme veuve Ségalas accompagnant l'envoi du buste de son mari.

PRÉSENTATIONS

M. CHATIN présente au nom de M. le docteur Ch. Brame (de Tours), une brochure intitulée : *Quelques traits de l'histoire physico-chimique et naturelle de l'eau.*

M. CHAUFFARD présente au nom de M. le docteur Paul Triaire, un volume ayant pour titre : *Conférences populaires sur l'hygiène morale et physique des classes ouvrières.*

M. BÉCLARD présente : 1° au nom de M. le docteur Léon Colin, une brochure intitulée : *Diapédèse des leucocytes chez l'homme, sa démonstration anatomo-pathologique*; 2° au nom de MM. Lavocat et Arloing, une brochure intitulée : *Recherches sur l'anatomie et la pathologie des muscles striés, pâles et foncés.*

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL mentionne enfin une lettre de M. le docteur Debout d'Estrée, qui contient la rectification suivante

aux conclusions du mémoire sur l'étiologie de la gravelle, qu'il a lu dans la séance du 7 mars.

Sur 1,028 cas de gravelle urique, la cause principale établie dans 583 observations, a été la suivante :

Hérédité	191
Troubles des fonctions digestives	160
Excès d'alimentation	101
Défaut d'exercice, vie sédentaire	95
Émotions morales violentes	35
Traumatisme de la région rénale	1
	583

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre associé national. La commission d'élection portait *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Chauveau, Favre, Leudet et Roux. Sur 68 votants, majorité 35.

MM. Chauveau obtient	55	suffrages.
Leudet —	6	—
Roux —	3	—
Favre —	2	—
Decroix —	1	—
Bulletin blanc	1	—

En conséquence M. Chauveau est proclamé élu.

RAPPORTS

M. J. LE FORT lit une série de rapports officiels sur les eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Troubles circulatoires du fond de l'œil dans les lésions traumatiques du cerveau. — M. GIRAUD-TEULON, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Dolbeau et Marrotte, lit un rapport sur un mémoire lu à l'Académie dans la séance du 22 février 1876, par M. le docteur Panas, intitulé : *Contributions à l'étude des troubles circulatoires visibles à l'ophthalmoscope dans les lésions traumatiques du cerveau.*

La relation qui existe entre certaines affections cérébrales et les troubles circulatoires du fond de l'œil, visibles à l'ophthalmoscope, dit M. Panas, est aujourd'hui bien connue des médecins. Les lésions de la rétine et du nerf optique, qui, comme nous le verrons, accompagnent souvent les lésions traumatiques du cerveau semblent, au contraire, avoir échappé aux investigations des chirurgiens.

L'objet de la communication de M. Panas est de contribuer à combler cette lacune de la science, d'étendre à la pathologie chirurgicale du cerveau les conquêtes qui semblent acquises à la pathologie médicale.

M. le rapporteur analyse avec détail les observations contenues dans le travail de M. Panas, et en particulier une observation de fracture de la base du crâne avec compression, suivie promptement de mort.

Puis il résume en ces termes la longue discussion qu'il a engagée à ce sujet :

On voit dans l'une des observations de M. Panas (celle qui a été plus particulièrement l'objet de l'examen de M. le rapporteur), que, malgré la présence d'une fracture étendue de la base du crâne, d'une compression du cerveau devenue promptement mortelle, les phénomènes de la stase papillaire faisaient défaut à la mort du malade, survenue le troisième jour. L'unique fait constaté était la seule turgescence des veines rétiniennes, qu'un simple épanchement borné à l'intérieur de l'orbite est apte à produire. Le diagnostic différentiel entre la contusion et la commotion cérébrale, ne pouvait donc être emprunté dans ce cas à la seule observation ophthalmoscopique.

On voit d'ailleurs dans cette observation, que la stase papillaire est tout à fait distincte de la lésion cérébrale elle-même; c'est un phénomène exclusivement d'ordre physique, un fait qu'on pourrait appeler *manométrique*.

Nous pouvons donc, ajoute M. le rapporteur, approuver M. Panas et nous joindre à lui lorsqu'il dit : « La stase papillaire ne peut être considérée comme se rattachant à telle variété de traumatisme du cerveau plutôt qu'à telle autre; et il n'est pas permis de juger d'après elle de la gravité de la lésion. Tout ce qu'on peut affirmer, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est que la stase papillaire indique la présence d'un liquide épanché dans les méninges.

Cette conclusion de l'observation chirurgicale est celle même fournie par les recherches d'ordre médical et formulée déjà dans les termes suivants :

« Le gonflement du nerf optique par stase veineuse peut accompagner toutes les maladies cérébrales qui augmentent la pression intra-crânienne, hydropisie, tumeurs, etc. »

La localisation de la maladie cérébrale par la simple image ophthalmoscopique (sans autres symptômes), est donc presque toujours impossible; d'après ce que nous venons de dire, on peut en tirer quelquefois des conclusions sur la nature de la maladie, mais pas toujours.

Le seul cas dans lequel on peut avoir une certitude sur la nature de la maladie cérébrale, c'est quand on trouve des tubercules dans la choroïde. Alors on a le droit de diagnostiquer, d'après le seul examen ophthalmoscopique une méningite tuberculeuse.

En insistant, comme nous le faisons, sur la limitation que les faits sainement interprétés imposent aux arrêts demandés à l'investigation ophthalmoscopique, nous n'avons pas la moindre intention de détourner les pathologistes de l'emploi de cette merveilleuse méthode. Personne ne déplore, au contraire, plus que nous l'extrême rareté de son application dans notre pays. C'est précisément pour assurer et étendre cet emploi que nous avons hâte de nous élever contre les interprétations excessives qui pourraient lui être prêtées. Rien ne serait plus propre à frapper de discrédit une méthode d'observation aussi précieuse, que de lui faire dire plus que ne l'expriment ses propres témoignages.

A ce point de vue, nous nous plaisons à rendre une entière justice au travail de M. Panas. En joignant ses observations aux acquisitions déjà faites par l'anatomo-pathologie médicale comparée du cerveau et de l'œil, on s'assure la possession d'une loi positive de pathogénie, et la première qui soit désormais fondée en cette matière. Ainsi se voient acquis à la science l'existence et le rôle de la canalisation lymphatique qui relie, en pathogénie comme en anatomie, les cavités crânienne et oculaire, le mécanisme qui donne naissance à la fausse névrite ou stase papillaire, et précise les différences qui la séparent de la névrite vraie ou inflammatoire.

M. le rapporteur propose, pour conclusion, d'adresser à l'auteur des remerciments pour son utile et intéressante communication, et de le renvoyer à la section de pathologie chirurgicale.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. BRIQUET continue la lecture du rapport officiel sur les épidémies pour l'année 1874.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 décembre 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

M. DELASIAUVE continue son allocution en ces termes :

Esquirol définit le dément : un riche qui conserve des débris de son ancienne opulence. Son état, indice d'une dégénérescence encéphalique, consiste dans un affaiblissement, d'ordinaire incurable, des facultés mentales. Les sensations moins vives rendent les perceptions confuses. La mémoire ne fournit plus au jugement et à l'imagination que des éléments incomplets. Les souvenirs s'effacent, le passé disparaît, l'avenir est fermé; il ne reste qu'un présent précaire, et si, à cette nullité morale se joint d'aventure une agitation plus ou moins intense, celle-ci due à une complication irritative, se distingue aisément, par son uniformité et son automatisme, de l'activité désordonnée de la manie.

Une variété *sui generis* a reçu le nom de paralysie générale, ayant

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 mars.

pour double caractère la détérioration concomitante, graduelle et presque fatidique des facultés mentales et des forces musculaires. On s'accorde à lui assigner pour siége les couches péri-encéphaliques, les uns attribuant la lésion à un état congestionnel, les autres hésitant à se prononcer sur la nature du désordre organique.

A côté de la perversion et de la débilité, l'embarras. Cette seule énonciation résume la différence qui sépare la stupidité et de la manie et de la démence, non que parfois elle ne coexiste avec la dernière, se substitue ou alterne avec la première, l'encéphale d'une part, pouvant être à la fois opprimé et altéré, et de l'autre, la diminution de la compression étant susceptible de dégénérer en excitation, comme réciproquement, cette excitation d'amener une fluxion sanguine propice à la formation de l'engourdissement cérébral. On n'en envisageait que les degrés extrêmes, où le travail de la pensée se réduisait à quelques perceptions obscures, sans traduction extérieure. Un peu de réflexion nous fit bientôt comprendre qu'on ne devait pas avoir toujours affaire à des ténèbres aussi épaisses, et que leur décroissance proportionnelle, impliquait des diversités de folies induement casées dans des catégories reconnues. La vérification ne se fit pas attendre. Dans la pluralité des cas, les délires épileptique et hystérique, la folie ébrieuse ou saturnine, celle consécutive aux fièvres intermittentes et typhoïde, la manie dite puerpérale, d'autres anomalies occasionnées par des substances toxiques, nous ont paru dépendre d'une obtusion plus ou moins accusée. Comme dans la manie, le lien des idées n'est point brisé, il y a des souvenirs conscients, mais l'enchaînement en est lent, pénible, et le langage, même lorsque ne sévit point l'action morbide, se borne à de brèves réponses dépourvues d'initiative. La physionomie sombre et inquiète, témoigne de cette torpeur. Les symptômes psychiques ont, de plus, un cachet spécial. En partie conceptifs et hallucinatoires, ils naissent fortuitement, se multiplient et s'imposent d'autant plus à la croyance que le discernement est moins capable d'en saisir la fausseté; de là cette systématisation avortée, changeante, d'où procèdent ces scènes étranges, non toujours exemptes de périls, signalées par les observateurs. Il y a donc là des traits distinctifs évidents. Chez le maniaque, ni cohésion, ni suite, ni intermittences, peu ou point d'hallucinations. Le stupide reflète le vrai et le faux, raisonnant juste avec les sensations et les souvenirs vrais cédant de même aux impulsions, aux perceptions et aux conceptions maladives dans la mesure limitée de sa clairvoyance. Tanquerel des Planches, à propos du délire saturnin, M. Moreau (de Tours) relativement à la fascination causée par le haschish, ont constaté ce contraste. Pour notre collègue, l'aliéné semblerait appartenir à un double monde : fantastique et réel. On sent, au triple point de vue de la séméiologie, du pronostic et du traitement, quels changements considérables une telle perspective apporte à la nomenclature.

Quant aux aliénations du second ordre, c'est-à-dire à celles où, signe pathognomonique, la faculté syllogistique demeure au moins en puissance, nous avons, d'accord en cela avec Ferrus, qui trouvait impropres les termes de monomanie et de lypémanie d'Esquirol, éludé la question du nombre, la distinction résidant non dans la quantité ou la complexité des aberrations, mais dans leur origine et leur nature. Chaque cas pour nous n'avait d'analogue que lui-même. Aussi n'avons-nous admis, pour la facilité de l'étude, qu'une sous-division ordinale, basée sur les affinités ou la prédominance des impressions, des idées ou des sentiments mis en jeu : délire perceptif (illusions et hallucinations); délire moral, délire affectif, délire instinctif ou impulsif, perversions, monomanie, homicide, suicide, etc.

Nous avions la conviction de notre critérium. Nous ne nous en sommes point départi. Cependant il est rare que, d'un bond, échappant aux préventions régnantes, on découvre les dernières conséquences. Notre conception ne s'est point affermie sans vicissitudes. M. Baillarger venait de produire sa mélancolie avec stupeur. L'attention alors était fixée sur la lypémanie. Que l'accablement, si caractéristique, dont s'accompagne cette forme mentale, provint de l'oppression exercée sur le moral par les terreurs ou le désespoir, nul ne le mettait en doute; nous partagions l'opinion commune. Mais fallait-il, supprimant la stupidité, l'y rattacher, à titre de variété spéciale? Le besoin de résoudre ce problème nous fait entreprendre un long travail sur le *diagnostic différentiel de la lypémanie*.

Pour justifier sa double appellation, M. Baillarger, s'étayant d'un parallèle minutieux, faisait valoir l'agitation intérieure, de nature triste ou effrayante, qui prouvait la mélancolie, et la complication stupide, qui tranchait avec la lypémanie franche. Georget, Ferrus, M. E. Demazy, avaient noté les mêmes symptômes et les avaient interprétés autrement. Il nous fut aisé, nous emparant des raisons mêmes de notre collègue, de montrer que, dans les cas qu'il avait analysés, la prostration intellectuelle était le fait essentiel, constant, dominant, à l'inverse des sensations accidentelles qui, disparates, fugitives, sans consistance et sans portée, présentaient un caractère tout passif. Les observations nombreuses, servant de base à notre discussion, formaient trois catégories : stupidités, lypémanies, cas incertains ou mixtes.

M. Baillarger répondit, en s'adjugeant nos derniers exemples. C'était une concession, puisqu'il s'écartait de la lypémanie; une aggravation, puisqu'il en élargissait le cadre. Nous répliquâmes à notre tour et conclûmes :

Que la stupidité était chose réelle; que les phénomènes attribués par M. Baillarger à une activité de l'imagination, vagues et intercurents, avaient une signification contraire; qu'enfin, si entre nous il y avait un terrain d'entente, c'était d'harmoniser sa conclusion à ses prémisses et de renverser les termes, c'est-à-dire d'agrandir le cercle de la stupidité aux dépens de la lypémanie.

Le pas était saillant, le déplacement grave, car il aboutissait à transporter une foule de délires, réputés partiels, dans l'ordre des délires généraux.

Mais nous allions franchir une autre étape non moins décisive. En 1858, à Aix en Provence, un séminariste, R..., transperça avec une épée le cou d'un camarade endormi. Examiné par des spécialités compétentes, à la prison d'abord, puis aux asiles de Marseille et de Montpellier, où il fut successivement transféré, chacune des commissions, eu égard à la perturbation mentale, conclut à l'irresponsabilité du meurtrier. Néanmoins, touchant l'espèce morbide, les opinions ne sont point univoques. Où les uns voient une monomanie, les autres inclinent pour un délire général. Ceux-ci le supposent guéri, ceux-là croient à une simple rémittence. Dans ses interrogatoires aux débats, point de traces de folie. L'inculpé n'a qu'un vague ressentiment de l'acte accompli. Il a été entraîné, il a agi sans conscience. Le président des assises, s'armant de ces incertitudes, recommande aux jurés de ne pas s'en fier aux médecins d'asiles, qui voient la folie partout. Un verdict, en effet, est rendu, et R... condamné, grâce aux circonstances atténuantes, à quinze mois d'emprisonnement.

Les prérogatives de la science ont été méconnues. En publiant leurs rapports pour les revendiquer, nos confrères ont pensé ne pas offenser la majesté de la justice. Pour combien leurs plaintes sont-elles fondées? Si le jury s'est mépris, ont-ils eux-mêmes éclairé la situation d'une suffisante lumière?

Trop grave était la circonstance pour que nous n'essayions pas de pénétrer le double secret, et des oscillations médicales, et du fâcheux désaccord entre la magistrature et la science. Nous écartons d'abord le délire général, dont il n'existe aucune trace. Mais, sujet de perplexités, si la folie partielle est évidente, on n'y rencontre point les traits sous lesquels on se la figure habituellement. Le tableau des symptômes ne trahit ni idées fixes, ni pseudo-perceptions, ni rien qui ressemble à une systématisation déterminée. Pous nous édifier sur ce cas intéressant, nous adoptons le seul parti rationnel, en suivre anxieusement l'évolution. Bientôt, en effet, les nuages se dissipent et notre classification en reçoit une consécration nouvelle.

Dans une de ses plus belles fables « *La laitière et le pot au lait* », La Fontaine finit par la moralité suivante :

Qui de nous ne bat la campagne?
Qui ne fait châteaux en Espagne,
Pichrocole, Pyrrhus, la laitière, enfin tous,
Autant les sages que les fous?
Une flatteuse erreur emporte alors nos âmes,
Tous les biens du monde sont à nous,
Tous les honneurs, toutes les femmes.
Quand je suis seul, je fais au plus brave un défi.
Je m'écarte et je vais détrôner le muphti.

On m'élit roi, mon peuple m'aime,
Les diadêmes vont sur ma tête pleuvant.
Quelqu'accident fait-il que je rentre en moi-même;
Je redeviens Grosjean comme devant.

Qu'on se représente, sous une forme morbide et souvent dangereuse, une de ces rêveries de la veille, on aura le calque des scènes qui se sont jouées dans l'imagination de R.... Les accidents remontaient à plusieurs mois. Il suivait, comme de coutume, ses exercices et ses études. Si l'on eut soupçonné son état, on eut pu le deviner à certaines distractions qui, de plus en plus rapprochées, se renouvelèrent fréquemment dans les derniers jours. Elles le surprenaient dans la solitude, la nuit, à table, à l'église. La tête alors était lourde et comme enserrée dans un étau. Les pensées les plus bizarres montaient comme un flot et se croisaient dans sa tête. Au réveil spontané ou provoqué par une diversion, rendu à lui-même, il s'effrayait de cette tourmente et de ses conséquences possibles. Sa foi s'exaltait et s'éteignait; il rêvait une grande destinée, des sacrifices sublimes, ou tombait dans l'abîme du désespoir. Tantôt assailli de vains scrupules, il incriminait les circonstances les plus indifférentes de sa vie. D'autres fois, le séminaire lui apparaissait un port de salut ou un lieu de torture. L'image de la mort l'épouvantait ou l'attirait tour à tour. Son confesseur, à qui il s'était ouvert de son trouble, le reconfortait par de sages mais inutiles exhortations. Parmi ses tendances mystiques, quelques-unes le portaient à se rapprocher de certains de ses camarades, à s'unir intimement avec eux, pour s'élever au plus haut degré de la perfection chrétienne. A peu de jours de la catastrophe, son choix s'était arrêté sur celui qui devait être sa victime. Il le voyait dans ses colloques, il lui exprimait son affection, ses désirs, ses espérances. Puis ses idées prennent une tournure grave. On va le poursuivre, le chasser; il est menacé de perdre l'ami sans lequel il ne peut vivre; un autre jouira des faveurs de son entretien. Cette appréhension l'exalte, et pour conjurer une telle trahison, il conçoit le dessein de l'immoler. A cet effet, il se procure une épée, qu'il cache. Ce projet l'obsède; il l'abandonne, l'oublie et le reprend vingt fois, jusqu'à ce qu'enfin il l'exécute au milieu de la nuit. Le matin, après plusieurs heures passées dans les jardins, il se livre aux autorités, déclarant avoir, sans conscience, été subjugué par une force supérieure à sa volonté.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV

Nous n'ignorons pas que plusieurs des agrégés de notre Faculté, plusieurs chirurgiens et médecins des hôpitaux, cultivent et enseignent avec distinction certaines branches de l'art médical. Les traités de MM. Duplay et Tillaux, résument d'une façon très-nette, en particulier les maladies des oreilles, et l'on sait que ces deux chirurgiens distingués s'occupent avec succès d'otologie. M. Isambert a fait de même, comme chargé de cours spécial, d'intéressantes leçons sur la laryngoscopie. Sans doute cela est beaucoup, mais il faudrait peut-être un peu plus pour généraliser ces études en particulier et d'autres du même genre. Nous pouvons citer, chemin faisant, telle Faculté de médecine allemande où il se fait jusqu'à sept à huit cours particuliers de docenten sur les maladies des oreilles par exemple, sans compter l'enseignement dit officiel.

Si l'existence de chaires destinées à l'enseignement d'une branche spéciale de la pathologie, telle que l'ophthalmologie, est vraiment digne de toute approbation, on doit dire qu'en revanche, nombre d'universités sont privées de chaires qui répondent elles aussi à de non moins pressantes nécessités. Heidelberg est dans ce cas. Sa Faculté de médecine n'a point de chaire pour l'enseignement de l'hygiène, de la médecine légale, de l'histoire de la médecine. L'absence d'une chaire d'hygiène est fort sentie; et, j'ai entendu, à ce sujet, formuler des regrets que les chambres badoises feront peut-être cesser dans un temps prochain, en votant les crédits nécessaires pour la création d'une chaire destinée à cet enseignement. Dans les Facultés de second ordre, on ne trouve donc point cette unité, cet ensemble indispensable pour que des études s'achèvent tout entières dans le sein du même établissement. Nous avons d'ailleurs pris soin de faire remarquer que la vie de l'étudiant allemand est aujourd'hui encore assez nomade, c'est-à-dire que dans le cours de sa vie universitaire, il fréquente incessamment plusieurs universités; que souvent même, dans la même année, il a été inscrit comme citoyen académique sur les registres de deux Facultés. Il peut donc chercher ailleurs ce qu'il ne trouve point là.

Mutatis mutandis, ce que nous venons de dire d'Heidelberg s'applique à Fribourg-en-Brisgau; Fribourg est comme Heidelberg, une petite ville de vingt à vingt-cinq mille âmes. Ancienne capitale du Brisgau qui appartint pendant près de cinq cents ans à l'Autriche, elle fait partie depuis 1805 du grand duché de Bade. Son université fut fondée en 1457; elle ne réunit que trois cents étudiants environ pour ses diverses Facultés. La Faculté de médecine en revendique pour sa part cent vingt à peu près; quoique ce chiffre soit un peu plus élevé que celui des étudiants d'Heidelberg, il ne convient point pour être juste de hausser tout à fait Fribourg au rang de sa voisine.

L'université de l'ancienne capitale du Brisgau est une université à peu près locale. Elle n'est guère fréquentée que par les Badois et quelques Suisses, qui préfèrent cet enseignement à celui qu'ils trouvent dans les universités de leur pays, bien que les Facultés de médecine de Zurich et de Berne soient certainement plus importantes et surtout plus fréquentées que Fribourg.

Il ne sera peut-être point indifférent de jeter, à ce sujet, un coup d'œil très-rapide, du reste, sur les universités de la Suisse. Nous mettons de suite de côté la nouvelle université de Genève, française d'allures, de langage, de tendances, où plusieurs de nos compatriotes comptent parmi les maîtres les plus distingués, et qui ne fait point partie du groupe que les Allemands rattachent à leurs universités. A Genève, du reste, la Faculté de médecine achève à peine son organisation.

Les universités de la Suisse, dite allemande, siégent à Bâle, à Berne et à Zurich. Une seule a quelque ancienneté, c'est celle de Bâle, qui date de 1460; c'est aussi la moins importante : on y compte deux cents à deux cent vingt étudiants dont soixante-dix en médecine seulement. Le nombre de ses professeurs, tant ordinaires qu'extraordinaires, s'élève à dix, avec quelques docenten.

Les deux autres universités de Berne et de Zurich sont de création toute récente : la première fut fondée en 1836 et la seconde en 1832. La Faculté de médecine de Berne est fréquentée par cent soixante étudiants : elle a quinze professeurs et une douzaine de docenten environ : elle a des chaires d'ophthalmologie, d'hygiène, de médecine légale; un de ses professeurs extraordinaires enseigne la psychiatrie; un autre les maladies des enfants.

La Faculté de médecine de Zurich est de beaucoup la plus importante : elle compte cent quatre-vingt-dix étudiants. M. Frey y enseigne l'histologie, et plusieurs des professeurs, qui honorent aujourd'hui les universités allemandes, y ont séjourné : tel M. Billroth qui y fut docent, puis professeur extraordinaire. On n'ignore pas du reste que les universités suisses, annexées pour ainsi dire au haut enseignement allemand, sont appelées à fournir outre-Rhin, et à recevoir d'outre-Rhin des maîtres. Une communauté de langage et d'organisation les unit aux universités germaniques, et ces villes, où l'on parle ce mauvais allemand qui fait sourire en Saxe ou en Prusse, ont donné quelques maîtres éminents à leurs puissants voisins. M. Kœlliker, entre autres, est zurichois.

Quoi qu'il en soit et sans plus insister, un certain nombre de jeunes suisses viennent à Fribourg et cet élément étranger ne donne pas une grande importance à la Faculté. Celle-ci ne compte que neuf professeurs ordinaires et deux extraordinaires. MM. Ecker et Feinke y enseignent l'anatomie et la physiologie avec distinction. M. Manz occupe la chaire de clinique ophthalmologique. Les maladies mentales, l'hygiène, les maladies des enfants, la médecine légale, ne sont enseignées que par les docenten.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 mars.

Le plus connu des maîtres qui résident dans cette Faculté est M. le professeur Kussmaul, qui occupe une chaire de clinique interne.

La belle méthode proposée par le professeur Kussmaul, dans les affections catarrhales chroniques de l'estomac, est universellement répandue dans les hôpitaux d'Allemagne, et nous l'avons vue plus d'une fois employée dans ceux de Paris. Depuis 1869, époque à laquelle le professeur de Fribourg publia ses premières observations, l'emploi de la pompe gastrique s'est rapidement vulgarisé. En 1872 et en 1873, dans les services de MM. Oulmont (1) et Reynaud, quelques malades furent traités de cette sorte, sous nos yeux, avec un plein succès. A l'hôpital général de Munich, dans le service de M. le professeur de Ziemssen, nous avons eu occasion de voir appliquer le même traitement et avec le même succès. Le cas pouvant intéresser quelques-uns des lecteurs de la *Gazette*, permettez-moi de le rapporter avec quelque détail.

Il s'agit d'un capitaine en retraite de l'armée bavaroise, âgé de soixante-trois ans, et souffrant de l'estomac depuis l'âge de trente ans. A cette époque cet homme fut traité d'une gastrite catarrhale chronique survenue sous l'influence de causes assez peu clairement indiquées. Cet état, après s'être amendé sous l'influence d'une alimentation légère et appropriée, reparut avec une nouvelle intensité, bien que le malade se garda, à son dire, de toute habitude de boisson. Il prétend même n'avoir jamais été ce qu'on appelle un fort mangeur, et, n'avoir jamais fait usage de préparations médicamenteuses, mercurielles ou autres, susceptibles d'agir sur l'estomac.

Bref, cet état se prolongea avec le caractère de chronicité qui lui est propre, offrant de nombreuses oscillations en bien ou en mal, et finissant enfin par amener un amaigrissement et une dépression inquiétantes. Bientôt à la lenteur extrême des digestions, à la formation considérable de gaz, et à tout le cortége des accidents qui accompagnaient cet état, palpitations, baillements, éructations, distension mécanique de l'estomac avec douleurs épigastriques, vinrent se joindre les vomissements alimentaires et non alimentaires. Enfin, et comme pour clore la série de ces accidents, le malade eut des vomissements sanguinolents, et dans cette situation, il vint consulter le professeur de Ziemssen.

M. de Ziemssen diagnostique une gastrite chronique catarrhale avec insuffisance complète de tonicité et de contractilité musculaires, dilatation stomacale considérable, et ulcération pylorique simple. A l'examen l'estomac remplit tout l'hypocondre et descend de deux ou trois travers de doigt au-dessous d'une ligne passant horizontalement par l'ombilic. En dehors de toute ingestion alimentaire il est distendu par une accumulation de gaz et de mucus, révélée par la percussion et la succession. Pendant les digestions, ou quand on fait ingérer au malade un ou deux verres d'eau chargée d'acide carbonique, l'estomac prend alors un développement bien plus considérable encore, il s'étend jusque dans la fosse iliaque droite, jusqu'au pubis en bas et recouvre ainsi toute la masse intestinale, en remplissant, pour ainsi dire, tout l'abdomen et en soulevant les parties antérieures.

M. de Ziemssen pratique pendant quinze jours, tous les matins, l'évacuation artificielle de l'estomac, au moyen de la pompe Kussmaul (en faisant opérer au piston, un léger mouvement de rotation sur lui-même, on fait à volonté et sans déplacer en rien la sonde ou la pompe, l'injection ou l'évacuation). Il retire d'abord un liquide fortement acide, roussâtre, contenant des globules sanguins en suspension, et une assez forte proportion de mucus; puis, il opère un lavage consécutif de l'organe avec de l'eau pure, qu'il reprend, puis qu'il remplace par une solution de soude ou par de l'eau de Vichy : ce dernier liquide est laissé pendant cinq minutes dans l'organe, puis enfin retiré.

L'alimentation consiste en des viandes saignantes ou crues. Ce traitement continué pendant un mois, amène un soulagement notable. Les digestions se font avec moins de douleur et de difficulté; la secrétion muqueuse diminue; les vomissements cessent. Cependant les couches musculaires ne recouvrent pas leur contractilité, et l'estomac demeure toujours facilement dilatable, surtout quand pour la démonstration ou l'examen, on fait boire au malade de l'eau fortement gazeuse. Au bout de cinq semaines, le malade ne se présente plus à l'hôpital général que tous les deux jours, et se déclare pleinement satisfait de son amélioration. Le malade n'habitant pas l'hôpital, et paraissant appartenir plutôt à la clientèle de ville de M. le professeur de Ziemssen, on n'avait point vérifié, par la pesée, l'augmentation de poids que M. Kussmaul avait eu soin de donner à l'appui de ses observations, mais l'effet du traitement ne paraissait pas douteux, tant par l'examen local que par l'aspect général du malade.

(1) Dans un cas, chez un homme de quarante ans, déménageur et alcoolique de profession, il existait une dilatation assez considérable de l'estomac avec hypersécrétion muqueuse, absence presque complète des mouvements musculaires, d'où accumulation de gaz et de liquides, et séjour prolongé des aliments. M. le docteur Leven, qui faisait alors des recherches sur ce sujet et à qui M. Oulmont avait obligeamment cédé ce malade, pratiqua pendant un mois et demi l'évacuation artificielle de l'estomac et son lavage avec de l'eau de Vichy au moyen de la pompe gastrique, et, au bout de ce temps, le malade quitta l'hopital dans un état satisfaisant, digérant pain et viande, c'est-à-dire les albuminoïdes, malgré la présence des substances amylacées.

La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Dumas, membre de l'Institut, le dimanche 26 mars, à quatre heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'encouragement, rue de Rennes, n° 44.

Ordre du jour : 1° rapport sommaire sur la situation de l'œuvre, par M. Lunier; — 2° rapports sur les prix à décerner en 1876, par MM. Motet et Riant; — 3° rapport sur les récompenses à décerner en 1876, par M. le docteur Rotureau.

— *Errata.*— Dans le numéro du 9 mars, plusieurs fautes se sont glissées dans l'allocution de M. Delasiauve, voici comment il faut les rectifier :

1re colonne, ligne 19 : *chacune*, lisez *chacun*. — 2e colonne, ligne 14 : *développement*, lisez *dédoublement*. — 3e colonne, ligne 11 : *anse*, lisez *issue*. — 3e colonne, ligne 20 : *perfectionnement*, lisez *fonctionnement*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 36. — SAMEDI 25 MARS 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 25 MARS 1876. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Inauguration du cours de clinique médicale à l'hôpital Necker.

La semaine qui vient de s'écouler a vu s'opérer, sans presque aucune interruption et de la manière la plus calme du monde, le passage du semestre d'hiver au semestre d'été — et cela, soit dit en passant, par une température de 0 degré. Nous aurions eu à peine quelques raisons d'indiquer cette transition, d'autant qu'elle n'amène en réalité chaque année aucun changement bien notable dans l'ordre des cours de clinique, qui seuls nous intéressent ici, si nous n'avions eu, à cette occasion, à signaler l'inauguration du cours de clinique médicale à l'hôpital Necker.

Inauguration est un mot un peu bien solennel peut-être pour rendre exactement ce fait, et celui d'installation répondrait mieux au sans-façon avec lequel les choses se sont passées. Il ne s'agissait, en réalité, pour le service de clinique, que d'une simple translation d'un hôpital à un autre, et pour le professeur, que d'une mutation de chaire. Rien donc jusque-là de bien marquant. Cependant cette translation n'est pas sans avoir une signification de quelque importance, et c'est ce que nous ne voulions pas laisser passer sans le signaler. Ce n'est, paraît-il, qu'un premier pas fait dans la voie des développements que l'on entend donner à l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris. Cette chaire de clinique médicale devra avoir, dans un avenir prochain, son pendant pour la chirurgie. On sait que l'hôpital Necker est déjà le siége de l'un des cours complémentaires destinés eux-mêmes à être augmentés en nombre et en importance. Voilà donc un hôpital, qui avait déjà son histoire comme foyer d'étude et d'enseignement libre, qui va devenir un nouveau centre scientifique officiel. Nous tenions tout d'abord à constater ce fait et à saluer l'avenir des cliniques de Necker.

Quant au nouveau titulaire de la chaire de clinique médicale, nous n'avons ni à le présenter, ni à le faire connaître aux lecteurs de la *Gazette*. M. Hardy, rompu depuis longtemps à la didactique, a donné assez de gages et dans sa chaire de pathologie à la Faculté et dans son enseignement libre si suivi à l'hôpital Saint-Louis, pour que nous puissions nous dispenser de dire ce que l'on peut attendre de lui dans sa nouvelle chaire.

Dans la première leçon qu'il a faite samedi dernier, il a, comme pour mieux marquer la transition, exposé devant son auditoire les différences de la pathologie et de la clinique; et comparant sa propre situation à celle des élèves qui passent de la période des études théoriques à celles des études pratiques, il a montré par divers exemples, combien l'enseignement de la pathologie, dans laquelle la maladie est envisagée d'après un type abstrait et complet, diffère de la clinique, qui, au lieu d'espèces déterminées et nettement circonscrites d'après ce type de convention, ne montre le plus souvent à l'observateur que des individualités plus ou moins diverses entre elles et présentant rarement le tableau complet tracé par le pathologiste; mais il a montré aussi combien ce premier enseignement est une préparation et une initiation utile à l'observation de la nature et à la pratique de la médecine. Tout cela est parfaitement correct.

En allant un peu au fond des choses, on aurait pu voir aussi dans cet exposé comme un essai de justification de cet usage, qui tend à s'établir de plus en plus dans les traditions de la Faculté, de ne considérer en quelque sorte certaines chaires, et particulièrement celles de pathologie médicale et chirurgicale, que comme un passage ayant une issue toujours ouverte sur une chaire de clinique, qui semble ainsi devenir le point de mire et l'objet des ambitions de tout professeur le jour où il monte les premiers degrés d'une chaire quelconque.

Nous sommes loin de méconnaître ce qu'il peut y avoir de bon et d'utile au profit de l'enseignement dans cette manière de faire, en particulier pour les chaires de pathologie. Certainement, dans le cas présent qui fait le sujet de ces réflexions, personne ne trouvera à contredire, et nous n'avons, quant à nous, qu'à applaudir à la décision de la Faculté. Mais ne pourrait-il pas se présenter, dans l'avenir, telle circonstance où, si cette tradition s'établissait d'une manière définitive et devenait une sorte de règle hiérarchique, il y aurait lieu peut-être d'avoir à regretter qu'on enlevât un professeur à un enseignement auquel toutes ses qualités et son expérience acquise lui donnaient des droits tout spéciaux pour un autre enseignement, qui serait ou au-dessus ou en dehors de ses aptitudes!

Nous croyons qu'il y a là matière à sérieuses réflexions de la part de qui de droit.

Pour en revenir à la clinique de Necker, M. Hardy, en l'inaugurant, ne pouvait oublier, malgré la différence des

lieux, qu'il remplaçait en réalité M. Bouillaud. Aussi n'a-t-il pas manqué de payer à son illustre prédécesseur le tribut d'hommages qui lui était dû. Dans sa seconde leçon qui a eu lieu mardi dernier, M. Hardy est entré de plein pied dans la clinique proprement dite, par l'analyse d'un cas simple et de diagnostic facile, un ictère par émotion, qui n'a pas laissé que d'offrir au professeur un texte à des considérations pathologiques et pratiques très-instructives pour les élèves.

Nous aurons certainement plus d'une fois à donner à nos lecteurs des nouvelles de la clinique de Necker.

Rhumatisme cérébral. — Traitement par les bains froids.

Lundi dernier, après quelques jours seulement d'interruption, M. Béhier reprenait le cours de ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu par la relation d'un nouveau fait de rhumatisme cérébral traité avec succès par les bains froids. Voici en quelques mots l'histoire du malade qui a bénéficié des avantages de cette méthode anssi énergique que hardie.

Un homme de trente-trois ans, couché au n° 18 de la salle Sainte-Jeanne, est entré le 26 février dernier dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, malade depuis trois jours. Cet homme, qui jusque-là paraissait avoir toujours joui d'une bonne santé, se sentit pris le 23 février, sans cause appréciable, d'un malaise général, de maux de tête, brisement des membres, perte d'appétit. Il fut obligé de cesser son travail (il est employé aux Halles). Le 24 au matin, il est pris de douleurs dans toutes les articulations du côté droit, qui l'empêchent de se lever. Le soir, le genou gauche est pris à son tour. Le 26, le jour de son entrée à l'hôpital, il se plaint de ses douleurs articulaires, la peau est légèrement rosée au niveau des articulations douloureuses; la langue est blanche; l'appétit nul. Le malade accuse une insomnie complète, la peau est chaude et le pouls fréquent.

Le cœur ne présente à ce moment aucun bruit anormal; rien aux poumons.

Le 27, l'articulation du poignet droit est tuméfiée; les bruits du cœur sont un peu moins nets; le pouls est à 120, la température axillaire à 39°.

Le 28, la température est à 39°5 le matin et à 40° le soir.

Le 1er mars, le pouls est à 124, la température à 40, et on entend distinctement au cœur un bruit de souffle à la pointe et au premier temps.

Le 2 mars, le malade est pris d'un délire intense, la température est à 40°2.

En présence de ces phénomènes qui ne laissent pas de doute sur un commencement de méningo-encéphalite rhumatismale, M. Béhier prescrit l'usage des bains froids répétés. Il prescrit deux bains par jour à 20°.

Dès le premier jour de l'administration de ces bains, la température, qui depuis plusieurs jours était à 40° et au-delà, descendait à 39°3; pouls, 100 le matin, 108 le soir.

Le deuxième jour, la température était le matin à 38°5, le soir à 38°3; le pouls à 96.

Le troisième jour : 38°3 le matin, 38 le soir.

Le quatrième jour, la température était de 37°8 le matin, 37° le soir.

Après huit ou neuf bains (nous n'avons pas le chiffre exact), la température était, comme on le voit, redevenue normale, et elle n'a cessé d'être telle depuis, oscillant entre 37° et 37°5 ou 6. Le délire s'est dissipé, ainsi que la céphalalgie. Les douleurs articulaires elles-mêmes étaient très-amoindries; et il ne restait plus au moment où nous avons vu le malade pour la dernière fois (jeudi 23 mars) qu'une seule douleur assez vive du poignet avec persistance d'un peu de gonflement, une sensation de sécheresse et de craquement dans les articulations qui avaient été prises les premières et un très-léger mouvement fébrile.

Décollement de la rétine. — Examen d'un œil atteint de décollement de la rétine cinq ans après la production de la lésion.

L'histoire des décollements de la rétine est relativement trop récente, et les faits qui s'y rattachent trop obscurs encore pour la plupart, pour qu'il soit possible d'en présenter ici, en quelques mots, un exposé sommaire suffisamment clair.

Aussi n'est-ce pas ce que nous avons l'intention de faire aujourd'hui. Dans un article prochain peut-être essayerons-nous de résumer les travaux les plus récents sur ce sujet et de faire connaître quelques-uns des points de l'histoire de cette lésion qui sont le mieux établis. Notre but, quant à présent, se borne à porter à la connaissance de nos lecteurs un fait particulier et très-intéressant de guérison spontanée d'un décollement traumatique de la rétine, constatée cinq ans après la première constatation de la lésion.

Ce fait est rapporté en ces termes par M. de docteur Fano, dans son *Journal d'Oculistique et de Chirurgie*.

« On n'a pas souvent occasion d'examiner, plusieurs années après la production de la lésion, l'état de l'œil d'un sujet atteint de décollement de la rétine. Cette affection étant, dans le plus grand nombre des cas, incurable, les malades, après avoir employé toute la série des moyens qu'on prescrit en pareille circonstance, renoncent à tout traitement et ne se représentent plus devant le médecin qu'ils ont consulté. Il faut des circonstances particulières pour qu'ils reviennent. Tel est le cas d'un jeune homme qui s'est présenté ces jours-ci à ma clinique, parce qu'il avait besoin d'un *certificat* pour se faire exempter du service de l'armée territoriale.

G..., âgé alors de vingt-cinq ans, garde mobile de la Seine, me consulte pour la première fois, le 18 novembre 1870, pour un affaiblissement considérable de la vision de l'œil droit, survenu à la suite d'une violence extérieure exercée sur l'orbite du même côté. Sur le registre d'inscription des malades de ma clinique, se trouve le diagnostic suivant, conforme à la copie d'un certificat que j'ai délivré à cette époque : *Décollement de la partie inférieure de la rétine droite, d'origine probablement traumatique. L'œil droit ne lit que le n° 20 de Jœger; l'œil gauche le n° 1.*

G... vient me trouver le 24 janvier 1876, plus de cinq ans après la première consultation. Voici ce que nous constatons :

L'œil gauche lit le n° 1 de Jœger et n'offre aucune lésion. De l'œil *droit*, G... ne distingue que la lumière des ténèbres. Il existe quelques synéchies postérieures, quelques exsudats très-rares du corps vitré. *Plus la moindre trace de décollement de la rétine.* La papille optique est blanchâtre et voilée par un exsudat. A la partie inféro-interne du disque, à une petite distance de celui-ci, se voit un large dépôt de pigment *sur* la rétine. Tout le demi-segment supérieur (image renversée) du fond de l'œil est le siége d'une atrophie choroïdienne à un degré très-avancé; dans certaines parties, l'atrophie est parvenue à un point tel, qu'on ne distingue plus un seul des vaisseaux de la choroïde, Il n'y a pas d'exsudats apparents de la choroïde. »

Les altérations signalées ayant été constatées par l'épreuve de l'image renversée, il en résulte, ainsi que le fait remarquer M. Fano, qu'à la place même où existait, il y a cinq ans, le

décollement de la rétine, se trouve actuellement une atrophie de la choroïde, le décollement de la rétine ayant lui-même disparu.

L'existence de synéchies postérieures d'exsudats sur la papille optique et dans le corps vitré, démontre que l'œil a été le siége d'une phlegmasie portant spécialement sur l'iris et la choroïde. Ce qui conduit M. Fano à admettre aussi que, sous l'influence de ce travail inflammatoire, des exsudats plastiques se sont formés entre la rétine et la choroïde, ainsi que dans l'épaisseur de celle-ci; que c'est à la faveur de ces exsudats que la portion décollée de la rétine, s'est soudée à la choroïde subjacente, et que cette phlegmasie parcourant les diverses périodes de son évolution, les exsudats ont fini par se résorber, en même temps qu'ils ont oblitéré les vaisseaux de la portion de choroïde avec laquelle ils étaient en rapport.

M. Fano signale encore une autre circonstance digne d'intérêt : la production sur la rétine d'une large plaque de pigment; fait qui confirme l'opinion de ceux qui admettent la production du pigment dans l'œil, sous l'influence d'un travail inflammatoire.

Cette observation prouve enfin, que le décollement de la rétine n'est pas absolument incurable, ainsi que le démontrent les faits rappelés par M. Fano dans son *Traité des maladies des yeux,* et ceux qui ont été produits depuis. Bien que la vision reste le plus souvent compromise dans les cas de ce genre, il en est cependant où cette vision est récupérée. C'est ce que nous montrerons prochainement.

Dr Brochin.

POLICLINIQUE CHIRURGICALE. — M. Dubuc.

De l'utilité de la sonde à demeure dans le traitement de certains rétrécissements de l'urèthre (1).

Obs. IV. — *Rétrécissement très-dur de la région du bulbe datant de vingt ans. — Pas d'autre traitement antérieur que la dilation temporaire. — Celle-ci cesse d'être efficace et le rétrécissement devient irritable. — Emploi à deux reprises de la sonde à demeure avec intervalle de repos; — Cessation des accidents; — Maintien après dix-huit mois du résultat obtenu.*

M. J... avocat, soixante-deux ans, a eu plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse.

En 1853, étant alors âgé de quarante ans et éprouvant de la difficulté à uriner, il vint trouver le docteur Phillipps, qui constata l'existence d'un rétrécissement, et le traita par la dilatation. Depuis lors, il venait assez régulièrement se soumettre, dans le cabinet de Phillips, à quelques séances de dilatation, qui avaient pour effet de maintenir la perméabilité de l'urèthre, et d'assurer le libre écoulement de l'urine.

En 1871, il s'adressa à moi; sa santé s'était maintenue excellente; il avait traversé cette longue période de dix-huit ans sans avoir, pour ainsi dire, éprouvé d'inconvénients de son rétrécissement; tout au plus, avait-il été sujet, de temps à autre, à un peu de suintement uréthral, provenant de la portion du canal située derrière l'obstacle.

Ayant exploré l'urèthre avec une bougie à boule, je constatai l'existence du rétrécissement à 12 centimètres 1/2 de profondeur, c'est-à-dire, vers la terminaison du bulbe; il était dur, et quoique, n'apportant pas de difficulté trop considérable à la miction, ce qui indiquait une vessie douée d'une bonne contractilité, il s'opposait cependant au passage d'une bougie supérieure au n° 10 de la filière au tiers de millimètre.

Je me bornai à continuer ce qu'avait fait Phillips, c'est-à-dire, à introduire, chaque fois que le malade venait, (toutes les trois semaines ou tous les mois), des bougies en gomme nos 8, 9 et 10 que je laissais en place dix minutes chacune; cela faisait une séance d'une demi-heure.

Les choses se passèrent ainsi pendant les années 1871, 1872, et les six premiers mois de 1873.

A la fin de juin 1873, M. J... commença à éprouver de la difficulté à uriner; ainsi, lorsque le besoin se faisait sentir, il lui était quelquefois impossible de le satisfaire sur le champ, ou bien l'urine ne venait que goutte à goutte; tandis qu'en d'autres moments elle s'écoulait aussi facilement qu'auparavant.

Le malade ayant été obligé de passer les deux mois de juillet et d'août hors de Paris, me dit à son retour qu'il avait craint plusieurs fois d'être atteint d'une rétention complète d'urine.

Lorsque je le revis le 9 septembre, la bougie n° 9 passait avec une certaine difficulté; la miction se faisait avec lenteur; toutefois, comme il n'y avait aucun péril en la demeure, j'essayai de quelques séances de dilatation temporaire; mais le rétrécissement était devenu irritable et, loin de gagner du terrain, j'en perdais plutôt; la bougie n° 9 ne passait plus qu'avec beaucoup de peine; M. J... n'était nullement arrêté dans ses occupations, mais il vivait avec crainte d'être pris un jour ou l'autre d'une rétention complète.

Je résolus d'employer la sonde à demeure, bien décidé à pratiquer l'uréthrotomie interne, si ce moyen ne me donnait pas le résultat que j'en attendais; j'espérais d'ailleurs qu'il suffirait d'y avoir recours pendant quelques jours, et même d'une façon non continue, pour faire cesser cet état d'irritabilité du rétrécissement.

16 octobre. — Je laisse à demeure une sonde n° 8.

17 octobre. — La sonde a été bien supportée, a bien fonctionné; je l'enlève et fais uriner le malade en ma présence; le jet s'échappe avec force et a un volume plus considérable que les jours précédents; je remplace la sonde n° 8 par une autre n° 10.

19 octobre. — J'enleve la sonde n° 10; la miction est devenue beaucoup plus facile; comme le malade désire ne pas interrompre ses occupations, je le laisse provisoirement sans sonde.

22 octobre. — La miction est restée facile; je laisse à demeure une sonde n° 10. — Cette sonde, enlevée le 24 octobre, était entièrement libre; je la remplace ce jour-là par une sonde n° 12, qui passe sans difficulté.

27 octobre. — Je laisse le malade sans sonde; il urine facilement.

A partir de ce moment, le malade n'éprouva plus de spasmes; l'urine qui, pendant les derniers mois, présentait souvent une odeur forte, et commençait à se troubler, parce que la vessie ne se vidait plus aussi complétement qu'auparavant, était redevenue claire, limpide.

Je me bornai à faire pendant le mois de novembre, à un intervalle d'une semaine, des séances de dilatation temporaire qui me permirent d'arriver à passer le n° 14 de la filière au tiers de millimètre. Le malade allant très-bien, je l'engageai à continuer lui-même tous les quinze jours l'introduction d'une bougie n° 12 ou 13.

C'est ce qu'il a fait, et depuis lors, jusqu'au mois d'avril 1875, époque à laquelle je l'ai revu la dernière fois, il n'avait plus éprouvé aucune difficulté à uriner.

Cette dernière observation n'est pas moins instructive que les précédentes. Il s'agit d'un rétrécissement, qui, au moment où j'ai vu le malade en 1871, datait d'au moins dix-huit ans, rétrécissement peu étroit, parce que le traitement n'en avait jamais été complétement négligé, mais très-dur.

La dilatation temporaire, très-bien supportée jusqu'en 1873, c'est-à-dire pendant vingt ans, avait cessé alors d'être efficace sans que j'aie pu en saisir la raison; le rétrécissement était devenu irritable, et le malade vivait sous la crainte et sous la menace d'une rétention d'urine. Il était donc indispensable d'avoir recours à un autre mode de traitement.

Comme ici, l'intolérance du rétrécissement pour la dilatation temporaire était de date relativement récente, je pensai que l'emploi, même passager, de la sonde à demeure ferait promptement cesser cette fâcheuse disposition; je résolus d'y avoir recours pendant quelques jours seulement, et d'y revenir, au besoin, après un intervalle de repos, de façon à obtenir la ces-

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 mars.

sation des spasmes uréthraux, sans pour cela interrompre le genre de vie habituel de mon malade.

Les choses se passèrent de la sorte ; je fis d'abord pendant trois jours de la dilatation permanente avec les sondes 8 et 10 et, après une interruption de quatre jours, pendant lesquels le malade urinait déjà beaucoup mieux, j'en fis encore pendant cinq jours avec les sondes 10 et 12.

La miction s'accomplissant, dès lors, avec une entière liberté, je m'en tins là; il me fut facile les jours suivants, au moyen de quelques séances de dilatation temporaire, d'arriver à passer le n° 14 ; le malade n'eut plus ensuite qu'à maintenir lui-même le résultat acquis.

Je suis persuadé que, dans presque tous les cas, où pendant le traitement d'un rétrécissement par la dilatation temporaire, celle-ci cesse d'être efficace, parce que le rétrécissement est devenu irritable, l'emploi passager de la sonde à demeure donnerait les mêmes résultats avantageux que je viens de signaler.

Mais, me dira-t-on, il n'est pas sage d'abandonner le traitement lorsqu'on n'est encore parvenu à introduire que des n°s 13 et 14. Assurément, lorsqu'on peut pousser la dilatation jusqu'aux n°s 20 et 21, cela est préférable; il faut cependant bien savoir qu'une miction facile est, en général, compatible avec un rétrécissement dont le calibre admet le passage d'une bougie n° 13 ou 14 (4 millimètres 1/3 à 4 millimètres 2/3).

Les malades, constatant ce résultat, sont assez souvent disposés à interrompre le traitement. Je crois qu'ils peuvent, en effet, se passer alors de l'intervention du chirurgien, à la condition de continuer à introduire eux-mêmes, tous les quinze jours ou tous les mois, des bougies d'un volume approprié.

C'est ici qu'il me semble utile d'insister sur une notion qu'on ne trouve peut-être pas mise suffisamment en lumière dans les auteurs, qui se sont occupés du traitement des rétrécissements de l'urèthre, je veux parler de l'influence exercée, sur la manière d'être de ces affections, par le degré de la puissance contractile de la vessie. Il est évident que, pour un même obstacle uréthral à surmonter, la miction sera plus ou moins facile, suivant que la vessie jouira d'une plus ou moins grande force de contractilité.

Or, dans les rétrécissements très-anciens et très-durs, et, ce sont des exemples de ce genre que j'ai eus en vue dans le cours de ce travail, la couche musculaire de la vessie, par nécessité, s'est presque toujours hyperthrophiée d'une façon notable. Il en résulte que sa force d'expulsion est considérable, et, que, lorsqu'on rend à l'urine un passage suffisant, comme celui qui résulte d'une dilatation portée à quatre ou cinq millimètres de diamètre, la miction devient tout aussitôt facile, à la condition que le rétrécissement ne constitue pas une induration volumineuse, comme dans l'observation I. On doit, il est vrai, si le malade est persévérant, chercher à obtenir un résultat encore plus satisfaisant, mais je dis que celui que je viens d'indiquer peut à la rigueur suffire, avec la précaution de le maintenir par des soins consécutifs appropriés.

Cette dernière remarque est applicable à la période, qui suit le traitement de tous les rétrécissements, car, il n'est aucune méthode qui mette sûrement à l'abri d'une récidive, si complétement qu'elle ait rétabli la liberté du canal.

J'aurais pu multiplier davantage les exemples de l'utilité de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements rebelles de l'urèthre ; mais, ce que j'en ai rapporté suffit à prouver, que, dans des circonstances variées, elle peut rendre des services signalés, et qu'il y aurait injustice à la tenir dans l'oubli.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RÉDUCTION EN MASSE DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE (1)

Par M. le docteur J. Périchon.

Conclusions. — La réduction en masse est toujours le fait du taxis; même dans les cas que Demeaux range dans sa troisième catégorie (réduction en masse après opération incomplète). — Cet accident peut survenir, alors même que les manœuvres ont été pratiquées par des mains expérimentées et habiles. — En présence de la persistance des symptômes d'étranglement, le chirurgien, plutôt que de rester inactif, doit recourir à l'opération exploratrice recommandée par Luke. — Les hernies dans lesquelles cet accident se produit le plus fréquemment sont les inguinales obliques externes. Les petites hernies sont plus souvent réduites en masse que les hernies volumineuses et anciennes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Tillaux dépose, de la part de M. J. Bœckel, chirurgien de l'hôpital civil de Strasbourg, un mémoire *sur la réunion immédiate sous le pansement de Lister*. (Commis. : MM. Lucas-Championnière, Le Fort, Tillaux) ; et en son nom personnel un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales et cliniques sur le mécanisme de la production de la luxation coxo-fémorale en arrière.*

COMMUNICATION

Paralysie des membres consécutive aux lésions articulaires. Traitement par l'électricité. — M. Le Fort a fait une communication, il y a quelques mois, sur l'usage des courants constants dans le traitement des paralysies consécutives à une luxation. Depuis il a fait quelques recherches sur ces mêmes paralysies qu'il a eu l'occasion d'observer plusieurs fois. En 1872, un jeune homme de dix-huit ans entre à l'hôpital Lariboisière pour une entorse des os du carpe. Peu après se manifestent l'atrophie des muscles de la région antérieure de l'avant-bras et leur paralysie. Le même fait s'observe très-fréquemment chez des malades atteints d'hydarthrose simple du genou; le liquide disparaît facilement, mais il survient de la difficulté dans la marche, surtout pour monter ou descendre un escalier. En vain continue-t-on les applications de teinture d'iode ou de vésicatoires, la maladie reste stationnaire. Il y a une diminution considérable du volume des muscles de la région antérieure de la cuisse. C'est une atrophie à marche aiguë et une semi-paralysie qui apparaissent dès la première huitaine de la maladie, et qui n'ont pas par conséquent pour cause le défaut d'exercice. Ces accidents peuvent durer plusieurs mois si on ne leur applique pas le traitement qui leur convient. Ils cèdent très-rapidement à l'usage des courants constants et, en même temps, de la faradisation qui ne suffit pas à elle-seule. C'est là un point de pathologie assez intéressant, que l'on peut observer dans un grand nombre de lésions articulaires, luxations de l'épaule, arthrites aiguës même peu intenses, arthrites légèrement chroniques, enfin dans toutes les irritations des articulations, mais surtout dans l'hydarthrose où cette complication se montre neuf fois sur dix. M. Le Fort a voulu seulement signaler le fait pour prendre date; un de ses internes, M. Valtat, préparant une thèse sur ce sujet. M. Valtat a fait des expériences sur des animaux desquelles il résulte qu'une simple irritation d'une articulation, produite par l'injection d'un liquide légèrement astringent, et n'allant pas même jusqu'à l'inflammation amène en huit jours la diminution du volume du membre correspondant qui peut perdre la moitié de son poids.

M. Verneuil confirme ces remarques qu'il a également faites, et

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

qui ne sont pas nouvelles. Il cite une observation de Jules Roux, publiée dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*, relative à une paralysie du deltoïde consécutive à une hydarthrose de l'épaule. M. Verneuil emploie avec succès dans ces cas la faradisation. Quelques séances suffisent.

LECTURE

De la torsion des artères. — M. TILLAUX donne lecture d'un important mémoire sur cette question. En voici les conclusions :

1° La torsion est applicable aux artères de tous calibres, et plus spécialement aux grosses artères.

2° Une seule pince est nécessaire pour cette opération, quel que soit le volume de l'artère.

3° Il faut saisir les artères obliquement avec la pince, et non dans leur continuité, de manière à bien comprendre entre les mors de la pince les trois tuniques dans toute leur largeur.

4° On doit tordre jusqu'au détachement complet de la partie saisie par la pince.

5° Le refoulement des tuniques vers le cœur, conseillé par Amussat, et la torsion *limitée*, par Amussat et les chirurgiens anglais, sont inutiles.

6° La torsion est applicable aux artères athéromateuses ou enflammées. C'est un moyen précieux pour obtenir l'hémostase au fond des plaies.

7° Elle favorise la réunion immédiate des plaies par l'absence de tout corps étranger.

8° Aussi bien que la ligature elle met à l'abri des hémorrhagies primitives.

9° Mieux que la ligature elle met à l'abri des hémorrhagies secondaires.

Depuis 1871, M. Tillaux emploie exclusivement la torsion après les petites et les grandes opérations. Il n'a jamais eu d'hémorrhagie primitive ni secondaire sur environ cent grandes opérations à la suite desquelles il l'a mise en pratique.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

COMMUNICATIONS

M. GAYET (de Lyon), membre correspondant, fait une communication sur une observation de *blépharoplastie dans un cas de destruction à peu près totale des paupières* par suite de l'ablation d'un épithélioma lobulé.

M. Gayet donne aussi le résultat d'expériences qu'il a faites pour guérir l'*entropion* avec retournement des poils vers l'œil, et pour la guérison du *trichiasis*.

Indications et contre-indications de l'emploi de l'appareil d'Esmarck. — M. NICAISE donne lecture d'une observation de *blessure de l'artère radiale dans la tabatière anatomique*. Cette blessure, produite par un coup de hachette, et datant de trois semaines, avait donné lieu déjà à plusieurs hémorrhagies inquiétantes, malgré la compression des artères de l'avant-bras et même de l'humérale, lorsque le malade fut amené à M. Nicaise.

Après avoir appliqué l'appareil d'Esmarck, le chirurgien put constater une déchirure incomplète de l'artère radiale et d'une petite artère collatérale. Ces artères furent complétement déviées et liées par les deux bouts. La guérison fut rapide.

M. Nicaise fait ressortir l'utilité de l'appareil d'Esmarck pour les ligatures artérielles, surtout celles de la paume de la main. Ces opérations sont quelquefois longues; celle dont il est question a duré trois quarts d'heure. Esmarck a laissé son appareil appliqué pendant deux heures un quart sur les deux membres inférieurs pour faire l'ablation de sequestres, sans autre inconvénient qu'une congestion passagère de la peau, et une hémorrhagie en nappe assez abondante par la surface de la plaie, suites de la paralysie vaso-motrice. M. Nicaise combat cette hémorrhagie par l'application sur la surface saignante d'une large éponge, qu'il enlève peu après pour faire le pansement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que l'application de l'appareil d'Esmarck a été faite déjà souvent et avec succès pour la ligature des artères, notamment des artères de la paume de la main. M. Le Dentu en a fait l'année dernière l'objet d'une communication à la Société. M. Guyon en a relaté aussi un exemple.

M. LE FORT a reconnu que l'appareil d'Esmarck, excellent pour les opérations délicates, en ce qu'il permet d'opérer comme sur le cadavre, a des inconvénients dans les grandes opérations, comme une amputation, à cause de l'hémorrhagie en nappe qui se produit lorsqu'on l'enlève. Il a l'habitude de placer sur l'artère principale du membre, sous la bande d'Esmarck, une bande de toile roulée qui, par la compression qu'elle exerce, permet de ne pas exercer une trop forte constriction avec la bande de caoutchouc.

M. HOUZÉ DE L'AUNOIT s'élève contre l'emploi de l'appareil d'Esmarck. Il exerce une constriction trop forte et qu'on ne mesure pas assez. Il faut relativement pour obtenir l'hémostase avec cet appareil, une constriction excessivement faible. Une bande de caoutchouc mesurant 60 centimètres de longueur, sur 4 de largeur et 1 millimètre d'épaisseur, à laquelle on fait faire quatre tours autour du bras, représente une pression de 1,500 grammes. Si l'on fait avec cette même bande trois tours et demi à la cuisse, on a une pression de 2,000 à 2,500 grammes. Six tours faits avec la bande de 80 centimètres, qu'on emploie généralement, produisent un effet analogue à la compression d'une roue de voiture. M. Houzé de l'Aunoit a remarqué aussi qu'avec une constriction trop forte on obtient une rétraction considérable des lambeaux, qui se trouvent trop courts après une amputation. Il faut les tailler beaucoup plus largement.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DESPRÈS présente un jeune garçon de quatorze ans, offrant un exemple, unique jusqu'à ce jour à Paris, de ce qu'on a appelé *aplasie lamineuse progressive de la face*. M. Desprès pense que les cas que l'on a désignés sous ce nom sont une erreur d'interprétation, et qu'il s'agissait, comme chez le malade qu'il présente, d'un défaut de développement des sinus frontaux et maxillaires.

M. PAULET a vu l'année dernière, au Val-de-Grâce, un véritable cas d'aplasie lamineuse de la face.

M. NICAISE reconnaît qu'il s'agit, chez ce malade, d'une atrophie des os de la face d'un côté, mais ce malade s'éloigne sous certains rapports de ce qui a été décrit sous le nom d'aplasie lamineuse de la face.

M. Nicaise a observé un cas d'aplasie lamineuse de la face, qu'il pense aussi unique dans la science. Cette affection était médiane, occupait une largeur de 4 à 5 centimètres, juste au milieu de la face, et s'était développée au début d'une grossesse. Il était difficile de faire intervenir dans ce cas l'influence du système nerveux, puisque la maladie s'étendait à droite et à gauche de la ligne médiane.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il a été déposé sur le bureau des sondes en gomme à double courant, fabriquées par MM. Vergne et Chose, sur la demande de M. le docteur Reliquet, et dont la *Gazette des Hôpitaux* a donné la figure dans son numéro du 16 mars.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Histoire des plantes (1).

Par M. H. BAILLON, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris.

GÉRANIACÉES. — LINACÉES. — TRÉMANDRACÉES. — POLYGALACÉES. — VOCHYSIACÉES. — EUPHORBIACÉES. — TÉRÉBINTHACÉES. — SAPINDACÉES. — MALPIGHIACÉES. — MÉLIACÉES.

I.

Avec ce cinquième volume, M. le professeur Baillon aborde l'histoire des « Géraniacées ». Pour le savant professeur, l'indépendance

(1) Tome V. — Grand in-8° avec 461 figures. Prix : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

des carpelles étant un caractère fondamental, il donne à la série des « Biebersteinia » le pas sur celles des « Géranium », qui cependant a donné son nom à la famille. Après avoir retracé les caractères des « Biebersteinia », herbes vivaces de la Grèce, de l'Orient et de l'Asie centrale, l'auteur passe à la série des Géraines, puis à celle des Neurada, des Balbisia, des Capucines, des Balsamines, des Floerkea, et enfin des Surelles ou Oxalidées.

Cette énumération surprendra bien des botanistes, mais nous commençons à nous habituer à ces rapprochements, très-familiers à M. Baillon, et qui reposent sur des études organographiques très-consciencieuses et tout originales. Pour l'auteur, les caractères les plus importants pour distinguer les séries ou les genres sont tirés de la configuration du réceptacle, de la forme régulière ou irrégulière des fleurs, du nombre des étamines, de la situation des carpelles par rapport aux pièces du périanthe, de leur indépendance ou de leur union, de l'organisation du fruit et de son mode de déhiscence, du nombre et de la direction des ovules et des graines. Les autres caractères qui varient d'un genre à l'autre sont : le mode de préfloraison du calice, la présence ou l'absence de pétales, le nombre des étamines fertiles et stériles, celui des loges ovariennes, la consistance du péricarpe et la configuration de l'embryon.

Les six cents espèces environ de ce groupe appartiennent, pour les cinq sixièmes, à l'ancien monde. Toutes les Balbisiées sont originaires de l'Amérique du Sud ; il en est de même des Capucines, des Floerkea et des Hypseocharis. Les Averrhoa, Dapania et Biebersteinia (moins un) sont asiatiques. Les Monsonia sont asiatiques et surtout africains. Les Pelagonium appartiennent à l'Afrique australe, à l'Orient, à l'Afrique boréale, même à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande.

Les propriétés des Géraniacées, assez variées, semblent cependant pouvoir être rapportées, d'une part, aux excitants, stimulants, et, de l'autre, aux astringents. Quelques-unes sont employées en teinture. Un certain nombre sont désagréables ou agréables à l'odorat, suivant leur huile essentielle. Les Oxalidées ont, comme certains géraniums, des tubercules comestibles.

M. Baillon arrête son « genera » des Géraniacées de la manière suivante :

I. *Biebersteinieae.* — Biebersteinia.

II. *Geranieae.* — Geranium, L.; Erodium, Lhér.; Monsonia, L.; Pelargonium, Lhér.

III. *Neuradeae.* — Neurada, L.; Grielum, L.

IV. *Balbisieae.* — Balbisia, Cav.; Wendtia, Meyen.; Rhynchotheca, R. et P.; Viviania, Cav.

V. *Tropaeoleae.* — Tropaeolum, L.

VI. *Balsamineae.* — Impatiens, L.

VII. *Floerkeae.* — Floerkea, W.

VIII. *Oxalideae.* — Oxalis, L.; Hypseocharis, Remy; Averrhoa, L.

II.

Les « Linacées » ont, avec les Géraniacées, de telles affinités que ces deux groupes ont souvent été réunis.

M. Baillon en forme quatre séries : linées, hugoniées, érythroxylées et houmiriées.

La première est celle qui nous donne les « Lins »; à la troisième appartient l'Erythroxylon coca, dont on a fait si grand bruit dans ces dernières années. Parmi les Indiens, cette plante est l'objet d'une sorte de culte superstitieux ; en la mâchant avec du tabac, ils se procurent une ivresse semblable à celle du haschich.

Les « genera » des Linacées se composent ainsi, suivant M. Baillon :

I. *Lineae.* — Linum, L.; Anisadenia, Wall.

II. *Hugonieae.* — Hugonia, L.; Ochthocosmus, Benth.; Ixonanthes, Jack.

III. *Erythroxyleae.* — Erythroxylon, L.; Aneulophus, Benth.

IV. *Houmirieae.* — Houmiri. Aubl.

III.

La petite famille des « Trémandracées » a été souvent considérée comme représentant la forme régulière des Polygalacées. M. Baillon croit pouvoir les placer entre les Polygalacées, d'une part, dont elles ont le gynécée et à peu près l'androcée, et dont elles se séparent par la régularité de ses fleurs ; et, d'autre part, les Linacées, dont elles ont la corolle régulière, l'androcée diplostémoné, le fruit capsulaire, avec la même direction des régions de l'ovule, et dont elles s'écartent par leur mode de préfloraison, le nombre moindre des loges ovariennes, et la différence de consistance dans l'albumen.

Toutes les Trémandracées sont australiennes, extra-tropicales, et n'ont aucune propriété connue.

La famille renferme trois genres : Platytheca, Staetz; Tremandra, R. Br.; Tetratheca, Sm.

IV.

La famille des Polygalacées est très-naturelle, à part un ou deux genres. M. Baillon, en réduisant à l'état de simples sections plusieurs genres, n'en trouve plus que onze, groupés en trois séries, dont voici les caractères distinctifs :

I. *Polygalées.* — Fleurs irrégulières. Ovaire à deux loges ou à une seule, par avortement de la postérieure; rarement à trois loges. Un seul ovule descendant, inséré dans l'angle interne de chaque loge. Fruit sec ou charnu. Embryon pourvu ou dépourvu d'albumen. — Neuf genres : (1. Polygala ; 2?. Phlebotaenia, Grsb.; 3. Muraltia, Neck ; 4. Mundtia, K.; 5. Monnina, R. et P.; 6. Comesperma, Labill.; 7. Securidaca, L.; 8. Carpolobia, G. Don.; 9?. Trigoniastrum, Miq.)

II. *Xanthophyllées.* — Fleurs irrégulières de Polygalée. Ovaire uniloculaire, à placentas pariétaux. Ovules 2-∞. Fruit charnu. Embryon pourvu ou dépourvu d'albumen. — Un genre : (10. Xanthophyllum., Roxb.).

III. *Kramériées.* — Fleurs irrégulières, résupinées. Pétales 3, 4, postérieurs. Étamines 3-5, postérieures. Ovaire uniloculaire (par avortement), garni de deux grosses glandes antéro-latérales. Loge unique (antérieure) à deux ovules descendants, collatéraux. Fruit sec, indéhiscent et monosperme. Embryon dépourvu d'albumen. — Un genre : (11. Krameria, Loefl.).

Les Polygalacées ont des propriétés assez diverses. Nos polygalas indigènes, très-employées autrefois dans la médecine des campagnes, passaient pour activer la sécrétion lactée des femmes et du bétail. Le P. vulgaris passe pour stomachique, tonique, sudorifique, et quelque peu émétique. On s'en sert pour fabriquer le thé vert. Le P. Amara aurait des propriétés plus intenses, et pourrait être utile dans les bronchites chroniques, les catarrhes et les hémoptysies. Mais il faudrait alors qu'il ne fut pas sophistiqué par la substitution du P. Vulgaris. Le P. Senega a joui en Amérique d'un succès qui a été jusqu'à l'extravagance. Le Ratanhia du commerce est donné par des Krameria.

V.

Les « Vochysiacées » sont encore une petite famille, ballottée par les divers auteurs, mais qui semble cependant inséparable des Polygalacées. Elles représenteraient volontiers les séries périgynes de cette dernière famille; mais elle s'en distinguerait par leur mode d'insertion, et l'irrégularité de leur androcée. On va se rendre compte de la valeur de cette famille en lisant les caractères attribués par l'auteur aux trois séries qui constituent la famille.

I. *Salvertiées.* — Ovaire libre, pluriloculaire. Loges à deux ovules descendants, à micropyle supérieur et extérieur. Une seule étamine fertile. Fruit capsulaire, à graines ailées. Embryon sans albumen, à cotylédons foliacés, convolutés, — 4 genres (1. Salvertia, A. S. H.; 2. Vochysia, J.; 3. Qualea, Aubl.; 4? Callisthene, Mart.)

II. *Erismées.* — Ovaire adné à la concavité du réceptacle (adhérent), uniloculaire, biovulé. Ovules ascendants, à micropyle inférieur et extérieur. Une seule étamine fertile. Fruit indéhiscent, samaroïde. Embryon droit, sans albumen. — 1 genre (5. Erisma. Rudge).

III. *Trigoniées.* — Ovaire libre, sur un réceptacle oblique, à peine concave ou très-profond, à plusieurs loges bi ou multi-ovulées. Androcée irrégulier; plusieurs étamines fertiles, inégales. Fruit capillaire. Embryon droit, entouré d'un albumen. — 2 genres (6. Trigonia, Aubl.; 7. Lightia, Schomb.).

Toutes les Vochysiacées connues, au nombre d'une centaine environ, habitent les régions tropicales de l'Amérique du Sud. Elles ont peu d'usages.

Cent quarante gravures, d'une très grande finesse d'exécution, illustrent les familles que nous venons de passer en revue. Les Vochysiacées formaient, en quelque sorte, un pont entre les Polygalacées et les Euphorbiacées.

VI.

La famille des « Euphorbiacées » a été depuis longtemps l'objet des recherches et des travaux de M. Baillon, nous sommes donc assurés qu'elle sera traitée ici avec des soins encore plus grands, s'il est possible. Passant pour plantes difficiles à étudier, elles devaient tenter et elles ont tenté l'ardeur du botaniste éminent dont nous parcourons l'œuvre.

En 1858, lorsqu'il entreprit son « Étude générale du groupe des Euphorbiacées », M. Baillon se trouvait en présence de deux cent soixante genres environ, conservés comme valables. Il les réduisit à deux cents : rejeta les Buis, les Antidesmées, les Putranjivées et les Scépacées. Un peu plus tard Mueller (d'Argovie) inséra son grand travail dans le « Prodromus », comptant cent quatre-vingt-onze genres, dont une douzaine insuffisamment connus. Enfin dans ces derniers temps quelques nouveaux genres ont été décrits, entre autres les « Alphandia et Bureavia ».

Aujourd'hui on ne saurait admettre qu'un caractère commun à toutes les Euphorbiacées : leurs ovules descendants dont le micropyle est tourné en haut et en dehors. Le nombre en est toujours défini, mais il y en a tantôt un et tantôt deux dans chaque loge : les Euphorbiacées sont donc uniovulées ou biovulées.

Les premières se divisent en cinq séries :

I. *Euphorbiées.* — 2 genres : Euphorbia, L.; Pedilanthus, Dreck.

II. *Ricinées.* — 3 genres : Ricinus, T.; Homonoya, Lour; Coelodiscus, H. Bn.

III. *Jatrophées.* — 88 genres : Jatropha, L.; Manihot, Plum.; Tannodia, H. Bn.; Tournesolia, Scop., etc.

IV. *Crotonées.* — 4 genres : Croton, L.; Julocroton, Mart; Crotonopsis, Michx.; Eremocarpus, Benth.

V. *Excaecariées.* — 12 genres : Excœcaria, L.; Senefeldera, Mart.; Hura, L.; Dalembertia, H. Bn., etc.

Les « Euphorbiacées biovulées » comprennent trois séries :

VI. *Dichapétalées.* — 3 genres : Dichapetalum, Dup.-Th.; Stephampodium, Pœpp. et Endl.; Tapura, Aubl.

VII. *Phyllanthées.* — 37 genres : Wielandia, H. Bn.; Savia, W.; Amanoa, Aubl.; Andrachne, L.; Payria, H. Bn.; etc.

VIII. *Callitrichées.* — 1 genre : Callitriche, L.

Les Euphorbiacées présentent toutes les variations possibles dans leurs organes de végétation. Tiges herbacées, ou frutescentes ou arborescentes : axes aplatis en cladodes, ou charnus et cactiformes. Existence d'un suc propre laiteux qui donne à M. Baillon l'occasion d'une intéressante dissertation. Ce latex est souvent riche en caoutchouc, il peut être diversement coloré, même en rose violacé.

Au nombre d'environ 3,262 espèces, les Euphorbiacées sont inégalement réparties sur le globe. Le genre, dont l'aire est le plus large, est le genre Euphorbia qui, du Nord de l'Europe et de l'Asie, s'étend jusqu'à l'extrémité Sud de l'Afrique, de la Patagonie et de la Nouvelle-Zélande.

Les Euphorbiacées les plus actives doivent leurs propriétés à leur latex ou aux substances huileuses et résineuses que renferment leurs graines. (Euphorbes, Ricins, Médiciniers, Pignons d'Inde et Bancouliers). Il suffit de les nommer pour éveiller l'idée de purgatifs énergiques. Parfois elles donnent des graines comestibles, d'autres servent à la teinture ; il en est qui sont des vomitifs énergiques. A cette famille appartient le trop célèbre Mancenillier, dont on ne ressent les effets funestes que lorsqu'on met en contact avec la peau ou le tube digestif le suc âcre contenu dans ses organes de végétation. Plusieurs Euphorbiacées à suc caustique servent en Amérique à tuer le gibier, à enivrer le poisson. Parmi les espèces comestibles plus connues est le Manihot (Tapioca, Cassave). Il en est enfin qui par leurs formes bizarres font l'ornement et la curiosité des serres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Trimestre de 1876. — Les inscriptions et consignations seront reçues au secrétariat, du lundi 3 avril au samedi 15 inclusivement, de une heure à cinq heures.

Les feuilles d'inscription devront être déposées au bureau la veille du jour de la prise d'inscriptions.

Le registre sera clos le samedi 15 avril, à cinq heures précises. Passé ce délai, aucune inscription ne sera accordée sans une autorisation rectorale ou ministérielle. La liste des retardataires sera dressée immédiatement apres la clôture du registre. Les familles seront informées.

Les consignations pour les examens de doctorat seront reçues du 1er au 15 avril, les vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures du matin, et à partir du 15 avril, les mêmes jours de une heure à quatre heures.

— Un concours public pour une place d'aide d'anatomie sera ouvert le lundi 10 avril 1876, à midi, dans une des salles de la Faculté. Tous les élèves de la Faculté sont admis à concourir.

Le candidat nommé entrera en fonctions à la première vacance, et au plus tard le 15 mars 1878.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements).

Les inscriptions sont reçues tous les jours de une heure à quatre heures, depuis le 22 mars jusqu'au samedi 8 avril.

— *Hôpital Saint-Louis.* — *Conférences cliniques des maladies de la peau.* — M. le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, commencera ses conférences le jeudi 30 mars 1876, à huit heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure (salles Henri IV et Saint-Louis).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, ce 26 mars 1876.

Une véritable agitation se fait depuis quelques années autour des questions d'assistance et de secours aux malades indigents. On n'a pas oublié les discussions qui ont eu lieu soit à l'Académie de médecine, soit dans d'autres sociétés savantes sur l'hygiène des hôpitaux, sur l'hygiène de l'enfance, sur les maternités. On connaît les efforts que l'administration de l'Assistance a tentés pour améliorer l'hygiène des hôpitaux, les modifications utiles qu'elle a introduites dans le régime des maternités, les essais qu'elle a faits récemment pour l'isolement des maladies contagieuses, enfin l'impulsion donnée au service médical des indigents à domicile. On sait les satisfactions, au moins partielles, qui ont été données par les pouvoirs publics aux vœux exprimés par les représentants les plus autorisés du corps médical : loi sur l'assistance médicale des campagnes, loi protectrice de l'enfance, etc. Mais plus on avance dans la voie des améliorations, plus les besoins semblent s'accroître, soit par l'accroissement même du nombre des nécessiteux, soit que le bien réalisé augmente les exigences et fasse ressortir davantage l'urgence du bien qu'il reste encore à faire.

Quoi qu'il en soit, de tous les côtés surgissent des réclamations ou des propositions nouvelles. Hier c'était une adresse des médecins des bureaux de bienfaisance demandant à l'administration qu'elle les mette à même d'appliquer utilement les traitements chirurgicaux à domicile. Aujourd'hui, c'est la Société de chirurgie qui, dans un rapport fait en son nom par une commission, vient signaler à l'administration l'insuffisance des ressources thérapeutiques dans les affections chirurgicales des enfants pauvres de Paris et demander l'augmentation des services consacrés aux nourrices dans les grands hôpitaux, la création de nouveaux hôpitaux spéciaux pour l'enfance et l'abaissement de l'âge d'admissibilité des enfants dans ces établissements.

De l'adresse des médecins des bureaux de bienfaisance nous ne pourrions dire qu'une chose, c'est qu'elle rentre parfaitement, par son objet, dans les tendances générales de notre temps et dans l'ordre des idées que nous avons déjà plusieurs fois soutenues dans ce journal. Il serait difficile assurément d'accumuler plus de bonnes raisons qu'il n'y en a dans ce document, à l'appui de l'extension que nos confrères désirent voir donner à leurs attributions. Mais y a-t-on suffisamment pesé toutes les difficultés d'exécution, quant à présent du moins, et les obstacles de toutes sortes contre lesquels on va se heurter?

D'un autre côte, le moment est-il bien choisi pour demander la création de nouveaux hôpitaux, alors que de toutes parts, dans l'esprit d'un grand nombre de médecins comme dans celui de l'administration elle-même, il y a une tendance manifeste à restreindre de plus en plus l'assistance hospitalière au profit de l'assistance à domicile?

Nous ne tenterions pas assurément de mettre d'accord deux aspirations aussi contradictoires en apparence. Mais ce que l'on peut, ce que l'on doit chercher avant tout, c'est, en se plaçant au point de vue de la réalité des choses et des possibilités pratiques, se rendre compte des motifs principaux qui semblent devoir faire ajourner encore la satisfaction à donner aux vœux des uns et faire accepter comme une nécessité provisoire les mesures proposées par les autres.

Nos lecteurs connaissent déjà les conclusions du rapport de la commission de la Société de chirurgie. Elles se résument, comme ils peuvent se le rappeler, dans la demande de l'augmentation du nombre de lits de nourrices dans les hôpitaux généraux; l'augmentation dans les deux hôpitaux d'enfants actuellement existants à Paris, ainsi que dans les hôpitaux que l'administration possède hors Paris, du nombre des lits consacrés aux affections chirurgicales; l'abaissement, à titre exceptionnel toutefois, de l'âge d'admission des enfants jusqu'à un an, l'expérience ayant démontré la fréquence d'affections chirurgicales graves chez les enfants au-dessous de deux ans; enfin la création de deux nouveaux hôpitaux à Paris, et d'un troisième hors Paris.

Ces propositions n'ont pas passé, comme on le sait, sans quelque opposition. Le système de l'assistance à domicile et des soins et secours aux consultations a trouvé des défenseurs au sein de la Société. Nous pourrions même ajouter qu'en principe le système d'assistance à domicile n'a pas eu de contradicteurs à proprement parler; car voici en quels termes s'exprimait le rapporteur de la commission, M. Marjolin, dans son rapport : « Votre commission est de trop bonne foi pour ne pas convenir que si l'assistance à domicile était toujours possible, ce serait la réalisation du beau idéal de la philanthropie... Mais les secours à domicile peuvent-ils remplacer le traitement dans les hôpitaux, et peut-on, par ce moyen, suppléer au manque de lits dans les hôpitaux? »

Sans doute, le rapporteur de la commission reconnaît que le traitement à domicile présenterait des avantages incontestables au point de vue moral, comme au point de vue de la réussite

des opérations, lorsqu'il est véritablement possible. Sans doute aussi, dans l'état présent des choses, un grand nombre d'enfants de la classe indigente sont traités avec avantage à domicile par les médecins du bureau de bienfaisance. Mais dans quelle proportion cette assistance à domicile pourrait-elle être étendue au-delà de ce qu'elle est maintenant, et le pourrait-elle être assez, notamment pour les cas de chirurgie, pour suffire aux besoins de la population indigente et combler les lacunes constatées par la commission? Voilà où est véritablement la question.

Les obstacles à l'extension des soins à donner aux enfants à domicile, il faut bien le dire, sont nombreux. L'un des premiers, sinon le premier, serait la difficulté même que l'on aurait le plus souvent à obtenir de la mère de famille, occupée hors de chez elle ou absorbée par les occupations multiples de son intérieur, si la famille est nombreuse, tous les soins minutieux et intelligents qu'exigera l'exécution des prescriptions du médecin. C'est l'insuffisance numérique, quant à présent, du personnel médical des bureaux, qui a déjà de la peine à suffire à la tâche qui lui est imposée. C'est l'absence, pour les cas chirurgicaux de tout l'outillage nécessaire pour les opérations et les pansements. C'est enfin le danger de la contagion dans les familles où il y a plusieurs enfants, ce qui est le cas le plus commun.

Sans doute, quelques-unes de ces difficultés pourraient être levées en partie par une faible indemnité accordée aux mères des petits malades, ainsi que cela a été observé, et par l'augmentation du nombre des médecins affectés à ce service.

Mais il est un autre obstacle, plus difficile à lever, qui se présente malheureusement beaucoup trop souvent dans les intérieurs des ménages indigents, et dont on ne paraît pas généralement se préoccuper assez dans l'étude de cette question; c'est l'insuffisance et surtout l'insalubrité trop fréquente des logements occupés par les familles indigentes, insalubrité telle que non seulement elle constitue une condition déplorable pour des enfants malades, mais qu'elle est déjà par elle-même une des causes communes de cet étiolement et de cette dégénération physique et morale dont les enfants de la classe indigente de Paris ne présentent que de trop nombreux exemples.

Le rapporteur de la commission s'est très-justement préoccupé de ce point de vue de la question, et en a fait ressortir avec une grande force toute l'importance dans la question. Il suffit, en effet, de jeter les yeux sur un tableau annexé au rapport pour voir combien, soit par l'exiguïté du local, soit par l'encombrement et par l'absence des conditions les plus élémentaires, la proportion des logements insuffisants ou insalubres est considérable (1).

Si l'application de la loi de 1850 sur les logements insalubres, qui est en pleine vigueur dans les grandes villes et notamment à Paris, a pu apporter quelque atténuation à ce triste état de choses, toutes les personnes qui sont à même de visiter fréquemment la demeure du pauvre, comme les médecins des bureaux de bienfaisance, les médecins de l'état civil, les visiteurs de l'assistance, savent combien il reste encore à faire à cet égard.

(1) D'après les renseignements statistiques sur la population indigente de Paris, publiés par les soins de l'administration générale de l'assistance publique, il y a à Paris 8,669 logements de 100 francs et au-dessous, occupés par des ménages indigents; 5,733 logements concédés à titre gratuit; 26,767 logements d'une seule pièce; 11,182 logements composés de deux pièces. — Dans un grand nombre de ces logements, il y a deux, trois, quatre et jusqu'à cinq lits dans la même pièce, et souvent deux ou trois enfants couchant dans le même lit.

On peut juger par là des difficultés que rencontrerait le plus souvent la pratique de la chirurgie dans de pareilles conditions.

Tels sont plus particulièrement les motifs qui rendront encore de longtemps difficile, sinon impossible, l'application large et générale de l'assistance à domicile, particulièrement pour la pratique de la chirurgie et qui justifient au moins dans leurs dispositions les plus générales, sinon dans tous les points, les conclusions proposées par la commission de la Société de chirurgie.

Nous n'avons pas à entrer ici dans la question des dépenses qu'entraînerait la création de nouveaux hôpitaux demandée par cette commission, bien qu'il y ait assurément lieu d'en tenir grandement compte. Mais ce que nous désirerions, c'est qu'en donnant, autant qu'il sera en son pouvoir, satisfaction aux vœux exprimés par la Société de chirurgie, l'administration de l'assistance ne perde pas de vue pour l'avenir le but qu'elle s'est proposée à elle-même, savoir la substitution graduelle, dans les limites de temps, d'étendue et d'application possibles, du système de secours à domicile au régime hospitalier. En attendant, nous répèterons volontiers, à propos de ces deux modes d'assistance, ce qu'en disait dans une circonstance analogue l'illustre auteur du rapport général sur l'assistance et la prévoyance publique à la Chambre des députés en 1850, M. Thiers : « Ne gênez aucun bien, n'en arrêtez aucun, ce n'est pas trop des deux pour soulager la misère. »

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Dumontpallier.

Observations de déviations et de prolapsus de la matrice traités par l'application de l'anneau-pessaire, et suivies de remarques pratiques sur les usages de cet appareil contentif (1).

(Observations recueillies par M. Gény.)

III

Obs. VI. — *Chute complète de la matrice avec cystocèle et rectocèle.* — La femme P..., âgée de trente-huit ans, a eu trois enfants, le premier a vingt et un ans; après cette première couche elle resta, nous dit-elle, paralysée du sentiment et du mouvement, et ce n'est qu'au bout de quatorze mois qu'elle fut rétablie; aujourd'hui il ne reste aucune trace des troubles de la sensibilité et de la motilité dont nous parle cette femme. Elle eut son dernier enfant à l'âge de vingt-six ans.

Depuis cette époque elle commença à souffrir du ventre. Elle éprouvait des douleurs continuelles à l'hypogastre et dans les reins. La station verticale était très-pénible. La malade ne pouvait sans souffrir beaucoup se livrer à son état de blanchisseuse, qu'elle n'abandonna cependant pas. La *miction était pénible et la constipation opiniâtre.* Depuis sept ans, l'utérus est dans l'état que nous allons décrire.

A l'examen on constate que l'utérus est complétement sorti de l'excavation du petit bassin. Il se présente sous l'aspect d'une tumeur volumineuse piriforme, ayant environ 20 centimètres de longueur, sur 35 centimètres environ de circonférence.

L'utérus en se déplaçant a entraîné avec lui la vessie et la paroi antérieure du rectum, de sorte que pour introduire une sonde dans la vessie, il faut la diriger de haut en bas et d'arrière en avant. Le doigt introduit dans le rectum est obligé de se recourber d'arrière en avant pour pénétrer dans sa cavité qui, de même que la vessie se trouve en dehors du petit bassin.

Le périnée est complétement défoncé.

La muqueuse du col de l'utérus et des parois du vagin a presque perdu l'aspect muqueux pour offrir l'apparence de la peau.

Après avoir réduit l'utérus, et réformé avec le doigt les culs-de-sac du vagin, afin de rétablir, autant que possible, les choses dans

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 mars.

leur situation normale, M. Dumontpallier applique un anneau-pessaire de fort calibre nº 7 (diamètre 6 centimètres et demi; épaisseur 15 millimètres), mais en priant la malade à faire effort comme pour aller à la garderobe, on voyait le pessaire basculer et se dégager par son arc antérieur, comme le fait la tête du fœtus lorsqu'elle s'engage sous l'arcade pubienne. Pour remédier à cet inconvénient on engagea la malade à se garnir, et lorsqu'elle allait à la garderobe, on lui recommanda de maintenir pendant les efforts, à l'aide de son doigt, l'arc antérieur du pessaire, ce qui lui était facile.

La malade garde ce pessaire environ trois semaines, sans qu'il sortît, mais un jour qu'elle avait sans doute négligé de se conformer à la recommandation, le pessaire tomba pendant les efforts de la défécation. On remplaça ce pessaire par un plus grand, mais la malade le perdit de la même façon.

M. Dumontpallier eut alors l'idée d'adapter à l'anneau une tige qui, s'insérant sur les spires qui forment la charpente du pessaire, viendrait se fixer sur une plaque pubienne, maintenue elle-même par une ceinture et des sous-cuisses. Ce nouvel appareil eut un plein succès. Dès lors la malade avait beau faire effort, l'arc antérieur du pessaire immobilisé par la tige métallique, ne s'engageait plus sous le pubis, et restait immobile. Grâce aux mouvements de latéralité que la malade peut imprimer à la tige de son appareil la miction n'est nullement gênée.

Depuis trois semaines cette femme porte cet appareil, et elle s'en trouve très-bien. Elle peut se livrer à toutes sortes de travaux dans la salle sans être incommodée ni voir son appareil se déranger. Il y a quelques jours même, elle tomba de son lit en dormant, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient fâcheux. Depuis, elle est allée de l'hôpital Saint-Antoine au bureau central, ou M. Dumontpallier voulait la faire voir à M. le docteur Polaillon, chirurgien consultant des affections utérines; elle n'a nullement souffert durant ce long trajet; bien plus, après lui avoir retiré son appareil, on l'a priée de se contracter, mais ses efforts pour faire sortir son utérus ont été vains, l'utérus est resté en place.

Cette observation est un exemple de chute complète de la matrice avec cystocèle et rectocèle, c'est-à-dire une hernie de l'utérus et d'une partie de la vessie et du rectum, hors du petit bassin. Cette espèce de hernie est le plus souvent réductible. Le but que le chirurgien doit se proposer est donc, après avoir réduit les parties herniées, de les maintenir réduites, et cela de telle façon que la malade puisse vaquer à ses diverses occupations sans ressentir de douleur et sans être exposée à voir sortir sans cesse les organes remis en place. Dans certaines circonstances, et même lorsque le prolapsus est compliqué de cystocèle et de rectocèle, l'application d'un anneau-pessaire de dimensions convenables est suffisante si l'orifice vulvaire et le périnée ont conservé une certaine contractilité et une certaine résistance. L'anneau-pessaire, dans ces cas, conserve la place qu'on lui a donnée et maintient réduits l'utérus, le vagin et les parois du rectum et de la vessie qui avaient été entraînées hors de la vulve.

Mais si la vulve et le périnée déchirés ou relâchés n'offrent plus aucune résistance, il arrive qu'au moindre effort de la malade l'anneau-pessaire est entraîné hors de la vulve, et, lorsque l'on étudie le mode de sortir de l'anneau-pessaire, on constate que la paroi antérieure du vagin s'engage au-dessous de l'arcade du pubis et que bientôt l'arc antérieur du pessaire suit la chute de la paroi antérieure du vagin. Alors, si avec le doigt on s'oppose à l'engagement de l'anneau au-dessous de l'arcade pubienne, on sent que tous les efforts viennent s'épuiser en ce point de résistance, et quoique fasse la femme elle ne peut plus faire sortir le pessaire, et toutes les parties soutenues par le pessaire restent maintenues dans le petit bassin et conservent leurs rapports normaux.

L'indication était donc facile à saisir, il fallait, au moyen d'un appareil aussi simple que possible, empêcher l'arc antérieur de l'anneau-pessaire de s'engager au-dessous de l'arcade pubienne. Pour obtenir ce résultat, nous avons fait fixer une tige métallique sur l'arc antérieur de l'anneau, et après avoir décrit une courbure convenable, la tige métallique vient prendre un point d'appui sur une armature sus-pubienne aussi simple que possible et qui, par sa disposition à claire-voie et des liens convenables, fait pour ainsi dire corps avec la région pubienne. De la sorte, nous conservons à l'anneau une certaine mobilité, qui lui permet de ne blesser aucun des organes avec lesquels il est en contact, le col de l'utérus s'engage dans l'intérieur de l'anneau, et de plus, la tige, qui relie l'anneau à la ceinture pubienne, empêche l'anneau-pessaire de sortir hors de la vulve.

Nous ne croyons pas devoir insister longuement pour faire ressortir les avantages de ce dernier appareil, il ne nous convient pas non plus de faire la critique de tous les appareils inventés jusqu'à ce jour pour maintenir le prolapsus utérin compliqué de cystocèle et de rectocèle ; rappelons seulement que le grand inconvénient de presque tous ces appareils est de repousser directement et immédiatement le col de l'utérus.

Les chirurgiens qui ont eu recours à ces appareils savent quelles sont les conséquences de cette action directe sur le col de l'utérus. Au contraire, l'appareil que nous avons mis en usage chez la femme P..., n'agit directement que sur les parois du vagin, et laisse une certaine liberté au col et au corps de l'utérus ; aussi n'a-t-on pas à craindre avec cet appareil de déterminer des ulcérations du col et des flexions du col sur le corps de l'utérus.

L'observation VI, qui précède ces remarques, prouve les services que l'on peut retirer de cet appareil qui, assurément, est de beaucoup le plus simple et le moins coûteux de tous les appareils de ce genre.

Obs. VII. — *Latéroversion gauche. — Rétroversion.* — La femme V..., âgée de quarante-trois ans, qui jouit d'une santé relativement bonne, est cependant fatiguée par les soins de son ménage et d'une nombreuse famille. Elle a eu sept enfants en quelques années. Les couches se sont bien passées. A la suite de la dernière, qui ne fut pas plus laborieuse que les autres, elle eut une métrorrhagie abondante trois semaines environ après son accouchement, sans qu'elle pût trouver une cause à cette perte de sang. Elle fut contrainte alors de garder le lit pendant quatre ou cinq mois. Depuis elle s'était complétement rétablie et n'avait rien ressenti du côté des organes génitaux pendant plusieurs années.

Il y a environ quatre mois, elle s'aperçut qu'elle avait des flueurs blanches, ce qui ne lui était jamais arrivé. Puis dans le même temps, au sortir d'un bain très-chaud, nous dit-elle, elle fut prise d'une hémorrhagie utérine assez abondante ; c'était, du reste, au moment de son époque menstruelle. Elle ressentit alors de vives douleurs dans le ventre, dans le côté gauche surtout. La malade ne se reposa pas. Elle était obligée, comme beaucoup de femmes du peuple, de surmonter ses souffrances pour remplir ses devoirs de mère de famille. Les pertes sanguines durèrent environ quinze jours, puis elles cessèrent graduellement. Cependant les douleurs qu'éprouvait la malade dans le bas-ventre ne diminuèrent pas. Elle les compare à des lames de couteaux qu'on lui enfoncerait dans le ventre.

Voyant ses douleurs persister, et se trouvant à bout de forces, elle fit appeler un médecin qui lui donna ses soins pendant deux mois environ. Il est fort difficile de savoir comment se trouvaient les organes génitaux internes à ce moment-là, car le médecin ne fit que cautériser le col utérin tous les jours pendant six semaines, disant à sa cliente qu'elle avait *un commencement d'ulcère*. La malade fut ensuite environ six semaines sans souffrir ; mais au bout de ce temps de bien-être, la malade qui avait repris des forces, et ne ressentait plus aucune douleur, éprouva des maux de reins atroces pour la première fois. Elle se plaignait aussi de douleurs dans le côté gauche avec irradiation dans la cuisse du même côté. Lorsqu'elle marchait, la jambe gauche se fatiguait très-rapidement.

La malade continua ses occupations pendant un certain temps; mais ses douleurs ne cessant pas, et ses ressources ne lui permettant pas de faire appeler de nouveau un médecin, elle se décida à venir à l'hôpital demander une consultation.

Par le toucher vaginal, on trouve une latéroversion gauche et une rétroversion complète; le col est derrière le symphise du pubis L'utérus fait une saillie considérable dans le rectum, ce que l'on constate à l'aide du toucher rectal. Il n'y a pas d'abaissement.

En appliquant le spéculum, on ne constate pas de laxité du vagin, l'instrument vient butter, contre le fond du cul-de-sac rétro-utérin, il faut aller avec le bec de l'instrument chercher le col derrière la symphise pubienne pour l'engager entre les deux valves du spéculum.

Les organes sont sains; le col ne porte pas de trace d'ulcération. On applique alors à la malade un pessaire, nº 5 (diamètre, six centimètres; épaisseur de la circonférence, 12 millimètres), en introduisant de nouveau le spéculum, on constate que l'utérus a repris sa position normale, et le col vient s'engager entre les valves du spéculum.

Descendue du lit d'examen, la malade nous dit *que son fondement est moins chargé et qu'elle est plus légère*. On la pria de revenir nous voir.

Nous l'avons revue deux fois depuis le jour ou on lui a placé l'anneau-pessaire. Ses douleurs lombaires ont en partie disparu, la sensation de poids, si pénible à ces malades, n'existe plus.

Il ressort de la lecture de ce fait que, chez des malades qui à la suite d'une inflammation pelvienne ont conservé des adhérences ou des engorgements chroniques péri-utérins avec latéroversion, on peut encore appliquer avec avantage l'anneau-pessaire pourvu que les culs-de-sac soient restés assez souples pour recevoir la circonférence de l'anneau-pessaire. Dans les cas où il n'y a pas de laxité du vagin, si le cul-de-sac latéral est modifié dans sa forme et dans son étendue par une inflammation ancienne qui a cessé d'être douloureuse, on peut encore appliquer l'anneau-pessaire en ayant soin de choisir un anneau de diamètre convenable et à circonférence de peu d'épaisseur, 8 à 10 millimètres. L'élasticité de l'instrument et son peu d'épaisseur le rendent facilement supportable, et il soutient suffisamment la matrice pour faire disparaître les douleurs qui étaient la conséquence de la déviation utérine. L'anneau du reste ne doit jamais être appliqué lorsqu'il y a des douleurs de pelvi-péritonite ou des engorgements douloureux des ligaments larges; et c'est à guérir les accidents inflammatoires aigus ou chroniques que le médecin doit d'abord apporter tous ses soins.

DU FER CONTENU DANS LA RATE.

Par MM. Picard et Malassez.

Après avoir montré qu'il existe dans la rate une quantité de fer qu'il est impossible d'attribuer au sang qui baigne l'organe et qu'une partie de ce fer est susceptible de sortir de la rate à l'état d'hémoglobine, surtout pendant la paralysie des nerfs qui se rendent à l'organe, une question importante restait à résoudre. Il fallait savoir s'il existait dans la rate une substance ferrugineuse spéciale ou si le fer y était purement et simplement à l'état d'hémoglobine distincte de celle du sang et fixée sur les éléments propres de la glande, si cette substance en un mot s'y trouvait accumulée par avance et toute préparée.

Après des tâtonnements inévitables, en présence de ces deux hypothèses, l'expérience a fini par démontrer que c'est la seconde qui exprime la vérité et qu'il y a dans la rate une grande quantité d'hémoglobine distincte de celle du sang; l'expérience qui permet d'affirmer cette proposition est facile à reproduire. Elle est connue dans son principe et a permis déjà à Kühne de démontrer l'existence dans les fibres musculaires d'une faible proportion d'hémoglobine combinée.

Elle consiste à laver au préalable les vaisseaux de l'organe avec une solution de sel marin qui ne dissout pas l'hémoglobine; on peut constater au microscope le moment précis où le liquide qui sort par la veine ne contient plus de globules sanguins, et on peut affirmer qu'alors il n'y a plus de sang dans l'organe en quantité appréciable. Or, si à ce moment (l'organe est encore fortement coloré en rouge) on fait passer dans l'artère un courant d'eau, on voit que presque immédiatement le liquide se met à couler par la veine colorée en rouge, et en même temps on constate que l'organe perd rapidement sa teinte rouge pour en revêtir finalement une jaune paille très-faible.

On obtient ainsi et avant d'arriver à ce terme, plusieurs litres d'une solution rouge.

Dans cette opération on a enlevé au tissu de la rate une matière rouge qui le colorait, laquelle matière non entraînée par la solution de sel marin a été dissoute par l'eau. Il est facile de démontrer que cette matière est de l'hémoglobine : à l'aide du spectroscope on constate, en effet, qu'elle donne les deux raies de l'hémoglobine oxygénée; que ces deux raies sont remplacées après action des agents réducteurs par la raie unique de l'hémoglobine réduite.

On constate également qu'elle absorbe l'oxygène et que cet oxygène est déplacé par l'oxyde de carbone, volume à volume.

Si cette expérience montre qu'il y a dans la rate une forte quantité d'hémoglobine qu'on peut du reste démontrer directement sur les cellules de la rate à l'aide du microspectroscope, elle ne saurait établir que tout le fer qu'on extrait de cet organe doit être attribué à cette substance.

Pour prouver ce second fait, il faut après le lavage rechercher le fer qui pourrait rester dans l'organe.

Or les analyses qui ont été faites dans ces conditions, montrent que la presque totalité du fer a été entraîné par l'eau et que le fer a disparu de l'organe comme l'hémoglobine qui y existait, en d'autres termes elles prouvent que normalement le fer de la rate est purement et simplement à l'état d'hémoglobine, hémoglobine fixée sur les cellules de cet organe qui doit être envisagé comme un réservoir de cette matière.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 mars 1876. — Présidence de M. Parrot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Aconitine. — M. LABORDE, pour répondre aux réclamations qui lui ont été faites dans la dernière séance relativement à la formule de l'aconitine, fait connaître cette formule, telle qu'a cherché à la déterminer M. Duquesnel dans son excellent travail sur cet alcaloïde. Voici cette formule : $C^{54} H^{40} AzO^{20}$. Elle diffère sensiblement de celle qui avait été donnée auparavant et qui était la suivante : $C^{60} H^{47} AzO^{14}$, où, d'après M. Wurtz, $C^{30} H^{47} AzO^{7}$.

M. RABUTEAU fait observer que ces formules avaient été déjà données auparavant, mais qu'elles ne reposent pas encore sur des données assez positives pour devoir être regardées comme absolument exactes. Ce n'est pas, suivant lui, un procédé scientifique que d'admettre plusieurs espèces d'aconitine avant de pouvoir fournir les formules exactes de chacune de ces espèces. On peut dire qu'il y a plusieurs espèce d'aconit et qu'il y en a de plus dangereuses les unes que les autres, mais on ne peut pas dire qu'il y a plusieurs espèces d'aconitine.

M. LABORDE fait observer à la Société qu'il n'a jamais dit qu'il y eût diverses espèces d'aconitine. Il a toujours eu soin d'ajouter au mot : aconitine, les mots : provenant de telle ou telle variété d'aconit.

Vibrions. Bactéries. — M. MARTIN lit un travail sur ce sujet. Il s'est livré à un grand nombre de recherches personnelles sur cette question, et contrairement à ceux qui admettent que les vibrions sont

des végétaux, il est arrivé à cette conclusion, que la bactérie n'est pas un mycélium analogue à celui du champignon ; que les granulations ne sont pas des spores, puisqu'elles ne forment pas le mycélium, comme cela a lieu pour les spores d'un champignon, et que les vibrions sont composés d'éléments contractiles vivants.

Une discussion s'engage sur cette question entre MM. Martin et Rabuteau.

Du fer contenu dans la rate. — M. PICARD, en son propre nom et au nom de M. MALASSEZ, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mars 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES

Myélite aiguë. — M. LAVERAN présente un malade atteint de myélite aiguë antérieure.

Maladie professionnelle. — M. LABOULBÈNE présente un malade qui offre un exemple curieux de maladie professionnelle. C'est un ouvrier qui travaille dans les couleurs d'aniline. Les pieds, les mains et les cheveux de cet homme sont d'une coloration rouge violet. D'ailleurs, très-peu intelligent, il n'a pu donner des renseignements précis sur la profession qu'il exerce ; mais il résulte de ses déclarations, qu'il travaille dans une grande pièce, où se trouvent de grandes cuves dans lesquelles se préparent les couleurs d'aniline, de telle sorte que l'atmosphère de cette pièce est en peu de temps remplie de vapeurs d'aniline. Cet homme a travaillé pendant un mois dans cet atelier sans présenter d'autres accidents que cette coloration rouge violet des mains, des pieds et des cheveux. Après ces deux mois, il a commencé à se plaindre de démangeaisons à la verge, aux bourses, et a vu ces parties se tuméfier. Trois mois après, il a éprouvé des troubles nerveux, tels que vertiges, étourdissements, obtusion des sens, diminution de la sensibilité, etc., se rapprochant beaucoup plus de ceux que produit le sulfure de carbone que de ceux auxquels donne lieu l'arsenic, qui, comme on sait, est considéré comme la cause des accidents qu'on observe chez les ouvriers qui travaillent dans les couleurs d'aniline.

M. BERGERON a eu l'occasion de voir un grand nombre de malades présentant beaucoup d'analogie avec celui que vient de présenter M. Laboulbène. Il fait observer toutefois que jamais, jusqu'ici, il n'a rien trouvé du côté de la verge ou des bourses chez les ouvriers travaillant dans les couleurs d'aniline. Mais rien n'est plus complexe que la fabrication de ces couleurs, et l'on n'en finirait pas, si l'on voulait énumérer tous les accidents auxquels sont exposés ces ouvriers.

Pour se rendre un compte exact de ces accidents, il faudrait pouvoir suivre toutes les diverses opérations que nécessite la fabrication de ces couleurs d'aniline. C'est à tort, suivant M. Bergeron, qu'on veut rapporter à l'arsenic la plupart de ces accidents. L'arsenic n'est employé que dans une seule des nombreuses opérations qui constituent la fabrication de ces couleurs. D'ailleurs, les accidents qu'il produit ne sont pas du tout semblables à ceux que présente le malade de M. Laboulbène.

M. LABOULBÈNE partage complétement l'opinion de M. Bergeron, mais il fait observer qu'il est difficile d'expliquer chez son malade l'apparition des accidents du côté des bourses et de la verge.

M. BERGERON ajoute que, chez la plupart de ces ouvriers, il faut avoir soin de distinguer l'anémie vraie, l'aglobulie, résultant de la misère, d'une fausse anémie, simplement constituée par la décoloration des tissus, et que l'on peut faire disparaître en très-peu de temps en faisant respirer de l'oxygène à ces malades.

Cancer du larynx. — M. ISAMBERT, à l'appui des considérations qu'il a présentées dans la dernière séance relativement à l'existence de tumeurs cancéreuses du larynx qui, pendant longtemps, peuvent ne donner lieu à aucun symptôme appréciable, présente un malade qui, sauf un ganglion induré, en avant du sterno-mastoïdien, n'offre aucun symptôme particulier, et qui pourtant est atteint d'une tumeur cancéreuse, dont le point de départ se trouve sur l'épiglotte et dont, par conséquent, le pronostic est des plus graves.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Dermatite exfoliatrice. — M. FÉRÉOL présente des lambeaux d'épiderme provenant d'un malade de M. le docteur Vérité. Il s'agit d'un homme de quarante ans, officier, qui, depuis assez longtemps, est atteint d'un psoriasis pour lequel M. Vérité l'a envoyé aux eaux de la Bourboule. Parmi ces lambeaux, se trouve une véritable semelle provenant de la desquamation de la totalité de la plante du pied. M. Féréol montre, en outre (et c'est là surtout le point important de sa communication) des lambeaux en forme de doigts de gant provenant de la desquamation, en une seule pièce, de plusieurs orteils, et dans l'intérieur desquels se voit l'empreinte qu'y ont laissée les ongles. Il semble donc qu'il se soit fait une prolifération exagérée de l'épiderme des doigts de pied, qui a passé par dessus les ongles en les recouvrant complétement. Ces ongles étaient altérés, mais non détruits. C'est là un fait tout à fait en dehors de ce que l'on observe habituellement.

M. BESNIER dit qu'il serait intéressant que ces pièces fussent l'objet de préparations histologiques, qui seules permettraient de reconnaître si elles ne contiennent que les éléments épidermiques, ou si elles contiennent en même temps quelques-uns des éléments cornés qui entrent dans la structure des ongles.

M. FÉRÉOL a l'intention de pratiquer ces examens ; mais il a cru devoir auparavant montrer les pièces entières.

COMMUNICATIONS

De la confusion possible, chez les enfants, de la fièvre intermittente pernicieuse avec la méningite. — M. J. SIMON rapporte en quelques mots l'observation suivante : un enfant de trois ans, dont la sœur est morte, âgée de onze ans, dans l'espace de six jours, emportée par des accidents mal déterminés, est pris, le 5 mars dernier, de phénomènes étranges, tels que fièvre intense, malaise général, douleurs dans la tête, roideur du cou, un peu de ballonnement du ventre, pas de nausées ni de vomissements ; les mains sont froides. Le matin, on comptait 124 pulsations ; le soir, 144. On voyait, pour ainsi dire, l'enfant disparaître ; on ne constatait aucun signe avéré de méningite, et cependant l'enfant allait de plus en plus mal. Depuis plusieurs semaines, cet enfant avait présenté quelques symptômes particuliers ; sa mère avait remarqué qu'il avait souvent les mains froides ; que souvent, vers onze heures du soir, il était pris d'un malaise inexprimable, dont il ne restait aucune trace le lendemain matin.

Le 21 février, il fut pris de convulsions en voiture. Le problème, on le voit, était des plus complexes. Plusieurs medecins avaient diagnostiqué une méningite. M. Ricord seul avait dit quelques jours auparavant : cela ressemble à de la fièvre intermittente ; je donnerais volontiers du sulfate de quinine à cet enfant. Au moment où M. Simon fut appelé, dans l'hypothèse d'une méningite, l'enfant était inévitablement perdu ; il n'y avait donc aucun inconvénient à suivre la voie tracée par M. Ricord et à agir dans le sens d'une fièvre intermittente pernicieuse. C'était là, du reste, l'opinion de M. J. Simon. On donna donc, le 5 mars, 70 centigrammes de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures. Le lendemain, à onze heures, M. J. Simon trouva cet enfant jouant avec des soldats de plomb. Il y avait un mieux sensible ; cependant il avait encore de la fièvre, les mains froides et la langue altérée, comme elle l'est habituellement dans la fièvre intermittente pernicieuse. Le sulfate de quinine fut continué jusqu'à l'ivresse quinique.

Le 6, au soir, le petit malade était complétement plongé dans cette ivresse, sommeil, hébétude, surdité, etc.

Le lendemain 7 mars, l'enfant faisait le tour du salon sur un cheval à mécanique ; il était complétement guéri.

M. Simon fait observer que, dans bien des cas, on a dû prendre

des méningites pour des cas semblables de fièvre intermittente pernicieuse, que l'on eut pu combattre avec succès par le sulfate de quinine. Cette observation montre, en outre, que les enfants peuvent supporter d'assez fortes doses de sulfate de quinine sans en ressentir aucun inconvénient.

M. BERGERON demande à M. Simon si, chez cet enfant, la rate a été examinée.

M. SIMON répond qu'elle l'a été et qu'elle n'a été trouvée volumineuse que dans les derniers temps.

M. BESNIER demande dans quel quartier de Paris habite cet enfant.

M. SIMON répond qu'il habite près du canal Saint-Martin.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Histoire des plantes (1).

Par M. H. BAILLON, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris.

GÉRANIACÉES. — LINACÉES. — TRÉMANDRACÉES. — POLYGALACÉES. — VOCHYSIACÉES. — EUPHORBIACÉES. — TÉRÉBINTHACÉES. — SAPINDACÉES. — MALPIGHIACÉES. — MÉLIACÉES.

VII

Les « Térébinthacées » suivent les Euphorbiacées ». M. Baillon les partage en cinq séries ou tribus :

I. *Spondiées.* — 3 genres : Spondias, L.; Buchanania, Roxb.; Sclerocarya, Hochst.

II. *Burserées.* — 9 genres : Bursera, Crepidospermum, Hook f.; L. Balsamea, Gled.; Dasycarya, Liebm.; Paiveusea, Welw; Boswellia, Roxb.; Canarium, L.; Garuga, Roxb.; Hedwigia, Sw.

III. *Anacardiées.* — 29 genres : Schinus, L.; Sorindeia, Dup. Th.; Solenocarpus, W. et A.; Tapirira, Gubl.; Haematostaphis, Hook f.; Gluta, L.; Swintonia, Griff; Melanorrhoea, Wall.; Astronium, Jacq.; Parishia, Hook f.; Loxopterygium, Hook f.; Botryceras, W.; Smodingium, E. Mey; Faguetia, March.; Juliania, Schl.; Rhus, L.; Comocladia, P. Br.; Pistacia, L.; Mangifera, L.; Anacardium, Roxb.; Semecarpus, L. fr.; Nothopegia, Bl.; Campnosperma, Thw.; Holigarna, Ham.; Drymicarpus, Hook f.; Thyrsodium, Bth.; Pentaspadon, Hook f.; Corynocarpus, Forst.

IV. *Mappiées.* — 15 genres : Mappia, Jacq.; Poraqueiba, Aubl.; Emmotum, Desv.; Lasianthera, P-B.; Kummeria, Mart.; Pleurisanthes, H. Bn.; Desmostachys, Pl.; Apodytes, E. Mey; Anisomallon, H. Bn.; Pennantia, Forst; Leptaulus, Benth.; Gonocaryum, Miq.; Alsodeiopsis, Oliv.; Platea, Blum.; Villaresia, R. et P.; Sarcanthidion, H. Bn.; Cassinopsis, Sond.; Grisollea, H. Bn.

V. *Phytocrénées.* — 8 genres : Phytocrene, Wall.; Miquelia, Meissn.; Sarcostigma, W. et A.; Iodes, Bl.; Nasiatum, Ham.; Pyrenacantha, Hook; Chlamidocarya, H. Bn.; Cardiopterys, Wall.

Cette famille, dont quelques représentants existent en France, est surtout connue par ses sucs gommo-résineux (mastic, encens, élémi, myrrhe, baume de la Mecque et bdellium). M. Baillon discute avec succès l'origine de ces divers baumes, et nous indique les plantes qui les produisent. On connaît le fréquent usage que l'on fait en Turquie du mastic, obtenu par incision de l'écorce, du tronc et des grosses branches du Pistacia Lentiscus. Le Pistachier franc nous fournit les graines employées par les confiseurs ou entrent comme condiments dans divers aliments.

Il faut suivre M. Baillon dans l'énumération de ces diverses qualités, où l'on trouve la graine alimentaire, ou le vésicatoire, suivant que l'on s'adresse à la partie externe ou interne de la graine, et qui fait penser involontairement à la fable de Florian. Ici nous trouvons la pomme de Cythère, beau et bon fruit du Spondias dulcis. Là, s'écoulent les Vernis; puis les bois de luxe, et pour en finir, nos jardins tirent leurs ornements de plusieurs Sumacs, à feuillage magnifique, d'un rouge éclatant en automne.

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 mars.

VIII

Les « Sapindacées » se placent entre les « Térébinthacées » et les « Malpighiacées ». Plantes des pays chauds, très-abondantes dans les régions tropicales des deux mondes, rares dans les pays tempérés; elles ne sont représentées jusque dans les pays froids que par les Érables, les Staphylea, qui se rencontrent jusque dans l'Europe, l'Amérique du Nord, où croissent aussi des Aesculus, des Koelreuteria et le Xanthoceras, qui habitent la Chine boréale, quelques Dodonoea et l'Alectryon, qui croissent dans la Nouvelle-Zélande.

La situation des feuilles, leur composition, la régularité ou l'irrégularité des fleurs, la régularité ou l'irrégularité du disque, sa position, celle du gynécée, sont les caractères variables employés par M. Baillon pour différencier les huit séries qui constituent les « Sapindacées » de la manière suivante :

I. *Staphylées.* — 2 genres : Triceros, Locr.; Staphylea, L.

II. *Sabiées.* — 2 genres : Sabia, Colebr.; Meliosma, Bl.

III. *Sapindées.* — 40 genres : Sapindus, Plum.; Euphoria, J.; Nephelium, L.; Podonephelium, H. Bn.; Xerospermum, Bl.; Deinbollia, Sch. et Th.; Heterodendron, Dsf.; Capura, Blanco; Cupania, L.; Eriocoelum, Hook f.; Crossonephelis, H. Bn.; Talisia, Aubl.; Lecaniodiscus, Pl.; Jagera, Bl.; Lepisanthes, Bl.; Anomosanthes, Bl.; Macphersonia, Bl.; Glenniea, Hook f.; Schleichera, W.; Melicocca, L.; Huertea, R. et P.; Alectryon, G.; Eryandrostachys, H. Bn.; Thouinia, Poit.; Atalaya, Bl.; Ptaeroxylon, Eckl. et Zeyh.; Melicopsidium, H. Bn.; Harpulia, Roxb.; Hypelate, P. Br.; Hippobromus, Eckl. et Zeyh.; Pseudopteris, H. Bn.; Averrhoidium, H. Bn.; Filicium, Thw.; Ganophyllum, Bl.; Dodonala, L.; Dichostemon, F. Muell.; Alvaradoa, Liebm.; Akania, Hook f.; Llagunoa, R. P.; Xanthoceras, Bge.

IV. *Pancoviées.* — 22 genres : Pancovia, W.; Chytranthus, Hook f.; Schmidelia, L.; Hemigyrosa, Bl.; Diplogottis, Hook f.; Paullinia, L.; Castanella, Spruce; Valenzuelia, Bert.; Bridgesia, Bert.; Urvillea, H. B. K.; Serjania, Plum.; Toulicia, Aubl.; Pseudatalaya, H. Bn.; Cardiospermum, L.; Koelreuteria, Laxm.; Stocksia, Benth.; Dipleptis, Endl.; Erythrophysa, E. Mey.; Cossignia, Comm.; Loxodiscus, Hook f.; Ungnadia, Endl.; Magonia, A. S. H.

V. *Aesculées.* — 2 genres : Aesculus, L.; Billia, Peyr.

VI. *Mélianthées* — 3 genres : Melianthus, T.; Bersama, Fresen.; Greyia, Hook et Harv.

VII. *Aitoniées.* — 1 genre : Aitonia, L. f.

VIII. *Acérées.* — 2 genres : Acer, T.; Dobinea, Ham.

Une des propriétés les plus curieuses des Sapindacées est celle que possèdent les Savonniers, dont le principe amer rend l'eau mousseuse, lui donne les qualités du savon, mais altère rapidement le linge. Diverses plantes forment ces Savonniers employés aux Indes occidentales, à la Guyane, à Maurice, dans l'Afrique tropicale occidentale et au Brésil. Le bois de Panama du commerce appartient très-probablement à cette famille.

Certains Euphoria donnent un fruit alimentaire; il en est de même des Nephelium. Le Cupana sapoda de Guinée, transporté aux Antilles, sert comme condiment, et est la base d'une conserve employée dans le traitement des diarrhées. L'odeur des fleurs est suave. A côté de ces plantes utiles, M. Baillon signale celles qui ont un danger plus ou moins reconnu; puis, insistant, comme toujours, sur les propriétés thérapeutiques, il nous fait assister au traitement de l'Érable à sucre.

IX

Les « Malpighiacées » forment un petit groupe très-naturel, qu'on a eu le tort de beaucoup trop diviser. La configuration du fruit, et le nombre absolu des étamines, sont les caractères qui se placent en première ligne, pour distinguer les séries ou les genres.

M. Baillon admet quatre séries :

I. *Malpighiées.* — 19 genres : Pterandra, A. Juss.; Acmanthera, Grsb.; Coleostachys, A. Juss.; Clonodia, Grsb.; Echinopterys, A. Juss.; Heladena, A. Juss.; Galphimia, Cav.; Thryallis, Mart.; Lasiocarpus, Liebm.; Spachea, A. Juss.; Lophanthera, A. Juss.; Verrucularia, A. Juss.; Malpighia, L.; Byrsonima, L. C. Rich.; Bunchosia, L. C. Rich.; Glandonia, Grsb.; Diacidia, Grsb.; Dicella, Grsb.; Burdachia, A. Juss.

II. *Banistériées.* — 12 genres : Banisteria, L.; Peixotoa, A. Juss.; Ryssopterys, Bl.; Brachypterys, A. Juss.; Stigmaphyllon, A. Juss.;

Heteropterys, H. B. K.; Henleophytum, Karst.; Lophopterys, A. Juss.; Sphedamnocarpus, Pl.; Acridocarpus, Guill. et Perr.; Tricomaria, Hook et Arm.; Ptilochaeta, Turcz.

III. *Hiréées.* — 12 genres : Hiraea, Jacq.; Diplopterys, A. Juss.; Tetrapterys, Cav.; Triopterys, L.; Aspidopterys, A. Juss.; Triaspis, Burch.; Flabellaria, Cav.; Jubelina, A. Juss.; Hyptage, G.; Tristellateia, Dup. Th.; Dinemandra, A. Juss.; Dinemagonum, A. Juss.

IV. *Gaudichaudiées.* — 5 genres : Schwannia, Endl.; Janusia, A. Juss.; Camarea, A. S. H.; Aspicarpa, Lag.; Gaudichaudia, H. B. K.

Les usages des Malpighiacées ne sont pas nombreux. En général, ce sont des plantes à bois et écorce astringents, assez riches en tannin, parfois aussi en matière colorante rouge.

X

Les « Méliacées » terminent le cinquième volume de l'*Histoire des Plantes.* Extrêmement voisines des Sapindacées, elles n'en devraient peut-être pas être séparées à titre de famille distincte. M. Baillon pense qu'on pourrait les considérer comme présentant une forme régulière de Sapindacées, à disque intérieur à l'androcée, à radicule supère, et surtout à carpelles constamment unis, dans leur portion inférieure, en un ovaire pluriloculaire.

M. Baillon, sous cette réserve, divise en quatre séries les méliacées.

I. *Méliées.* — 6 genres : Melia, L.; Cipadessa, Bl.; Munronia, Wight.; Naregania, W. et Arn.; Quivisia, Comm.; Turraea, L.

II. *Trichiliées.* — 17 genres : Trichilia, L.; Owenia, F. Muell.; Heynea, Roxb.; Ekebergia, Sparm.; Beddomea, Hook f.; Hearnia, F. Muell.; Guarea, L.; Dasycoleum, Turcz.; Turraeanthus, H. Bn.; Synoum, A. Juss.; Aglaia, Lour.; Lansium, Rumph.; Amoora, Roxb.; Epicharis, Bl.; Cabralea, A. Juss.; Sandoricum, Cav.; Chisocheton, Bl.

III. *Swieteniées.* — 6 genres : Swietenia, L.; Soymida, A. Juss.; Khaya, A. Juss.; Chickrassia, A. Juss.; Elutheria, Roem.; Carapa, Aubl.

IV. *Cédrélées.* — 3 genres : Cedrela, L.; Chloroxylon, Dc.; Flindersia, R. Br.

Des traits qui approchent les Méliacées des Sapindacées, on pouvait présumer que leurs propriétés avaient de grands points de contact. Il en est réellement ainsi, et nous ne croyons pas devoir entrer dans plus de développements.

En résumé, le volume que nous venons de parcourir continue avec le même soin et la même distinction une œuvre qui est destinée à tenir une place considérable dans l'histoire de la botanique. « L'Histoire des Plantes » est un titre de la plus grande valeur aux yeux de la science. M. Baillon doit être heureux de voir ses travaux édités avec une entente si parfaite de ce qui fait les beaux et bons livres. Les souscripteurs peuvent se reposer sur la rapide terminaison de l'Histoire des Plantes. M. Baillon travaille et la maison Hachette publie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — AVIS. — A partir de ce jour, le programme des cours du deuxième semestre de l'année scolaire sera distribué gratuitement à MM. les étudiants, au secrétariat de la Faculté (bureau des renseignements).

Pour tous les renseignements dont ils ont besoin, MM. les étudiants sont priés de s'adresser exclusivement soit au doyen, soit au secrétaire de la Faculté, soit au bureau spécial établi au secrétariat.

Il n'est rien dû aux garçons et employés pour les services rendus à l'intérieur de la Faculté.

L'administration tient à la rigoureuse exécution de cette prescription.

— *Erratum.* — Page 285, 2e colonne, au sujet de la communication de M. Houzé de L'Aulnoit, *au lieu de* 1,500 grammes de pression sur le bras, qu'exercerait la bande de caoutchouc, *il faut lire* 12 kilos, et *au lieu de* 2,000 grammes sur la cuisse, *lisez* 15 kilos 400 grammes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 38. — JEUDI 30 MARS 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 30 MARS 1876. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Quand trois dermatologistes comme MM. Hardy, Devergie et Hillairet ne sont pas d'accord sur la détermination d'un fait particulier de pathologie cutanée, on peut assurément en conclure que ce fait est obscur et son classement difficile. Tel est le cas de la malade que M. Desprès avait soumis à l'examen de l'Académie en novembre dernier et sur lequel M. Hardy a fait un rapport dans la séance du 29 février. Il s'agissait, on s'en souvient, d'une altération toute particulière et rare de l'avant-bras et de la main qui étaient le siége d'une rougeur vive et d'ulcérations dont quelques-unes avaient l'aspect phagédénique; les doigts indicateur, annulaire et auriculaire étaient détruits jusqu'à la partie supérieure des phalangines; le tout s'accompagnant de douleurs vives et lancinantes. M. Desprès avait, sauf rectification et prêt à se rendre d'ailleurs à l'avis qu'il demandait, qualifié le fait du nom de « lupus de la main et des doigts ».

M. Hardy, dans son rapport, sans contester la nature scrofuleuse de quelques-uns des phénomènes précédemment constatés chez cette malade, n'accepta pas cette qualification. Refusant complétement de rapporter à la scrofule les lésions survenues dans les doigts de cette malade, il les considéra comme devant être rapprochées de la maladie décrite en 1862, par M. Maurice Raynaud, sous le nom d'asphyxie locale, ou de gangrène idiopathique des extrémités.

Des deux membres qui composaient avec lui la commission, MM. Hillairet et Devergie, M. Hillairet seul partagea son avis. M. Devergie se séparant de ses deux collègues a vu dans le fait présenté par M. Desprès un cas de lèpre.

On a lu dans le compte rendu de la séance du 14 mars un court résumé de l'argumentation de M. Devergie et les motifs qui l'avaient engagé à se séparer dans cette circonstance de ses deux collègues. Pour M. Devergie il s'agissait là d'une lèpre, de celles qui se montrent quelquefois encore en France, mais avec des caractères beaucoup moins accusés que dans les pays chauds. Les motifs de M. Devergie pour se prononcer ainsi étaient : d'une part, les différences qu'il constatait entre l'état de la malade en question et la gangrène symétrique de M. Maurice Raynaud; d'autre part les caractères qui lui semblaient rapprocher davantage ce cas de certaines formes de lèpre qu'il a décrites sous le même nom de lèpre gangréneuse.

Les différences portent, dans l'espèce, sur l'absence de symétrie, sur l'âge de la malade, sur l'humidité de la gangrène, sur le point même du début de la gangrène, sur l'absence complète d'analogie entre les débuts et la marche de la gangrène symétrique avec ceux de la maladie de cette femme, enfin sur l'absence d'un phénomène qui semble rattacher la gangrène symétrique à une affection de la moelle ou de ses enveloppes, les douleurs vives dans les membres atteints et dans les régions cervicale et lombaire.

En faveur de sa détermination pour la lèpre, M. Devergie se fonde sur ce que la maladie dont est atteinte cette femme ne ressemble à aucune des formes élémentaires simples ou composées connues en dermatologie; sur ce qu'elle rappelle, au contraire, cette lèpre où, après une teinte générale bronzée, on voit les extrémités se gangrener peu à peu, la gangrène amenant successivement la perte des doigts, de la main, de l'avant-bras et quelquefois d'un membre entier; enfin, sur ce que les médecins qui se livrent à la pratique des maladies de la peau, rencontrent quelquefois encore en France, non pas des cas de lèpre bien accusés et bien caractérisés, mais des cas mitigés, qui se rattachent à cette affection.

Tel n'est pas l'avis de M. Hillairet qui, non-seulement ne veut pas reconnaître les caractères de la lèpre dans ce cas, mais qui ne les trouve pas davantage dans les autres faits cités par M. Devergie comme des exemples de lèpre mitigée, pas plus que dans les faits rapportés dans l'ouvrage d'Alibert et qui conteste, en un mot, l'existence d'une lèpre française.

Entre M. Devergie et M. Hillairet, comme on le voit, la contradiction est complète. Elle l'est beaucoup moins entre M. Devergie et le rapporteur. On a vu que, dans son rapport, M. Hardy rapprochait l'affection de la malade de M. Desprès de la gangrène symétrique de M. Maurice Raynaud. Mais, ajoutait-il, en envisageant comme une affection du système nerveux la maladie dont nous avons rapporté l'histoire, en considérant l'altération des nerfs trophiques comme semblable dans le cas dont il s'agit et dans la lèpre, nous nous rapprochons beaucoup de l'opinion de M. Devergie, qui veut donner à l'affection le nom de lèpre. Si ce n'est pas la vraie lèpre, c'est au moins une maladie analogue, et dont les lésions anatomiques doivent être bien voisines relativement à leur siége et à leur nature.

M. Hardy a reproduit et développé hier la même idée dans sa réponse à M. Devergie, lequel à son tour a déclaré maintenir son opinion entière.

N'est-ce pas ainsi que finissent en général les discussions? Il n'est pas sans quelque intérêt de faire remarquer, en passant, cette particularité d'une confusion devenue possible, au point que M. Hardy l'a quasi admise, entre une de ces maladies disparues de la scène pathologique, comme l'histoire constate plus d'un exemple, et une maladie, nous ne dirons pas nouvelle, mais tout nouvellement décrite.

Avant et après cette petite discussion, l'Académie a entendu deux très-bons rapports, l'un de M. Gubler sur la lecture faite en décembre dernier par M. Oulmont sur l'aconit et l'aconitine, et qui conclut avec l'auteur à la révision des formules de cet agent thérapeutique; le second de M. Marey sur un point de physiologie pathologique très-digne d'intérêt, l'explication du dicrotisme et du polycrotisme. Ce dernier rapport va très-probablement devenir le sujet d'une discussion, qui nous fournira l'occasion d'examiner la question. Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Lancereaux.

Ulcère simple de l'estomac.

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

I

Au n° 19 de la salle Saint-Jean de Dieu est couché un homme de trente-huit ans, exerçant la profession de passementier. Du côté de sa famille, il ne présente aucun antécédent morbide; il est lui-même bien constitué et affirme n'avoir jamais eu de maladie antérieure, ni syphilis, ni rhumatisme, en un mot, aucune affection chronique. A vingt et un ans, il tira au sort et fut envoyé en Afrique. Là il s'adonna à l'absinthe; il en buvait, dit-il, des quantités assez considérables, huit à dix verres par jour. Pendant la campagne d'Italie, à laquelle il prit part, il fit également de grandes consommations d'alcool et d'absinthe. En 1865, son congé fini, il revint à Paris. A partir de ce moment, il renonça à ses habitudes alcooliques, mais pour s'y livrer de nouveau, en 1870, à l'époque du siége.

Dès l'année 1871, il commença à ressentir quelques troubles du côté des fonctions digestives; il eut alors de la dyspepsie, des nausées, quelques éructations, des renvois acides, et enfin un vomissement extrêmement abondant de sang rouge, presque rutilant. Il n'est pas très-affirmatif cependant sur la coloration des matières vomies, car depuis, il nous a dit qu'elles étaient colorées en noir. Quoi qu'il en soit, il est évident qu'il a eu une hématémèse subite, et que celle-ci fut assez abondante.

Sur ces entrefaites, il entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Chauffard, où on le soumit au régime du lait et de la glace. Il en sortit au bout d'un mois dans un état d'amélioration très-satisfaisant. Il semble donc que déjà dès cette époque, ce malade présentait une altération particulière de l'estomac.

Sorti de l'hôpital, les digestions étaient redevenues plus faciles; cependant il éprouvait encore une sensation de chaleur à l'épigastre; il avait toujours des renvois acides, quelques éructations. En 1872 enfin, il survint chez lui une nouvelle hématémèse, ayant les mêmes caractères que la première; toutefois, elle fut moins abondante, et le malade ne crut pas devoir rentrer à l'hôpital.

Jusque-là les crises ne s'étaient reproduites qu'à des intervalles assez longs, mais, depuis un an, les digestions n'ont cessé d'être difficiles; à la suite des repas, cet homme éprouve une sensation de pesanteur au niveau de l'estomac, et quelques heures après avoir mangé, une sensation de brûlure de fer chaud à l'épigastre. Il a des hoquets, des nausées, quelques vomissements acides composés de matières alimentaires et de liquides de différentes natures. Si l'on fait l'analyse des matières vomies, on y constate la présence des acides butyrique, lactique, valérianique. Outre ces vomissements, il se produit chez lui des alternatives de diarrhée et de constipation. De plus, ce malade s'est amaigri progressviement depuis environ six mois; les phénomènes morbides dont il se plaint vont s'aggravant de jour en jour, les vomissements sont presque quotidiens, régulièrement périodiques. Ils ont lieu trois à quatre heures après les repas. C'est un point sur lequel j'insiste.

Depuis six mois, le sentiment de brûlure, de pyrosis, est bien plus accusé. En outre, cet homme éprouve une douleur extrêmement vive, surtout après les repas, à l'épigastre, au niveau de l'appendice xyphoïde, et dans le dos en un point correspondant à la pointe du sternum, à gauche de la colonne vertébrale. Dans ces derniers temps, la diarrhée n'a cessé d'être persistante. Enfin le 19 novembre, le malade est entré à l'hôpital.

Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvé à cette époque :

Il est très-amaigri, et cet amaigrissement tient plutôt à la disparition presque complète du tissu cellulo-adipeux qu'à l'atrophie des muscles qui, bien que diminués de volume, ont conservé leur relief habituel. Outre son amaigrissement, le malade présente une pâleur générale des téguments, pâleur qu'on constate aussi bien à la surface de la peau qu'à celle des muqueuses. Ce n'est pas la teinte jaune du cancer, pas davantage la teinte jaune feuille morte de la cirrhose. D'ailleurs, pas la moindre trace d'œdème ni de bouffisure en aucune partie du corps.

En découvrant le malade, on trouve, au niveau de l'épigastre, à l'estomac une saillie dure, formant relief. Par la percussion, on constate en ce point l'existence d'un bruit hydro-aérique, qui s'étend du cinquième espace intercostal au rebord inférieur des fausses côtes. Si, le malade étant couché horizontalement et dans le relâchement complet, on imprime au tronc un mouvement très-brusque, on perçoit un bruit de clapotement ou de glouglou indiquant qu'il existe dans l'estomac une certaine quantité de liquides et de gaz. Ce signe néanmoins n'a pas une très-grande valeur, car il peut s'observer dans l'état de santé.

La palpation de l'abdomen ne se pratique pas sans difficulté, car, par suite de l'anémie dans laquelle le malade est tombé, il existe une hyperesthésie telle, que la simple application de la main réveille des douleurs intenses, qui paraissent avoir leur siége dans la peau plutôt que dans les organes sous-jacents. Il se produit alors une contraction énergique des muscles grands droits de l'abdomen, contraction qui ne se faisant que partiellement, par le fait des intersections fibreuses qui les divisent pourrait faire croire, au premier abord, à l'existence d'autant de petites tumeurs. Mais il n'en est rien, et l'impression douloureuse finissant par se dissiper, on ne constate dans les viscères l'existence d'aucune lésion de cette nature.

En cherchant à provoquer la douleur, on reconnaît qu'elle est extrêmement intense en un point situé immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde du sternum. Dans cette région, en effet, le doigt appliqué perpendiculairement sur l'estomac, détermine une douleur intolérable. Il en est de même, en arrière, à gauche de la colonne vertébrale, à la hau-

teur de la pointe du sternum. Enfin, la même sensation douloureuse est perçue par le malade, quoique moindre, à l'angle de quelques-unes des côtes. Quant aux autres organes, foie, rate, intestin, ils paraissent absolument sains.

En présence de cet état, nous avons été conduit à supposer chez ce malade l'existence d'une lésion de l'estomac, lésion qui n'est évidemment autre qu'un ulcère simple de cet organe. Comme l'estomac est dilaté, il est probable que l'ulcère siége dans la région du pylore, qu'il est actuellement cicatrisé et que la cicatrisation ayant amené un léger retrait de la région pylorique, il en est résulté une dilatation de l'organe. Cette cicatrisation ne doit pas être très-ancienne, car en excitant la paroi abdominale, nous avons toujours senti l'estomac se contracter sous la main, et il nous a même été possible de distinguer à l'œil nu les mouvements de reptation dont il est animé.

Les vomissements qui avaient cessé pendant quelque temps sous l'influence du régime lacté, ont reparu avec intensité depuis quelques jours. D'abord peu colorés, aqueux en grande partie, ils sont devenus noirs, semblables à de la suie délayée dans l'eau, à du marc de café, tels en un mot qu'on les observe dans l'ulcère de l'estomac. Ils sont toujours très-abondants à cause de la dilatation énorme que présente l'organe. En même temps est survenue une diarrhée abondante. Les selles ont tout à fait les caractères des matières vomies, c'est-à-dire qu'elles sont noirâtres et mæléniques.

Ces vomissements, examinés avec soin au microscope, ne paraissent pas contenir de ces champignons qu'on désigne sous le nom de sarcines, mais la matière colorante de sang y abonde, ainsi que des globules rouges plus ou moins digérés. On ne saurait donc douter que la coloration noire des matières vomies ne soit due à une exsudation sanguine, laquelle ne se produisant que peu à peu, donne au sang le temps de se digérer au fur et à mesure qu'il est épanché dans l'estomac.

Enfin, je dois vous dire que le 6 décembre, notre malade a eu une rétention d'urine. La cause de ce phénomène m'échappe, mais il est probable qu'elle est due à la faiblesse générale dans laquelle il est plongé. Les urines ne contiennent pas d'albumine, seulement une très-grande quantité de matières colorantes.

Sous l'influence du régime lacté, de potions au perchlorure de fer, d'applications de glace, le sang a disparu des matières vomies. Aujourd'hui, cependant, cet homme est extrêmement faible, et sa faiblesse tient évidemment à ce que, depuis quatre ou cinq ans, il ne cesse de souffrir, à ce que ses digestions se font mal et qu'il est épuisé par les nombreuses hémorrhagies qu'il a subies.

En résumé, nous avons donc affaire à un homme de trente-huit ans, assez bien constitué, qui a, pendant plusieurs années, commis de nombreux excès alcooliques, qui s'est livré à une consommation exagérée d'absinthe, et qui cependant ne présente aucun phénomène d'intoxication générale appréciable. Ce n'est qu'à partir de l'année 1871, après avoir repris ses habitudes alcooliques un moment oubliées, que les digestions commencent à devenir difficiles, qu'il a des renvois acides, puis une hématémèse abondante. Soumis une première fois au régime lacté, il sort de l'hôpital amélioré, mais bientôt, nouvelle réapparition des troubles de la digestion, des hématémèses, sensation douloureuse très-vive à la région épigastrique, sous forme de brûlure, de rongement, vomissements, et enfin affablissement général, tel que le malade est désormais incapabable de reprendre ses occupations. Il rentre à l'hôpital, où nous constatons une dilatation assez considérable de l'estomac, sans existence d'une tumeur appréciable.

A quelle affection devons-nous rattacher ces troubles du côté de l'estomac? Tout d'abord, nous devons éliminer l'idée d'une hémorrhagie ayant pu se produire sous l'influence d'une lésion siégeant ailleurs que dans l'estomac, comme cela se présente quelquefois dans la cirrhose, chez les individus dont les lobes hépatiques sont profondément altérés, ou bien encore dans certains cas d'obstruction de la splénique. Chez notre malade, les troubles de la digestion sont trop considérables, les douleurs sont trop intenses pour qu'il en soit ainsi.

Deux hypothèses se présentent à l'esprit : ou bien il s'agit d'un cancer, ou bien nous avons affaire à un de ces ulcères, connus sous le nom d'ulcères *simples*. S'agit-il d'un cancer? Non. D'abord, l'âge du malade ne prouve pas en faveur d'une lésion de cette nature. Il a trente huit ans, et à cet âge le cancer est rare; en outre, cet homme est malade depuis 1871, c'est-à-dire depuis cinq ans au moins, car il est possible que les débuts de son affection remontent à une époque encore plus éloignée. Or, s'il s'agissait ici d'un cancer de l'estomac, il faudrait reconnaître qu'il a une évolution bien plus longue que cela n'a lieu en général. Cet homme a, il est vrai, des troubles de la digestion, mais malgré cela, son appétit persiste; or l'un des premiers signes du cancer, c'est la diminution de l'appétit, et si notre malade était atteint d'un carcinome, depuis longtemps, il aurait cette inappétence qui est l'un des premiers signes par lesquels cette affection débute. Voilà donc encore un symptôme qui n'est nullement favorable à l'hypothèse d'un cancer de l'estomac. En outre, les vomissements dans cette maladie sont alimentaires ; ils apparaissent quatre à cinq heures après le repas, rarement ils sont sanguinolents, ou bien, s'ils renferment du sang, l'hémorrhagie survient toujours à une période avancée de la maladie et jamais au début. La douleur qu'éprouve notre malade est également différente de celle du cancer. Il accuse, en effet, une sensation de brûlure qui s'exaspère surtout au niveau de l'appendice xyphoïde et dans un point correspondant de la colonne rachidienne ; elle ne se montre qu'après les repas : dans le cancer, au contraire, la douleur est lancinante, elle survient par intervalles plus ou moins réguliers et disparaît presque instantanément.

Ainsi, en analysant ces différents symptômes, nous en arrivons forcément à cette conclusion, que nous n'avons pas affaire ici à un cancer de l'estomac. Il ne s'agit donc plus que d'un ulcère simple, et c'est en effet, ce qui est, parce que tous les phénomènes que présentent ce malade sont en rapport avec ceux de l'ulcère.

La maladie, en effet, a débuté par des troubles digestifs, puis sont venus des vomissements sanglants noirs. Ces vomissements, qui se rencontrent dans l'ulcère de l'estomac, tiennent à la façon dont se fait l'hémorrhagie à la surface de cet organe; leur coloration est due à la digestion du sang épanché dans sa cavité. Enfin, le malade ne présente aucune tumeur à la région épigastrique; s'il en existait, à cause de sa maigreur, il ne nous serait pas difficile de le constater.

Étant posé le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac, quel doit être le pronostic? Dans la situation où se trouve notre malade, la mort est à redouter; cependant si le diagnostic est exact, il ne serait pas impossible qu'il survive à son affection. Malheureusement, il pourrait se faire aussi qu'épuisé par les nombreuses exsudations sanguines qui se sont faites à la surface de la muqueuse stomacale, le malade mourût dans une syncope ou fût emporté subitement, ou en quelques heures par une nouvelle hémorrhagie.

HOPITAL DE SAINT-DENIS. — M. CHARLES.

Kyste hydatique du foie. — Guérison par la ponction capillaire.

Observation recueillie par M. ULLIAC, interne de service.

L... (Auguste), âgé de quarante-trois ans, frappeur, entre le 18 août 1874 au n° 14 de la salle Saint-Alexandre. Cet homme, qui est d'une constitution moyenne, déclare n'avoir jamais été malade jusqu'ici; mais il est amaigri, et il a le teint légèrement ictérique.

Il y a une quinzaine de jours, il aurait reçu un coup assez violent, au côté droit. La douleur, occasionnée par la contusion, qui en fut la suite, disparut au bout de quelques jours; mais le malade, dont l'attention était tenue en éveil, remarquait en même temps le développement anormal de la région hépatique, et ressentait pour la première fois une sensation incommode de pesanteur à droite et à la base du thorax.

Voici ce que l'on constate au moment de l'entrée. Tout l'hypochondre droit est rempli par une tumeur volumineuse ne faisant qu'un avec le lobe droit du foie. Cette tumeur déborde, à droite, de 3 à 4 centimètres au moins, le rebord des côtes; celles-ci sont notablement déjetées en dehors et en avant. La matité hépatique remonte à droite plus haut qu'à l'état normal. Directement au-dessous du mamelon droit, à 10 centimètres environ de ce mamelon, la tumeur présente une proéminence marquée, peu éloignée de la peau, de consistance plus molle et plus élastique que celle du foie, et offrant une fluctuation manifeste. On ne peut percevoir le frémissement hydatique. Pas de frisson, pas de fièvre, pas de trouble digestif marqué. L'état général n'est pas mauvais, il y a seulement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, un peu d'amaigrissement et une légère teinte ictérique.

M. le docteur Charles diagnostique un kyste hydatique du foie, et pratique, le 26 août, à titre de simple exploration, une ponction avec le trocart n° 4 de l'appareil Dieulafoy. Cette ponction confirme le diagnostic, et, séance tenante, M. Charles se décide à vider le kyste aussi complétement que possible. On recueille ainsi 1,250 grammes d'un liquide très-clair, légèrement citrin, très-fluide, dépourvu d'albumine, et contenant quelques fragments blanchâtres de la membrane d'enveloppe. L'examen microscopique fait constater l'existence, dans le liquide, de quelques crochets d'échinocoques.

Aussitôt après la ponction, on constate que la matité hépatique est revenue à ses dimensions habituelles, et que les côtes ont repris leur position normale. Une épaisse couche d'ouate est appliquée sur l'hypochondre droit et maintenue par un bandage de corps modérément serré. L'immobilité la plus grande est recommandée au malade. Pas de réaction fébrile, pas de douleurs les jours suivants; tout se passe avec la plus grande simplicité possible.

Le 2 septembre, on s'aperçoit que le liquide se reproduit, et que la masse hépatique a augmenté un peu de volume. On mesure alors la circonférence du tronc au niveau du point le plus saillant de la tumeur : cette mensuration donne 89 centimètres. Le lendemain, on avait 90 centimètres; mais, à partir de ce jour, le liquide semble disparaître peu à peu, et la tumeur s'efface progressivement. Le 10 septembre, la mensuration ne donnait plus que 88 centimètres de circonférence ; le 16 septembre, il n'y en avait plus que 86. A partir de ce moment, le malade se lève tous les jours; l'état général est parfait. Le 27 septembre, le malade n'a plus que 85 centimètres de circonférence, quoiqu'il ait pris un peu d'embonpoint. La percussion et la palpation ne dénotent plus rien d'anormal du côté du foie. Le malade quitte l'hôpital le 28 septembre.

Le 11 octobre, le malade revient se faire examiner; il a repris son travail et se porte très-bien. La mensuration du tronc donne toujours 85 centimètres. La guérison paraît définitive.

Cette observation nous a paru intéressante et digne d'être livrée à la publicité pour deux motifs : le premier, c'est qu'elle montre une fois de plus l'innocuité de la ponction capillaire, qui ici n'a été suivie d'aucun symptôme inquiétant; le second, c'est qu'elle vient s'ajouter à d'autres observations analogues, publiées dans ces derniers temps, et qui devraient à l'avenir assurer à la ponction capillaire la préférence sur tous les autres modes de traitement des kystes hydatiques du foie. On ne saurait plus nier, en effet, l'efficacité de la ponction capillaire dans le traitement de ces kystes; d'ailleurs, en admettant qu'elle vienne à échouer, elle a pour elle, ce qui est beaucoup, d'être tout à fait inoffensive, et de laisser le champ complétement libre aux autres méthodes opératoires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports d'ensemble sur l'épidémie de rougeole qui s'est manifestée dans le département du Nord en 1874-1875.

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1875, dans les départements de l'Allier et de la Meuse (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend une lettre de remercîments de M. Chauveau, élu membre associé national dans la dernière séance.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part de M. Barnes, chirurgien général de l'armée américaine : 1° un ouvrage intitulé : *Choléra épidémique de 1873 dans les États de l'Union;*

2° Une brochure sur le transport des blessés en chemin de fer.

M. FAUVEL, au nom de M. le docteur Besnier, dépose sur le bureau de l'Académie les comptes rendus de la commission des maladies régnantes, faits à la Société médicale des hôpitaux de Paris pour l'année 1875.

M. GUÉNEAU DE MUSSY fait hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *Étude sur la transmission des sons à travers les liquides endo-pleurétiques de différentes natures*, par le docteur Baccelli, (de Rome), qu'il a fait suivre de quelques considérations sur les signes physiques de la pleurésie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Hardy. La parole est à M. Hillairet.

DISCUSSION

M. HILLAIRET rappelle que, dans son argumentation, M. Devergie a soutenu que la malade présentée par M. Desprès n'était pas atteinte de lupus; qu'il s'était appuyé, pour défendre cette opinion, sur ce fait que 99 fois sur 100 le lupus s'observe sur le visage et non sur les membres. Il eut mieux valu, suivant M. Hillairet, s'appuyer sur les caractères anatomiques de la maladie pour déterminer sa nature; M. Devergie a laissé de côté l'idée de sclérème et s'est contenté de nier que la malade en question fût atteinte de cette affection. Il a admis qu'il s'agissait dans ce cas d'une lèpre propre à nos pays.

M. Hillairet fait tout d'abord observer que la lèpre est toujours la même et semblable à elle-même dans tous les pays, à quelques nuances près. L'orateur présente ici quelques considérations sur l'étiologie et la symptomatologie de la lèpre. Il repousse cette opinion admise par Alibert et M. Devergie, qu'il existe une lèpre particulière à nos pays. Les cas rapportés par Alibert sous le titre de *Dermatoses lépreuses* ne sont autres, suivant M. Hillairet, que des cas de psoriasis, de syphilis ou de scrofulides ulcéro-crustacées. Quant à M. Devergie, sous le titre de *Lèpre tuberculeuse de nos pays*, il rapporte des faits qui, d'après M. Hillairet, sont des cas de mycosis et de fibromes multiples de la peau. En résumé, M. Hillairet n'admet aucun des faits sur lesquels s'appuie M. Devergie pour caractériser

de lèpre tuberculeuse l'affection dont est atteinte la malade présentée par M. Desprès. Mais ce qui prouve par dessus tout qu'il ne peut être question de la lèpre dans ce fait, c'est que l'état de cette malade est toujours resté très-satisfaisant, qu'elle a conservé l'appétit, que depuis un mois l'état local s'est très-sensiblement amélioré, et qu'avant un mois elle sera certainement guérie. Pareille chose ne s'observe pas dans la lèpre.

M. HARDY déclare que le cas présenté par M. Desprès est un cas rare et difficile, et qu'il n'est pas étonnant qu'il donne lieu à des interprétations différentes. Suivant lui, il y a une grande différence entre la lèpre et l'affection dont il s'agit ici; mais il y a des lépreux qui, entre autres phénomènes, présentent celui qui frappe tout d'abord chez cette malade, la gangrène des extrémités; seulement, dans ces cas, cette gangrène n'est qu'un accident de la maladie, accident grave, toutefois, puisqu'il peut amener la chute des mains et des pieds. Dans le fait dont il s'agit, la gangrène est au contraire le fait capital, le point culminant, le seul symptôme même. Il s'agit donc sans contredit d'une affection gangréneuse. En effet, l'on n'observe ici aucun des autres symptômes de la lèpre.

Après avoir rappelé les principaux caractères de l'affection dont est atteinte la malade de M. Desprès, M. Hardy conclut qu'il s'agit là sans aucun doute de cette maladie si bien décrite par M. Maurice Raynaud, sous le nom de gangrène symétrique des extrémités. Mais il ajoute, et c'est en cela qu'il se rapproche de l'opinion de M. Devergie, que dans toutes ces affections, lèpre, sclérodermie, lupus, gangrène des extrémités, le point de départ est toujours une altération des nerfs trophiques, qu'en somme, c'est toujours le même organe qui est affecté et qu'il en résulte un rapprochement possible entre ces divers états pathologiques, qui explique l'opinion de M. Devergie.

M. DEVERGIE ne croit pas, comme le dit M. Hardy, que dans le cas, qui fait l'objet de cette discussion, la gangrène puisse être considérée comme le fait primordial, puisqu'elle n'est survenue qu'après sept ans. Que faites-vous donc, dit M. Devergie, des symptômes qui, pendant sept ans ont précédé la gangrène? On sait au contraire que la maladie décrite par M. Maurice Raynaud commence par la gangrène.

M. Devergie rappelle les raisons qui l'ont porté à se séparer de ses collègues de la commission. Il reproche à M. Hillairet de ne s'être pas prononcé sur le cas en discussion et de s'être contenté de repousser son opinion. M. Hardy, plus modéré que M. Hillairet dans son argumentation, a avoué que le cas était difficile et pouvait donner lieu à quelques divergences d'opinions.

Contrairement à M. Hillairet qui n'admet pas de lèpre française, M. Devergie soutient que la lèpre existe en France, et présente des caractères spéciaux, de même que la pellagre qui n'est pas absolument la même dans nos pays qu'en Lombardie.

M. Hillairet a critiqué la méthode d'Alibert et contesté plusieurs de ses observations. M. Devergie déclare qu'Alibert était un homme de grande valeur, et incapable de commettre les erreurs que lui reproche M. Hillairet. C'est avec raison qu'il a pu dire de lui qu'il était le grand peintre des maladies de la peau.

Enfin M. Devergie déclare, en terminant, qu'il est arrivé au diagnostic de la lèpre, chez la malade de M. Desprès, par exclusion, et qu'il ne peut affirmer d'une manière positive que cela soit la lèpre. Mais il ne connaît aucune autre maladie qui se rapproche, autant que la lèpre, du cas qui fait l'objet de cette discussion. Il n'est pas seul d'ailleurs de son opinion, et se félicite de pouvoir citer, comme la partageant, un homme aussi considérable et aussi compétent dans la question que M. Leroy de Méricourt.

RAPPORTS

L'aconit et l'aconitine. — M. GUBLER, au nom d'une commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Berthelot et Gubler, lit un rapport sur un travail intitulé : de *l'Aconit*, de *ses préparations et de l'aconitine*, par M. le docteur J. Oulmont, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Le but de M. Oulmont dans ce mémoire, dit M. le rapporteur, était de comparer entre elles les diverses préparations d'aconit, et de leur assigner leurs valeurs respectives, d'en déterminer la stabilité et la constance, et par conséquent de fixer l'opinion des hommes de l'art sur le degré de confiance qu'il convient d'accorder à chacune de ces préparations.

Dans une cinquantaine d'expériences, M. Oulmont a opéré sur huit préparations officielles obtenues du seul *aconitum napellus*, mais récolté dans différentes régions, des Vosges, des Alpes du Dauphiné et de la Suisse.

M. le rapporteur, après une analyse et une discussion du travail de M. Oulmont (Voir le résumé de ce travail dans le compte rendu de la séance du 14 décembre, numéro du 16 décembre), s'exprime en ces termes :

Malgré des dissidences d'opinions sur quelques-uns des points de pratique ou de doctrine touchés dans le mémoire, votre commission est d'accord avec l'auteur sur la proposition fondamentale de son travail, à savoir que les diverses préparations d'aconit sont très-inégales dans leur action physiologique, et par conséquent très-incertaines dans leurs effets thérapeutiques. Elle constate avec satisfaction que, grâce aux résultats expérimentaux obtenus par M. Oulmont en concordance avec les observations des cliniciens et les analyses chimiques, la supériorité de la racine d'aconit sur toutes les autres parties de la plante au point de vue de la richesse en alcaloïde, se trouve définitivement établie.

En conséquence, elle s'associe au vœu émis par l'auteur de voir procéder à une révision des formules généralement usitées pour les préparations d'aconit. Elle pense même qu'il aura lieu d'examiner si les substances extractives fournies par l'aconit napel ne renferment pas des alcaloïdes différents, dont il faudra déterminer les caractères, la proportion relative, l'action physiologique spéciale, avant de fixer définitivement les formules de leur emploi thérapeutique.

La commission propose, pour conclusions, de remercier M. Oulmont de son intéressante communication, et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Le dicrotisme et le polycrotisme. — M. MAREY donne lecture d'un rapport sur un mémoire du docteur Edouard Maragliano (de Bologne), ayant pour titre : *La dicrotisme et le polycrotisme.*

L'objet de ce travail est de préciser les conditions de la circulation du sang dans lesquelles se produit le pouls dicrote.

Après avoir rappelé la découverte de ce phénomène par les médecins de l'antiquité, après avoir signalé l'importance que tous les cliniciens lui ont toujours attribuée et les efforts qu'ils ont faits pour en comprendre le mode de production, l'auteur passe rapidement aux études expérimentales entreprises à ce sujet avec le secours de la méthode graphique.

Comme point de départ de sa critique, M. Maragliano prend à partie les expériences et la théorie de votre rapporteur, et il montre que cette théorie est incomplète, qu'elle est en désaccord avec certains faits cliniques, et que sur certains points elle semble se contredire elle-même. Du reste aux yeux de l'auteur, personne n'aurait réussi à embrasser dans une théorie générale tous les faits connus. Aussi consacre-t-il la seconde partie de son travail à relater une série d'expériences physiques, physiologiques et cliniques destinées à édifier une théorie nouvelle.

M. le rapporteur se hâte de reconnaître que les critiques du docteur Maragliano sont fondées pour la plupart, et pour son compte il a si bien senti l'insuffisance de la théorie qu'il publiait en 1863, que dans le cours de ces dernières années il a entrepris une longue série d'expériences destinées à mieux préciser les conditions qui produisent le dicrotisme du pouls et à faire connaître le véritable trajet des ondes du sang qui lui donnent naissance.

Dans un travail publié en 1875, la plupart des objections du docteur Maragliano sont prévues, les lacunes qu'il signale en partie comblées, de sorte que le présent rapport n'aurait plus sa raison d'être si le pathologiste italien ne soulevait à propos du dicrotisme à oscillations simples ou multiples certaines questions qui intéressent également le physiologiste et le médecin.

La discussion à laquelle se livre le rapporteur porte en conséquence sur ces propositions formulées par l'auteur, savoir : « Le dicrotisme du pouls dépend : 1° de la vitesse acquise de la colonne liquide lancée dans les vaisseaux ;

2° De l'élasticité des vaisseaux qui permet l'oscillation de la colonne liquide alternativement dans la direction centrifuge et dans la direction centripète. — L'ondée sanguine se porte du ventricule vers les régions périphériques et par suite de sa vitesse acquise abandonne les premières parties de l'aorte. Mais cette ondée, en progressant vers la périphérie rencontre des obstacles et, par suite, rétrogade vers son point de départ. Là, elle trouve la voie fermée par les valvules sigmoïdes ; nouvel obstacle, nouveau reflux vers la périphérie et par conséquent nouvelle ondée sans produit d'une nouvelle systole du cœur. »

M. le rapporteur examine et discute en détail ces propositions; puis il résume son rapport en ces termes :

En résumé, le mémoire de M. Maragliano, réserve faite de certaines propositions qui semblent inadmissibles, contient des faits importants pour l'explication du pouls dicrote. Il rectifie un point de l'ancienne théorie, en montrant que les valvules sigmoïdes ne sont pour rien dans la réflexion de l'ondée secondaire et bien qu'à ce sujet la rectification ait été déjà faite avant lui, M. Maragliano fournit à cet égard des arguments nouveaux et de grande valeur.

En conséquence votre commission propose de voter des remercîments à l'auteur et d'ordonner le dépôt de son mémoire dans les archives.

M. COLIN demande la parole ; vu l'heure avancée et sur la proposition de plusieurs membres, la discussion et le vote des conclusions sont ajournés après l'impression du rapport.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 décembre 1875 (1). — Présidence de M. GALLARD.

M. DELASIAUVE continue son allocution en ces termes :

Cliniquement, les experts sont entrés dans des détails circonstanciés. Il est impossible de ne pas saisir avec eux la relation de la folie à l'acte funeste. L'inculpé était assurément un irresponsable. Relativement à la forme mentale, si ce n'est ni un délire général, ni une monomanie, qu'est-ce? L'idée qui avait induit un des experts à diagnostiquer une folie générale est une lettre, curieuse par ses incohérences et ses contradictions. Entremêlant bizarrement le protestantisme et le papisme, R... écrivait sous la dictée de son rêve, ce qu'il eut exprimé oralement. La plume suivait le mouvement machinal de la pensée. Tout autres sont les phrases hachées des maniaques.

Jusque-là, le délire partiel avait été conçu sous forme d'impulsions irrésistibles ou de convictions enracinées. N'était-il susceptible que de ce caractère? Sensations, idées, sentiments, émotions, ne pouvaient-ils, nerveusement ébranlés, vibrer au contact des incitations morbides, en suivre les fluctuations, les apaisements et les retours? Cette donnée fut un trait de lumière. Notre doctrine la contenait; elle en recevait son complément. Nous nous étonnions même de ne l'avoir pas dégagée et mise en évidence. Il y avait donc, dans le cadre des folies partielles, un second genre à comprendre. Tel un clavier agité par des mains frénétiques, en opposite à des cordes altérées, que le meilleur artiste ne saurait toucher sans produire des sons faux.

Le mot qui d'abord s'offrit à notre esprit, fut celui de *pseudo-monomanie*. Cependant, s'il accentuait l'impropriété de son congénère, nous crûmes devoir scientifiquement lui accoler ce sous-titre : *Délire partiel diffus*, puisqu'au lieu d'une systématisation fixe et absorbante, ce délire se composait d'une succession d'anomalies mobiles, plus ou moins disparates. Un parallèle minutieux, tant sous le rapport de l'origine de la physionomie, de la marche et du pronostic que du traitement et des conséquences légales, fait ressortir de nombreuses diversités. L'une des plus considérables, c'est, la crise évanouie ou interrompue, la reprise en possession de soi-même. R... étonné, se remémorait plus ou moins nettement les péripéties de son trouble, ses raisonnements forcés, sa volonté impuissante. Il appréciait la nature de ses symptômes, il s'en alarmait, il s'en ouvrait à son directeur. Les détails de l'observation émanent de ses déclarations. Et le soupçon, s'il venait à naître, disparaîtrait devant la presque identité de semblables exemples.

Papavoine fut un pseudo-monomane, légalement assassiné. Il errait depuis longtemps obsédé par des agitations mélancoliques. Dans une de ces périodes, le besoin de se soustraire à son accablement le guide au bois de Vincennes. Deux jeunes enfants s'offrent à sa vue; il s'en approche, engage la conversation avec leur gouvernante, puis, saisi du désir de les tuer, mais — n'ayant point d'arme, il s'éloigne, vacillant — dans ses pensées, pénètre dans Vincennes, entre chez un marchand, achète un couteau, revient à ses victimes, et les immole, en présence même de leur gardienne, qui le frappe en vain de son parapluie.

Le cas de Jobard, à Lyon, n'est pas moins étrange. Parmi d'autres aberrations, un jour l'idée de se détruire le saisit et se renouvelle. Il va au théâtre et reste étranger à la scène. Une crainte l'arrête : la damnation réservée aux suicides. S'il tuait? on le condamnerait, et, avant son supplice, il aurait le temps de se préparer à mourir en état de grâce. En conséquence de cette belle logique, avisant dans une loge une dame inconnue à côté de son mari, il trouve le moyen de se faufiler jusqu'à elle et de la poignarder. Cette pauvre âme, que deviendra-t-elle? Il n'a pas même pas songé à se le demander.

En 1869, au séminaire de Pont-à-Mousson, R... eut son pendant, presque trait pour trait, dans l'élève J..., qui, doublement condamné par les cours d'assises de Nancy et de Metz, à vingt ans de travaux forcés, a été déporté à Cayenne, où peut-être il languit encore. Ce qu'il y eut de lamentable dans son procès, c'est la dissidence des experts concluant en sens inverse. Chose curieuse! J... était un jeune homme studieux et instruit. Non content d'avoir expliqué par quelle série d'émotions et de pensées il en était arrivé à tuer son camarade dans son sommeil, et de plus, à mettre le feu à un tas de livres accumulés au milieu d'une salle d'études, il se livre à une enquête comparative sur les phases de sa maladie. Pendant une séquestration de trois mois à Maréville, il avait pu analyser une foule de types. Son affection le prive momentanément du libre arbitre; il le sent, il se l'avoue; elle appartient par cela même à une catégorie des altérations mentales. Cependant, parmi les aliénés, objets de son étude, aucun ne lui ressemble. Il est fou et il ne l'est pas. Il apprécie, il raisonne. Son genre de perturbation mérite de former une classe à part, comme qui dirait une *folie morale*. Le jugement de la science était distancé.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 28 mars 1876, M. Potain, agrégé, est nommé professeur de pathologie interne à la faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hardy, appelé à d'autres fonctions.

M. Parrot, agrégé, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la faculté de médecine de Paris, en remplace- de M. Lorain, décédé.

— Une enquête sur le projet d'agrandissement de l'École de médecine est ouverte à la mairie du VIe arrondissement.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — Programme des cours de la saison d'été. Année 1876. — 1° *Cours de médecine opératoire.* MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux anatomiques, commencera ce cours le lundi 24 avril 1876, à deux heures. — M. le docteur Tillaux traitera des ligatures d'artères. — M. le docteur Marchand, premier prosecteur, traitera des amputations. — M. le docteur Terrillon, deuxième prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales. — Des répétitions

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 mars.

seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie.* — Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Grancher, médecin du bureau central, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

NOTA. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire. MM. les elèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 12 avril.

— *École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.* — Par arrêté en date du 19 février 1876, des concours seront ouverts à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, savoir :

Le 10 août 1876, pour deux emplois de suppléants des chaires de chirurgie.

Le 13 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine.

Le 20 novembre 1876, pour deux emplois de suppléants des chaires des sciences naturelles (botanique et zoologie élémentaires, chimie et pharmacie).

— La Société de médecine légale vient de déclarer la vacance de trois places de membre titulaire. Les candidats sont invités à faire parvenir sans retard leur demande au secrétariat général.

La Société, tient ses séances à trois heures, le second lundi de chaque mois, au Palais de Justice, dans la salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil. Ses séances sont publiques.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau (salle Saint-Charles) le samedi 8 avril 1876 à huit heures et demie du matin et les continuera les lundis et samedis suivants à la même heure. Les leçons du lundi resteront consacrées spécialement aux maladies des femmes.

— *Cours complémentaire des maladies syphilitiques.* — M. le docteur A. Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 7 avril, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

Conférences au lit du malade tous les mardis à huit heures et demie.

— *Faculté des sciences.* — *Cours de physiologie.* — M. Dastre, suppléant de M. le professeur Paul Bert, a commencé ce cours le lundi 27 mars, à trois heures et demie. Il le continuera les lundi et jeudi de chaque semaine, à la même heure. Il traitera de la *nutrition* et de la *reproduction.*

— *Faculté des sciences.* — *Excursion scientifique.* — M. le professeur Hebert, fera dimanche prochain 2 avril une excursion géologique à Vanves, Issy et Meudon.

Le rendez-vous est à la porte de Versailles, à 10 heures et demie précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de *Généralités sur l'art de formuler, etc.*, par A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine. — 1 vol. gr. in-32. 20e édition, revue et augmentée, br. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Germer Baillière.

Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, par le docteur VOISIN. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire, par le docteur ZIEMBICK. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur l'acomodation de l'œil, par le docteur Louis-Victor POULAIN. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, 1876, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 39. — SAMEDI 1er AVRIL 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 1er AVRIL 1876. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur un état parétique consécutif à l'empyème.

On connaît tous les faits intéressants qu'une discussion récente de la Société médicale des hôpitaux a mis en saillie relativement à quelques effets consécutifs de l'opération de l'empyème. Si quelques-uns de ces faits, tels que les exemples de paralysie ou de parésie qui ont été rapportés peuvent s'expliquer par le mécanisme de l'embolie exposé par M. Vallin, il en est d'autres qui semblent échapper à cette explication. Tels sont notamment ceux qu'a rapportés dans la séance du 26 novembre M. Lépine. Ces faits n'ayant pu être indiqués que d'une manière très-sommaire dans le compte rendu, il nous a paru utile, vu leur très-grand intérêt, d'y revenir ici et de les exposer avec quelques détails.

— Le premier fait rapporté par M. Lépine est un cas de pleurésie purulente du côté droit, survenue sur un homme âgé de cinquante-deux ans, n'ayant aucun antécédent morbide notable, ni rhumatismal, ni syphilitique, ni nerveux. Une première thoracentèse pratiquée le 11 août 1875, donna issue à un liquide louche; une seconde ponction fut faite peu de temps après, et enfin le 28 du même mois on dût recourir à l'opération de l'empyème.

Quinze jours ou trois semaines après cette dernière opération, le malade commença à s'apercevoir que son membre supérieur droit s'affaiblissait notablement.

Plus tard les masses musculaires de l'épaule et du bras droit devinrent molles et flaccides. Enfin dans le courant du mois de novembre, on constatait des troubles fonctionnels et des altérations trophiques remarquables. La peau était sèche, rugueuse, écailleuse, mais sans aucune éruption. Les muscles, notamment le deltoïde, le grand pectoral, le biceps étaient grêles et flasques. Il n'y avait point dans ces muscles de contractions fibrillaires. Le bras droit était si faible que le malade pouvait à peine le tenir étendu et qu'il avait de la peine à porter sa main à son front. Il ne pouvait exercer avec la main droite qu'une très-faible pression. Les mouvements de la main, du poignet et du coude n'étaient pas douloureux, mais ceux du bras, surtout les mouvements d'abduction étaient limités par une douleur très-vive. Rien n'indiquait pourtant une maladie de l'articulation de l'épaule. Enfin la main était légèrement tuméfiée. Le malade se plaignait d'éprouver des douleurs vives, lancinantes, qui paraissaient naître dans la plaie de l'empyème et s'irradiaient de là vers l'épaule et le bras jusqu'au coude. Les sensations de contact, de température étaient aussi nettes sur le membre droit que sur le gauche et sur les autres parties du corps. Il n'y avait point d'affaiblissement des membres inférieurs. Aucun autre signe de paralysie.

Tel était l'état de ce malade lors de son entrée à l'hôpital dans le service de M. Lépine, le 2 novembre dernier. Depuis cette époque jusqu'au 25 novembre (date de la communication), l'état s'était très-peu modifié, sauf quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation dans les douleurs. Mais depuis cette époque jusqu'au 1er mars, l'impotence musculaire et l'atrophie se sont progressivement amendées, au point de disparaître presque complétement.

— Le deuxième malade dont M. Lépine a entretenu ses collègues était un homme âgé de trente-quatre ans, qui sans aucun antécédent morbide jusqu'à l'année 1873, fut pris pour la première fois dans les premiers jours de janvier, d'une pleurésie avec épanchement. Sept ponctions thoraciques furent faites à l'Hôtel-Dieu dans l'espace de deux mois. Vers la fin de février il put être envoyé en convalescence à Vincennes. Mais il ne tarda pas à rentrer à l'hôpital où il fallut encore lui pratiquer deux nouvelles ponctions, la deuxième suivie d'une injection iodée. Au moment même où cette injection pénétra dans la plèvre, le malade ressentit une vive douleur et éprouva un engourdissement des membres, surtout de ceux du côté droit (côté de l'épanchement).

Quelques jours après, le malade s'aperçut que son membre supérieur droit perdait progressivement sa force.

Au moins de juin suivant, l'épanchement s'étant reproduit, on eut recours à l'opération de l'empyème. Trois ou quatre mois après, le malade commençant à se lever, remarqua la faiblesse du membre inférieur droit.

Après plusieurs alternatives d'amélioration et de retour offensifs d'accidents thoraciques, il entra le 15 novembre 1875 dans le service de M. Lépine, qui constata alors l'état suivant : le malade avait encore de temps en temps des quintes de toux, sans expectoration; il éprouvait de la fatigue et de l'oppression lors d'un exercice un peu violent. Il existait à droite du thorax, dans le huitième espace intercostal une cicatrice per-

cée de deux petits pertuis donnant issue à une petite quantité de pus. Ce côté de la poitrine était sensiblement déprimé, etc.

Le malade se plaignait d'un affaiblissement très-marqué des membres du côté droit. Il pouvait marcher et exécuter tous les mouvements avec le bras droit. Mais ces membres étaient promptement fatigués. Les muscles pectoraux et le biceps brachial étaient un peu plus grêles à droite qu'à gauche, la cuisse droite était également un peu moins volumineuse que la gauche. Point de différence appréciable de température entre les deux côtés. Les sensibilités au contact, à la température et à la douleur étaient normales des deux côtés, ainsi que la sensibilité et la contractilité électriques. Rien de particulier à la face, ni aux organes des sens. L'intelligence était parfaitement conservée et n'avait jamais subi aucune altération.

Passons maintenant aux réflexions dont ces deux malades ont été l'objet de la part de M. Lépine.

Pour le premier, avant l'opération, jamais le moindre affaiblissement musculaire n'avait été constaté. Ce ne fut que quinze jours après l'opération de l'empyème qu'il commença à s'apercevoir d'une faiblesse graduelle du membre supérieur droit. L'impotence fonctionnelle augmente plus tard avec les douleurs vives du niveau de la plaie, elle décroît avec l'amendement de ces douleurs ; et l'on assiste à plusieurs reprises au développement et à la décroissance parallèles de l'impotence fonctionnelle et des douleurs thoraciques.

On ne saurait invoquer ici une simple coïncidence ; et il n'est pas possible de méconnaître la connexité intime de ces deux ordres de phénomènes.

Quant à déterminer la nature précise de l'affection qui tenait ainsi l'impotence du bras sous sa dépendance, M. Lépine ne dissimule pas son embarras. Tout ce qu'il peut faire, c'est d'éliminer l'idée d'une atrophie musculaire progressive, d'un rhumatisme ou d'une lésion cérébrale dont les signes respectifs manquent également. Par exclusion, il arrive à discuter l'existence d'une de ces paralysies réflexes dont la pathogénie est jusqu'à présent assez obscure, mais que justifie toutefois l'observation. On se rend en effet mieux compte des lésions fonctionnelles constatées dans ce cas en admettant un retentissement morbide par l'intermédiaire de la moelle, que par l'extension de proche en proche d'un processus inflammatoire ; d'autant qu'il n'y a rien d'inflammatoire dans ces troubles fonctionnels et trophiques. Rapprochant ce fait des faits analogues qu'il a constatés il y a quelques années dans la pneumonie, et de quelques observations récentes de M. Ollivier relatives à des névralgies réflexes d'origine traumatique, M. Lépine a donc pu, avec raison, admettre ici qu'une irritation partie de la plaie thoracique, ait pu, en agissant sur la moelle, produire dans le membre supérieur correspondant l'état parétique et trophique signalé.

Le même raisonnement s'applique également au second fait où le développement graduel de la parésie ne permet pas de songer à une embolie ; où, malgré le caractère plus nettement hémiplégique de celle-ci, on n'est pas plus fondé à localiser l'action dans l'encéphale, tout symptôme ayant fait défaut de ce côté.

La conclusion de M. Lépine nous paraît donc fondée : savoir que ces deux observations semblent établir que l'opération de l'empyème, ou même qu'une simple injection irritante dans la plèvre peut déterminer une parésie dans le membre supérieur et même dans le membre inférieur du côté correspondant.

Depuis sa communication à la Société des hôpitaux, M. Lépine a pu, par une nouvelle épreuve, se convaincre de la réalité de ce rapport : Vu la persistance de l'écoulement purulent par la fistule, il a fait faire tout récemment une injection de teinture d'iode mitigée. Or, à la visite du lendemain, le malade, sans que son attention ait été attirée sur ce point, s'est plaint d'avoir ressenti, après l'injection de la veille, une sensation de fourmillement, puis de refroidissement dans le membre supérieur droit. Les jours suivants, il a pu constater que la faiblesse relative du membre supérieur droit, qui s'était presque complétement dissipée dans le courant du mois de décembre, était redevenue aussi prononcée qu'en novembre. Elle avait de nouveau disparu en janvier dernier.

Ce dernier fait vient manifestement corroborer la conclusion de notre savant confrère.

Fracture de l'extrémité inférieure de la jambe avec renversement du pied en arrière. Réduction et application d'un appareil spécial.

Un homme est entré dans le service de clinique de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, pour une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe avec un renversement considérable du pied en arrière et projection de la pointe du fragment du tibia en avant. M. Richet a employé, pour la réduction et la contention de cette fracture, un procédé auquel il a recours d'habitude dans ces circonstances, et qu'il nous a paru utile de porter à la connaissance de nos lecteurs.

Il ne sera pas superflu, avant d'exposer ce procédé, de rappeler ici quelques-unes des considérations cliniques que M. Richet a émises, au sujet de ce genre de fractures, dans une des leçons qu'il a consacrées l'année dernière à l'histoire des fractures en général.

La fracture dont cet homme est atteint se rapporte à l'une des variétés ou des cinq types que M. Richet a décrits (celui-ci est le troisième type) et qui consiste en ce que le trait de la fracture étant oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et se rapprochant plus ou moins de l'articulation et même y pénétrant parfois, il se fait un déplacement du pied en arrière, au lieu de se faire sur les côtes, comme cela a lieu dans les autres variétés, de manière à constituer une difformité très-frappante, qui fait souvent prendre cette fracture pour une luxation du pied.

Effectivement, fait remarquer M. Richet, rien ne ressemble autant à une luxation au premier aspect. Le pied porté en arrière est un peu dans l'extension sur la jambe ; la pointe est légèrement abaissée et le talon, faisant une forte saillie en arrière, est un peu relevé ; le tibia, au lieu de tomber sur le pied à l'union du quart postérieur avec les trois quarts antérieurs, tombe sur le milieu. L'avant-pied est ainsi considérablement raccourci, tandis que l'arrière-pied est allongé d'autant. Mais on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a fracture et non luxation en cherchant à se rendre compte de la situation et de la direction des deux malléoles qui sont entraînées en arrière, et surtout à la vue de la saillie formée en avant sous la peau par la pointe des fragments supérieurs du tibia et du péronée poussant devant eux les tendons de la région antérieure de la jambe, tandis que, en arrière, les fragments inférieurs sont attirés par les muscles convulsés de la région postérieure de la jambe. Enfin la crépitation, qui se produit lorsqu'on cherche à réduire, complète la démonstration de la fracture.

Mais sitôt qu'on abandonne à eux-mêmes les fragments remis en rapport, la difformité se reproduit.

C'est contre cette facilité à la reproduction du déplacement que l'on a à lutter dans ces circonstances.

Voici l'appareil que M. Richet a imaginé pour ce cas spécial. Il fait appliquer sur le pied un appareil inamovible en plâtre stuqué, qui prend le talon et l'avant-pied comme le ferait un soulier. Il fait enchevêtrer dans cet appareil des lacs solides en rubans de fil, un de chaque côté, sur les bords du pied, et se dégageant seulement en avant près des orteils. Quand le plâtre, bien moulé sur le pied, est bien sec, on procède à la réduction; celle-ci obtenue, le membre est placé sur un coussin et la jambe fixée solidement avec une alèze large sur le coussin, et on attache les extrémités de l'alèze au bois de lit, à droite et à gauche. Cela fait, pour lutter ensuite contre la tendance du pied à se reporter en arrière, M. Richet attache les lacs qui le maintiennent à une anse de caoutchouc fixée elle-même à un anneau ou à une tringle solide placée au-dessus du lit. De cette façon, dit-il, tandis que l'alèze fixe les fragments supérieurs, la traction continue du caoutchouc maintient, par l'intermédiaire du pied, les fragments inférieurs en avant.

Au bout de huit ou dix jours d'application, on substitue à cet appareil un appareil définitif stuqué, entourant complétement le membre.

M. Richet a appliqué sur le malade dont il s'agit ce mode de pansement, qui lui a déjà donné de très-bons résultats dans tous les cas où il a eu l'occasion d'en faire usage.

Quelle est la cause des présentations anormales?

Une femme est accouchée récemment à la Clinique par le siége. C'était son troisième accouchement; et les deux précédents avaient également eu lieu avec des présentations anormales, le premier par les pieds, le second par l'épaule. M. Depaul nous a rappelé à cette occasion, l'un des exemples les plus curieux dont il ait eu connaissance jusqu'ici, de ce genre de constance dans l'irrégularité des présentations; c'est celui d'une femme qui a eu six accouchements et tous les six avec présentation de l'épaule. Elle avait été accouchée cinq fois par Huguier qui avait dû, chaque fois, procéder à la version. La sixième fois ce fut M. Depaul qui fut appelé (après la mort d'Huguier).

Ayant constaté pendant les dernières périodes de la grossesse des changements successifs dans les positions de l'enfant, M. Depaul se proposait de tenter, en temps opportun, la version à travers les parois abdominales en fixant la tête dans le bassin. Mais lorsqu'il fut appelé pour l'accouchement, il était déjà trop tard, les eaux étaient percées. Il fallut renoncer à ce projet et se résigner à attendre, en prenant toutefois les précautions nécessaires pour perdre le moins d'eau possible. Dès que la dilatation fut suffisante il fit la version, qui, comme dans les accouchements précédents ne présenta aucune difficulté et s'opéra simplement.

Il y a, comme on le voit, des conditions spéciales qui font que, chez certaines femmes, les enfants se présentent toujours autrement que par la tête. Quelles sont ces conditions? On en connaît ou plutôt on en soupçonne quelques-unes, telles, par exemple, qu'une conformation anormale et particulière de l'utérus. Mais ce ne sont pas les seules. Il y en a d'autres certainement, car M. Depaul nous a affirmé que toutes les fois qu'à la suite d'un de ces accouchements anormaux il a pu se livrer aux explorations nécessaires pour se bien rendre compte de la conformation de la matrice, il n'y a rien constaté d'anormal jusqu'à présent. Il reste donc encore là un sujet de recherches à faire.

Dr Brochin.

DE LA CONTAGION DE L'HERPÈS CIRCINÉ
DU CHEVAL A L'HOMME

par M. le docteur Dieu, médecin-major.

Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur Lailler, et publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 29 février, je trouve, à propos de la tricophytie animale et de sa transmission à l'homme, les paroles suivantes : « Quant à la tricophytie animale, elle est très-probablement fréquente, seulement c'est une étude qui est encore à faire. Elle est mal connue des hommes de science. Les affections contagieuses des animaux à l'homme ont été signalées en 1845 à la Société médicale de Toulouse par M. Oulé (de Sorrèze), alors que l'on ne connaissait pas encore la nature parasitaire de ces affections. Cette question est entrée dans une phase scientifique, par les travaux de MM. Letenneur et Malherbe (de Nantes), en 1852. Ces auteurs ne croient pas à la nature parasitaire de ces affections, tout en reconnaissant la contagion de l'éruption des animaux, et en particulier des bœufs et des veaux, à l'homme. Des travaux semblables ont été faits en Angleterre, en Italie, en Allemagne. Il est probable que ces éruptions ne sont pas rares à la campagne; seulement comme leurs manifestations sont beaucoup moins apparentes que celles du favus, il s'ensuit qu'elles sont le plus souvent méconnues. »

M. Lailler, dont j'ai suivi la clinique il y a quelques années, et qui est si compétent en pareille matière, aurait signalé dans sa leçon les faits de transmission de la tricophytie des animaux à l'homme s'il avait eu connaissance de faits certains et irrécusables. Aussi je crois devoir signaler à l'attention du public médical, et en particulier à celle de mes collègues de l'armée, quelques exemples de contagion de l'herpès tonsurant du cheval à l'homme, que j'ai été à même d'observer depuis que je suis chargé du service médical dans un régiment de cavalerie.

En 1874, j'ai observé onze cas d'herpès circiné entre juillet et août. La maladie était très-nettement caractérisée par des plaques arrondies ou des cercles d'herpès à la première période, se montrant sur les parties découvertes : face, cou, avant-bras. Le diagnostic n'était pas douteux.

Devant cette fréquence d'une affection contagieuse faisant brusquement apparition dans un régiment où je n'avais pas encore observé d'herpès circiné, je dus m'inquiéter de la source qui devait être incriminée. Je recherchai d'abord si, comme il arrive fréquemment, le rasoir des perruquiers du régiment n'avait pas été le mode de transmission du champignon; mais je constatai que les hommes atteints appartenaient à des escadrons différents, que le même perruquier n'avait pas rasé ces hommes, et que ce n'était pas là la cause de cette petite épidémie.

J'eus la pensée de demander au vétérinaire s'il n'avait pas de chevaux atteints de dartres (à cette époque, j'ignorais que le cheval était atteint fréquemment de tricophytie); le vétérinaire me répondit aussitôt qu'il venait de recevoir de Caen un grand nombre de jeunes chevaux atteints d'herpès tonsurant. Tout fut alors expliqué, et dans l'enquête à laquelle je me livrai aussitôt, je reconnus que les cavaliers atteints étaient chargés du pansage de ces chevaux. Nul doute n'était plus possible; la maladie parasitaire du cheval s'était transmise à nos soldats.

Depuis cette époque, neuf cas nouveaux se sont présentés à mon observation, et toujours j'ai pu constater que les hommes affectés avaient été en contact avec des chevaux atteints de tricophytie. Cette année, au moment de la tonte des chevaux, deux des tondeurs ont eu également des cercles d'herpès circiné sur le cou et les avant-bras.

Ainsi donc, dans l'espace de dix-huit mois, j'ai eu l'occasion

d'observer vingt-deux cas d'herpès circiné chez des soldats qui étaient en contact avec des chevaux atteints de tricophytie.

Tous ces malades ont été guéris rapidement à l'aide de lotions au sublimé au 1/300.

L'affection parasitaire n'a jamais pris la forme de teigne tondante, ce qui du reste n'arrive presque jamais chez l'adulte, comme le signale M. Lailler dans sa leçon clinique; elle s'est toujours maintenue sous la forme d'herpès circiné en plaques ou en cercles.

J'ai fait quelques recherches sur ce sujet, et j'ai trouvé dans une excellente monographie de M. Mégnin (1), vétérinaire de l'armée, une description complète de la tricophytie chez le cheval, maladie dont la découverte remonte à 1852. Un cheval venu de Normandie pour la remonte de la gendarmerie de la Seine, ayant répandu la contagion dans son écurie et communiqué la maladie à huit autres chevaux et à cinq ou six gendarmes, tous ces malades furent examinés et étudiés; les uns, les chevaux, à l'école d'Alfort; les autres, les gendarmes, à l'hôpital Saint-Louis; il fut reconnu d'une part, par M. Reynal, assisté des micrographes émérites MM. Robin et Broca, et d'autre part par MM. Bazin et Deffis que l'affection était bien la même chez les bipèdes et les quadrupèdes, et qu'elle n'était autre que l'herpès tonsurant des auteurs, causé par le champignon découvert en 1844 par M. Gruby, et nommé en 1846 par M. Malmsten *tricophyton tonsurant*.

Depuis cette époque, M. Reynal publia un mémoire sur la dartre tonsurante du cheval et du bœuf, et en 1857 il donna l'histoire complète de cette affection.

D'après M. Mégnin, il est peu d'années où les vétérinaires, ceux qui sont attachés à l'armée surtout, n'aient l'occasion d'observer la teigne tonsurante, particulièrement sur les jeunes chevaux qui viennent de Normandie.

Devant l'opinion de maîtres tels que MM. Robin, Broca, Bazin et Reynal, il est impossible de nier la nature identique de la tricophytie chez l'homme et chez le cheval.

Ainsi donc, il est prouvé aujourd'hui que la tricophytie est fréquente chez le cheval, que le parasite est identique chez le cheval et chez l'homme; qu'il se communique très-facilement de cheval à cheval; et mes observations, ainsi que celles faites en 1852, démontrent qu'il est aussi facilement communicable du cheval à l'homme.

Le pronostic de la tricophytie est-il grave chez le cheval? Laissons encore ici la parole à M. Mégnin : « La teigne tonsurante est une affection peu grave, beaucoup moins que chez l'homme, où elle peut durer des années. Chez le cheval, elle guérit ordinairement spontanément au bout de un ou deux septenaires. Si ce n'était sa propriété de se transmettre *très-facilement* à l'homme et aux autres chevaux, ce dont nous avons été *souvent témoin*, on pourrait la considérer comme aussi bénigne que l'échauboulure. Ce qui diminue encore sa gravité, c'est la facilité avec laquelle on la guérit, et avec laquelle, par conséquent, on borne son extension. »

Le pronostic est donc très-bénin, et la maladie se guérit avec la plus grande facilité. Pourquoi donc les dépôts de remonte de Normandie ne guérissent-ils pas leurs jeunes chevaux avant de les envoyer dans les régiments, où ils communiquent la maladie aux hommes et aux autres chevaux?

Les affections parasitaires sont mieux connues tous les jours; elles doivent disparaître certainement si l'on veut bien prendre les précautions hygiéniques nécessaires, et la première c'est de tuer le parasite aussitôt qu'il apparaît, soit sur l'homme, soit sur les animaux domestiques, puisque ceux-ci transmettent la maladie à notre espèce.

L'affection dont nous nous occupons n'est pas grave à son début, et on peut la faire disparaître facilement; mais lorsque le tricophyte donne lieu à la teigne tondante ou au sycosis parasitaire, le pronostic devient plus sérieux, et le traitement en est quelquefois fort long.

Aussi, j'ai cru devoir signaler ces faits de contagion du tricophyte, car le devoir de tout médecin, et principalement du médecin militaire, est de rechercher les modes de transmission des maladies, qui peuvent prendre une grande extension dans l'armée où la vie en commun multiplie les chances de contagion.

(1) *Dermatologie hippique* ou *Traité de l'organisation et des maladies de la peau du cheval*, par J. P. Mégnin, vétérinaire en 2e. — Paris, J. Dumaine, 1868.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. Masse (de Montpellier), transmet une observation de *Hernie crurale étranglée*.

M. Sarrasin, médecin-major, adresse *six observations de taille périnéale*, pratiquées pour extraire des calculs volumineux, dont les *fac-simile* sont joints à sa communication. Toutes ont été suivies de guérison.

M. Arnaud (de Toulon), envoie une observation de *Hernie épiploïque étranglée chez une femme enceinte* qu'il n'a été possible de réduire qu'après un débridement de la paroi abdominale. La malade a guéri sans accident et est accouchée à terme vingt jours après.

M. Tillaux dépose, de la part de M. Gillette, un volume intitulé : *Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris*; *répertoire de thérapeutique chirurgicale*.

M. Périer dépose, de la part de M. Mouchet (de Sens), une observation d'*Hydrorachis au niveau des vertèbres lombaires traitée par la ligature élastique. Mort au huitième jour.* Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner d'autres observations d'hydrorachis adressées antérieurement par M. Mouchet.

MM. Gillette, Delens et Farabeuf se portent candidats à la place vacante de membre titulaire.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

M. Tillaux, sans vouloir critiquer la conduite de M. Arnaud (de Toulon), dans le cas de hernie épiploïque étranglée que ce chirurgien a débridée, pense qu'il y a eu dans ce cas particulier des indications de faire cette opération, mais que ce n'est pas en général la marche qui doit être suivie lorsqu'il n'y a qu'une hernie de l'épiploon.

M. Larrey est aussi partisan de l'expectation, en présence d'une plaie de l'abdomen avec issue de l'épiploon. Il se fait ordinairement une régression progressive de la masse herniée. Robert, Larrey père, Pipelet dans un mémoire à l'Académie, ont donné le même conseil.

M. Le Fort pense qu'il ne faut jamais réduire ces hernies à moins que la plaie ne date pas de plus de vingt-quatre heures; mais il peut être avantageux de séparer par une ligature ou autrement la partie d'épiploon qui fait hernie.

M. Desprès a toujours laissé l'épiploon dans la plaie et n'a jamais observé d'accident consécutif.

DISCUSSION SUR LA TORSION DES ARTÈRES

(Travail lu dans la dernière séance par M. Tillaux).

M. Larrey insiste sur la part très-large à faire à Amussat pour la méthode de la torsion des artères. Alexandre Thierry a publié peu

après la communication d'Amussat, un petit travail sur le même sujet. En Allemagne, Rust et Diffenback se sont occupés du même sujet et tous ces auteurs ont rendu justice à Amussat.

M. TILLAUX a cité avec honneur Amussat en commençant sa communication. Mais les préceptes donnés par Amussat pour la torsion des artères étaient si nombreux, les instruments si multipliés, que lui-même y a bientôt renoncé. M. Tillaux, au contraire, a démontré que ce moyen est très-facile à employer et qu'une seule pince suffit pour la torsion de toutes les artères. Depuis plus de quatre ans il fait exclusivement la torsion même dans les grandes opérations et n'a jamais eu d'hémorrhagie primitive ni secondaire.

M. DESPRÈS attache une grande importance à la transformation des procédés chirurgicaux préconisée par M. Tillaux. Mais il demande pourquoi Amussat et les autres qui l'ont suivi ont renoncé à la torsion.

M. ANGER a employé deux fois avec succès la torsion dans des amputations de cuisse. Mais, dans un cas d'amputation secondaire pour une inflammation du moignon, la torsion n'a pu être faite; la partie de l'artère saisie dans les pinces cède dès qu'on vient à la tordre.

M. TILLAUX ne voit pas d'autre raison à l'abandon du procédé d'Amussat que la trop grande complication. Il a fait, dans sa communication, des réserves pour les cas d'inflammation, tels que celui observé par M. Anger. Mais dans ce cas, il y a hémorrhagie immédiate, et il est alors indiqué de recourir à la ligature. Si il n'y a pas d'hémorrhagie immédiate, il n'y aura pas d'hémorrhagie secondaire. Le fait semble impossible à M. Tillaux, jusqu'à ce qu'il l'ait observé.

M. Tillaux appuie cette opinion sur les expériences qu'il a faites sur le cadavre. Après avoir pratiqué une amputation de cuisse à la partie moyenne, et fait la torsion de l'artère, il faisait une injection d'eau au niveau du pli de l'aine de toute sa force, avec une seringue à hydrocèle; l'artère s'est quelquefois déchirée à côté de la portion tordue, mais jamais le tourillon ne s'est défait. Les artères athéromateuses peuvent subir la torsion comme les artères saines. Les deux tuniques internes se recroquevillent en forme de nid de pigeon et la tunique celluleuse seule est tordue sur elle-même. Le caillot se forme au-dessus des valvules formées par les tuniques internes.

M. PERRIN pense que la torsion ne peut être acceptée qui si elle offre des avantages réels sur la ligature; cette dernière n'est pas seulement conservée par tradition, mais parce qu'elle est un excellent moyen.

M. TILLAUX. La torsion est plus facile à appliquer que la ligature dans beaucoup de cas. La seule précaution à prendre est de bien saisir toute la lumière de l'artère entre les mors de la pince; et quand elle a été bien faite, elle met mieux à l'abri des hémorrhagies secondaires que la ligature.

COMMUNICATION

M. DELORE (de Lyon) communique une observation de *kyste de l'ovaire traité par le drainage* au moyen d'une double ouverture faite par les caustiques à la paroi abdominale et dans le vagin. Après avoir fait avec l'appareil de Potain, une ponction au niveau de l'eschare abdominale, M. Delore, au moyen du trocart courbe, fit passer un drain de cette ouverture jusqu'au cul-de-sac postérieur du vagin, où des caustiques avaient déterminé aussi des adhérences avec la partie profonde du kyste. Par ce drain, on faisait passer chaque jour de dix à quarante litres d'eau, et il n'y eut aucun accident putride. Deux mois et demi après l'opération, le drain fut enlevé, et l'ouverture vaginale se ferma immédiatement. Celle de l'abdomen se ferma deux mois plus tard, puis se rouvrit après un voyage fatigant et donna pendant six mois de quelques gouttes à un demi petit verre de pus par jour. Après quelques injections d'une solution de nitrate d'argent, la guérison fut obtenue définitivement.

M. TERRIER pense que cette opération est dangereuse. La paroi postérieure du kyste peut n'être pas en rapport avec la paroi du vagin, et des accidents graves peuvent alors résulter de la cautérisation du cul-de-sac. Quant aux indications de cette opération, elle ne pourrait être avantageuse que lorsqu'on est absolument certain de n'avoir affaire qu'à un kyste uniloculaire, et cette certitude on ne l'a jamais.

M. DESPRÈS met en doute la guérison définitive de cette malade, dont la fistule peut s'ouvrir de nouveau, et cite une malade que beaucoup de chirurgiens de Paris ont connue, et qui, après avoir subi la gastrotomie, figurait à tort dans une statistique des cas de guérison, puisqu'il lui reste encore une fistule abdominale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu la malade dont parle M. Desprès. Elle a été opérée par M. Péan qui a fait l'ablation d'une tumeur que M. Malassez a examinée. Le cas a été publié dans la thèse de M. Urdy qui a mentionné la persistance de la fistule.

M. DELORE s'est assuré, avec le trocart mousse avant de pratiquer la ponction du cul-de-sac vaginal, que les parois du kyste et du vagin étaient adossées. C'est surtout quand il y a des adhérences nombreuses du kyste à la paroi et aux organes abdominaux que la ponction et le passage d'un drain sont préférables à l'ovariotomie. La paroi abdominale est assez souple pour revenir sur elle-même et oblitérer peu à peu la cavité du kyste dont les parois s'adossent. — Quant à la malade dont M. Desprès met en doute la guérison, elle a été revue un an après la fermeture de la fistule qui ne s'est jamais reproduite. M, Delore pense qu'on peut considérer ce cas comme un exemple de guérison.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La chirurgie des pauvres à l'hôpital et à domicile (1).

Depuis plus d'une année, la Société des médecins des bureaux de bienfaisance a maintenu à son ordre du jour la question des secours de la chirurgie au domicile de l'indigent, et elle est arrivée à cette conclusion : qu'en présence des résultats fâcheux des opérations dans les hôpitaux, il était urgent d'organiser, dans chaque arrondissement, un service chirurgical des pauvres.

Dans la notice sur les hôpitaux et secours à domicile, qui précède la vingtième édition de son formulaire. M. Bouchardat vient d'émettre un vœu identique. L'autorité qui s'attache si justement au nom de l'honorable professeur d'hygiène de la faculté, nous engage à mettre sous les yeux des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* le texte même des considérations sur lesquelles il base ses convictions :

Il y a longtemps que les chirurgiens savaient, mais ne disaient pas assez, que la mortalité était excessive dans les hôpitaux après les grandes opérations. Cette vérité, je l'ai énergiquement exprimée en 1847, dans les termes suivants :

Pour les grandes opérations, les hôpitaux offrent des ressources dont les bureaux de bienfaisance ne pourront jamais approcher. Les opérations sont pratiquées par les maîtres de la science, qui joignent au savoir une expérience consommée; toutes les conditions qui doivent en faciliter et en assurer le succès sont réunies par l'administration avec une admirable prévoyance; et cependant, il faut bien le reconnaître, on meurt davantage des suites des grandes opérations dans les hôpitaux que dans la ville. La réunion inévitable d'un certain nombre de malades conduit bien souvent à des accidents secondaires qui déterminent la mort après une opération exécutée avec la plus merveilleuse habileté. *Si nous avions une grande opération à subir, nous aimerions mieux l'endurer dans un grenier, sur un grabat avec du pain et une cruche d'eau*, que de courir les chances de cet empoisonnement, que la science et la prévoyance la plus éclairée ne permettent pas d'éviter. Nous pensons que ce serait un grand bienfait de réunir dans les maisons de

(1) L'article que nous avons consacré à l'examen de cette question, dans le numéro de mardi dernier, était déjà composé et tiré lorsque nous avons reçu la communication suivante de M. le docteur Passant. Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs l'opinion d'un savant aussi compétent que M. Bouchardat en ces matières, sans que nous ayons à revenir, toutefois, sur ce que nous avons dit. Dr B......

secours les moyens qui pourraient rendre possibles, dans certains cas du traitement à domicile, les opérations chirurgicales.

Depuis que je suis professeur d'hygiène, j'ai exposé dans mes cours les faits les plus importants ayant trait à l'encombrement des opérés; j'y ai particulièrement insisté dans les conférences que j'ai faites pendant les journées les plus douloureuses de notre siége.

Nous allons rapidement passer en revue les trois maladies principales qui prennent naissance dans ces fâcheuses conditions : A, l'infection purulente; B, l'érysipèle contagieux; C, la pourriture d'hôpital.

A. — *L'infection purulente* est une maladie des plus redoutables, née dans des circonstances qui ne sont pas encore toutes bien déterminées, de la putréfaction du sang, du pus ou autres liquides de l'économie dans les plaies ou blessures donnant naissance à un *ferment spécifique*, qui peut propager la maladie d'un blessé ou opéré infecté à un blessé ou opéré produisant un pus non infectant.

Les conditions de la production du *ferment spécifique* sont : 1° la fièvre traumatique; 2° le séjour du pus modifié et le mélange des liquides étrangers au pus; 3° la misère physiologique.

La fièvre traumatique joue un rôle considérable dans la genèse du ferment de l'infection purulente. Plus cette fièvre est violente et persistante, plus les mauvaises chances s'accentuent. Non seulement cette fièvre traumatique paraît nécessaire à la formation du ferment spécifique, mais une fois développé, il se propage beaucoup plus sûrement chez les opérés qui sont aux prises avec cette fièvre.

Le séjour du pus dans les plaies, et surtout son mélange avec le sang, paraissent jouer un rôle important dans la genèse du ferment de l'infection purulente.

Il est de journalière observation que la condition de propagation de l'infection purulente, c'est la présence dans une salle d'un malade atteint de cette affection.

C'est précisément cette propagation de malade à malade qui constitue le danger inhérent aux salles de chirurgie.

Il paraît donc évident que le ferment spécifique chez le premier malade atteint ne vient pas du dehors, mais se produit dans son organisme, ou par des modifications des ferments de la putréfaction ou par la transformation de quelques-unes des cellules de l'organisme, j'écarte absolument l'hypothèse de la génération spontanée ; mais je crois que ses adversaires les plus autorisés ne pourront se refuser à admettre la réalité de transformations organiques dont il existe de si nombreux et si concluants exemples.

La misère physiologique, soit par suite d'alimentation insuffisante, soit par perte considérable de pus, est une circonstance qui, toutes choses égales, paraît aussi favoriser le développement du ferment spécifique.

Ajoutons, en terminant, que les conditions du développement du ferment spécifique de l'infection purulente présentent une telle analogie avec les conditions du développement du ferment de la fièvre puerpérale, que si on ne conclut pas à une complète identité, il y a au moins de si grandes ressemblances qu'on devra absolument éloigner les femmes accouchées des salles où se pratiquent de grandes opérations chirurgicales et où règnera l'infection purulente. C'est réciproquement un mauvais voisinage.

Nous arrivons maintenant à la partie la plus importante de cette discussion. Quel est le mode de propagation du ferment de l'infection purulente ?

Tous les faits paraissent démontrer que ce n'est point l'air qui est le véhicule de cette transmission.

Les chirurgiens, les aides, les infirmiers, n'ont rien à redouter, aucun fait ne montre l'existence du danger pour eux.

Quand les chirurgiens, les serviteurs, les objets de pansement, sont différents, il n'y a pas d'exemple de propagation par l'air de salle à salle.

C'est donc une transmission par contact, une contagion dans le sens primitif du mot, une véritable inoculation.

La plaie, voilà la condition première de l'inoculation. Les moyens de transmission du ferment morbide sont les opérateurs, leurs aides ou servants, les instruments, la charpie, le cérat, les bandes, etc.

B. — Parlons de l'*érysipèle contagieux, l'érysipèle nosocomial ou chirurgical*. On peut admettre, d'après l'observation, que c'est le même ferment, suivant les lieux et les conditions d'inoculation, qui donne naissance à l'infection purulente et à l'érysipèle nosocomial. Comme le ferment de l'infection purulente, le ferment de l'érysipèle nosocomial se transmet par contact, par l'intermédiaire des instruments, des objets de pansements, des opérateurs; mais quand il a donné naissance à l'érysipèle, il prend des caractères nouveaux, et surtout un très-important au point de vue hygiénique: il est transmissible par l'air, et il peut atteindre les médecins, les élèves, les sœurs, les infirmiers. Sa puissance de transmission ou sa puissance contagieuse est très-faible; elle ne se montre que sur un petit nombre d'individus, malgré le grand nombre d'exposés; mais des faits authentiques bien observés, et des plus concluants, démontrent la possibilité de cette contagion. Un fait qui prouve la transmission par l'air, c'est la propagation de la maladie d'une salle à une autre ou à une chambre contiguë.

Ce qui prouve bien la différence, malgré la communauté d'origine, de l'érysipèle chirurgical et de l'infection purulente, c'est que ces deux maladies existent à des degrés et dans des conditions différentes dans les grandes salles de chirurgie : l'infection purulente y règne presque constamment. L'érysipèle contagieux s'y montre, au contraire, le plus souvent à d'assez longs intervalles et il y sévit quelquefois sous forme épidémique.

C. — La *pourriture d'hôpital* est rare dans les hôpitaux de Paris, elle est très-commune et très-redoutable dans les hôpitaux des armées après de grandes batailles.

Les conditions de son développement sont bien connues. En première ligne, l'existence des blessures compliquées faites par les armes de guerre, et en seconde ligne l'encombrement. Ces conditions se sont rencontrées dans les guerres de Crimée et d'Italie. Quand les conditions de blessés très-nombreux et d'encombrement ont été réunies à Paris, nous avons observé des cas fréquents de pourriture d'hôpital.

Au point de vue de la propagation de blessé à blessé, l'étiologie de la pourriture d'hôpital est évidente; au point de vue de la genèse, l'observation est moins avancée; on peut penser que dans les hôpitaux on est en présence du miasme diffus, permanent de la diphthérie qui peut se modifier sous l'influence de plaies nombreuses et étendues.

Remèdes de l'encombrement nosocomial. — Les remèdes des maux de l'encombrement nosocomial, sont les désinfectants, la ventilation; que d'espérances basées sur leur emploi ont été déçues! *Éviter l'inoculation par le mode de pansement qui peut le moins y exposer*, voilà la loi pour les opérés et les accouchées. Pour toutes les catégories de malades qu'il est dangereux d'encombrer, le moyen prophylactique souverain, c'est la *dispersion* ou l'isolement autant que posssible des malades chez lesquels existent ou se développent des maladies qui peuvent se transmettre aux malades des mêmes salles, réunissant les conditions de la transmission.

Suivant la nature des maladies, les exigences de toutes sortes, les moyens les plus variés doivent être mis en œuvre pour éviter l'encombrement de ces catégories de malades, qu'il est dangereux de réunir. Nous allons passer rapidement en revue les cas principaux.

L'observation a prouvé bien souvent que, dans les grandes épidémies de choléra, il se forme des foyers intenses de contagion dans lesquels les plus forts succombent : fuir ces lieux *surtout pendant la nuit*, c'est la chance la plus certaine de salut. En 1849, à la Salpêtrière, le quart de la population paya son tribut au fléau, les employés comme les administrés; les médecins qui ne couchaient pas dans le foyer ne furent pas atteints. La même remarque fut faite dans les dernières épidémies de fièvre jaune qui fit tant de victimes à Lisbonne. Quand la fièvre jaune règne sur le littoral de l'Amérique méridionale, le seul remède reconnu par une observation devenue populaire, c'est la dispersion. Quitter les terres chaudes, gagner les localités élevées de l'intérieur, voilà la pratique consacrée.

La dispersion des foyers est encore le moyen le plus héroïque pour s'opposer aux ravages du *typhus fever*. Improviser des hôpitaux sous tente, par dessus tout fuir les lieux infectés, voilà les seuls moyens qui, dans la grande épidémie de Crimée, ont réussi. Des soldats venant du foyer sont morts à Marseille et même à Paris au Val-

de-Grâce, dans les salles de M. Godelier, sans propager le typhus.

Nous allons rentrer plus spécialement dans notre question de l'encombrement nosocomial habituel, et nous allons examiner les circonstances principales auxquelles on doit avoir égard pour arriver à la dispersion.

Pour les enfants, *les retenir au domicile de leurs parents par de secours suffisants, par des visites charitables* convenablement renouvelées. Certes, voilà le meilleur moyen de dispersion, car, à part de rares exceptions, rien ne peut remplacer les tendres soins d'une mère. Mais les parents sont dans un dénûment absolu, ils sont eux-mêmes atteints par la maladie, il faut de toute nécessité un asile charitable pour recevoir les enfants. Nous vous avons montré tous les inconvénients des hospices de l'enfance, l'agglomération ici est préjudiciable à tous les titres. Voici, selon moi, ce qu'il conviendrait d'organiser après avoir réduit par les secours à domicile les admissions au *minimum*. Les salles consacrées dans les hospices aux femmes âgées sont très-nombreuses; dans chacune d'elles on pourrait réserver quelques lits pour les enfants. On obtiendrait, la dispersion dans une salle encombrée en apparence; car les femmes âgées ne peuvent ni communiquer, ni recevoir ces maladies éruptives, ces coqueluches, ce croup, qui font tant de victimes dans les hôpitaux consacrés à l'enfance. Je reconnais qu'au point de vue des soins médicaux cette organisation offrirait de grandes difficultés; mais la *thérapeutique hygiénique* l'emporte tant pour les maladies de l'enfance sur la thérapeutique pharmaceutique, que ces difficultés sont plus apparentes que réelles.

Pour la dispersion appliquée aux maternités et aux salles d'accouchements dans les hôpitaux, on a trouvé une telle puissance à ce mode hygiénique, que la règle aujourd'hui admise, c'est de fermer les maternités ou les salles d'accouchements dans lesquelles se montrent les premiers indices d'une épidémie de fièvre puerpérale. Cela ne suffit point. Il faudra empêcher les épidémies de naître. Le premier, le plus sûr moyen, c'est d'organiser fortement les secours à domicile pour les accouchées indigentes. Pour celles qui devront nécessairement accoucher à l'hôpital, les disperser dans les salles des hospices consacrées aux vieilles femmes ou dans les maternités réduites au minimum de lits, avec la condition d'employer les moyens de prophylaxie que nous avons indiqués, ou modifier les bases d'assistance publique d'après les vues que nous allons exposer en parlant des blessés.

Pour obtenir la dispersion des malades atteints de blessures graves, nous rencontrons de très-sérieuses difficultés. La première de toutes, c'est de trouver un nombre suffisant de chirurgiens expérimentés ayant l'habitude des grandes opérations. Dans les grandes villes, comme Paris, que j'ai toujours pris pour exemple, il existe une division véritable de la pratique médicale. Dès qu'il est en présence d'une grande opération, le médecin ordinaire appelle un chirurgien renommé, rompu avec les difficultés, les cas imprévus. C'est ainsi que les meilleurs médecins deviennent après quelques années, étrangers à la pratique de la grande chirurgie, en admettant même leur compétence lorsqu'ils ont subi les dernières épreuves du doctorat.

La plus importante réforme serait de prendre des mesures pour engager un plus grand nombre de jeunes gens distingués dans la direction chirurgicale; la première que j'entrevois serait d'attacher à chaque bureau de bienfaisance, et plus tard à chaque quartier, un chirurgien nommé au concours, pour un nombre d'années limité, et avec une indemnité suffisante pour faciliter les débuts dans la carrière à des hommes d'une incontestable valeur. On aurait là une pépinière d'opérateurs exercés qui rendraient plus faciles les pratiques de la dispersion, et qui, dans les cas de guerre, constitueraient une admirable réserve chirurgicale. Les bureaux de bienfaisance seraient pourvus de tout ce qui est nécessaire au succès des grandes opérations, et ces chirurgiens de quartier pourraient, dans bien des cas, opérer les nécessiteux à domicile.

A sa qualité d'hygiéniste éminent, M. Bouchardat joint celle de membre du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique et à ce titre, son opinion ne peut manquer d'exercer une heureuse influence sur l'organisation des secours publics. Dr PASSANT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Guéniot, agrégé, est chargé du cours clinique des élèves sages-femmes pendant l'année scolaire 1875-1876.

M. le professeur Tardieu est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1875-1876, par M. Lancereaux, agrégé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Barrandon (André-Auguste) est nommé conservateur du jardin botanique à la Faculté, en remplacement de M. Touchy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Thieulin est institué chef des travaux chimiques pour une période de trois années.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Imbert, chirurgien honoraire de l'hôpital d'Arles.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 40. — MARDI 4 AVRIL 1876. 49e ANNÉE. MARDI 4 AVRIL 1876. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Du diagnostic de la commotion et de la compression du cerveau par l'ophthalmoscope dans les traumatismes du crâne.

Il paraît que les recherches d'ophthalmoscopie, dont je m'occupe depuis quatorze ans, n'ont pas été tout à fait inutiles. Quelques fâcheux les avaient d'abord qualifiées de chimériques, et aujourd'hui qu'elles ont fait leur chemin, il est nécessaire de les éplucher pour voir ce qu'on y pourrait trouver pour les contredire. Un de mes collègues des hôpitaux de Paris, à l'occasion du diagnostic des compressions traumatiques du cerveau, écrit que la relation des affections cérébrales avec les lésions intra-oculaires est *bien connue* des médecins. Cela prouve qu'il est au courant de la science. Vite, un oculiste, M. Giraud-Teulon écrit qu'elles ne sont *point connues* des médecins et qu'elles ne sont que soupçonnées, entrevues. Si M. Giraud-Teulon avait lu ce qui a été fait en France, en Angleterre et en Allemagne, il pourrait rassembler plusieurs centaines d'observations, qui prouvent l'exactitude de l'affirmation de M. Panas. Un *ouvrage couronné* par l'Institut de France, la *Gazette des Hôpitaux*, la *Gazette médicale*, la *France médicale*, le *Medical Times*, quantité de thèses, etc., sont remplis et du fait et de ses lois, y compris l'étranglement de la papille, que notre confrère, parlant allemand sans y être obligé, appelle le *staung papille*, ce qui signifie la même chose. On peut donc dire avec M. Panas, sans crainte du démenti, que cet ordre de faits est bien connu des médecins.

Le fait même de la *relation des troubles circulatoires du fond de l'œil dans les lésions traumatiques du cerveau* est tout aussi connu, puisqu'il est publié depuis dix ans. Il est dans un livre d'ophthalmoscopie de 1865 et dans les journaux de 1875. Il y en a là six observations et avec sept qu'apporte M. Panas, cela fait treize. Les nouvelles viennent-elles contredire les anciennes? Nullement. Elles les confirment, et le fait du gonflement de la papille, de son infiltration séreuse et sanguine masquant les contours papillaires et débordant sur la rétine dans les lésions traumatiques graves de l'encéphale, existe dans les unes et dans les autres. Qu'y a-t-il donc de nouveau dans les faits de M. Panas? Un seul cas sur six où il n'y avait pas de lésion dans la papille, mais un engorgement des veines rétiniennes, c'est-à-dire une exception à la règle que j'ai établie sur le rapport des contusions cérébrales avec épanchement avec la névro-rétinite. — M. Giraud-Teulon trouve là une contradiction formelle, qu'il signale avec une véritable satisfaction. Notre confrère a le triomphe facile. Où en serions-nous si les médecins raisonnaient à sa façon. Est-ce que, par exemple, toutes les tumeurs hydatiques sont le siége d'un frémissement hydatique? et les exceptions à ce fait diminuent-elles le mérite de celui qui a découvert la collision hydatique comme signe de ces tumeurs? J'ai dit en 1865 et répété en 1875 que les troubles circulatoires du fond de l'œil, consécutifs aux lésions traumatiques du crâne ou du cerveau indiquaient un épanchement intra-crânien, et que ces signes pourraient faire préciser le diagnostic. Cela n'est pas démenti, et il y a mieux, cela est confirmé par les recherches ultérieures de M. Panas. Il faut s'en applaudir pour la science, tout en laissant de côté, si l'on veut, l'initiateur de la méthode. J'ajouterai même, contrairement à ce qui a été dit très-légèrement par mon confrère, et répété par toute la presse, que l'*autopsie* m'a permis de vérifier mes affirmations cliniques. On peut le voir dans la *Gazette des Hôpitaux* du 19 octobre 1875. Là, à propos d'accidents comateux traumatiques, accompagnés de névro-rétinite avec thrombose des veines rétiniennes, diagnostiqués comme étant la suite d'un épanchement du cerveau avec thrombose des sinus de la dure-mère, il est dit : « L'autopsie m'a montré cette thrombose avec hydrocéphalie et abcès de la partie inférieure du lobe frontal. »

Mais, allant plus loin, M. Giraud-Teulon qui a cru convenable de me mettre publiquement en scène, lorsque je ne puis lui répondre, me prête à tort l'opinion qu'une image ophthalmoscopique peut servir au diagnostic des localisations cérébrales *sans le secours des autres symptômes* offerts par le malade. Et, prenant sous sa protection l'ophthalmoscopie médicale, dont il n'a guère l'occasion de s'occuper, il déclare vouloir la préserver des interprétations excessives qui pourraient lui être prêtées. Quand M. Giraud-Teulon voudra prendre connaissance de ce qui s'écrit et de ce qui s'enseigne à l'hôpital des Enfants, il pourra se convaincre que personne n'a dit l'énormité qu'il m'attribue. J'ajouterai même qu'en parlant de ces faits, lorsqu'il dit que la seule *certitude* qu'on puisse avoir en pareille matière, c'est lorsqu'il existe des tubercules de la choroïde, car, dans ce cas, il y a toujours méningite tuberculeuse; il fait une erreur qu'un clinicien ne saurait commettre. Cela n'est pas exact, et j'ai vu des sujets ayant des tubercules de la choroïde, n'ayant pas autre chose qu'une granulie mortelle.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. Panas aura pour effet d'appeler l'attention sur l'utilité de l'ophthalmoscopie, pour distinguer dans le cerveau l'effet des lésions traumatiques de la tête. Il est la confirmation du mien, et c'est mon idée, appuyée par un homme compétent. Tout en condamnant les interprétations excessives, M. Giraud-Teulon interprète comme nous, et il accepte qu'il a vu dans l'œil ce qui se passait dans le cerveau, c'est-à-dire, la compression du sinus caverneux par un épanchement intra-crânien; la compression du nerf optique par la suffusion séreuse descendant de l'arachnoïde dans la gaîne vaginale du nerf, et enfin dans un cas de simple commotion, sans lésion du cerveau ou des méninges, il n'y avait à peine rien dans le fond de l'œil.

Je n'ai jamais dit autre chose. Ce sont mes conclusions. Notre confrère, en suivant mon exemple qu'il critique, a pu deviner dans le fond de l'œil ce qui s'était passé dans le crâne. Si c'est là ce qu'il appelle une interprétation excessive, il ne saurait accuser que lui-même. Ce n'est pas moi qui l'ait forcé à me suivre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANCEREAUX.

Ulcère simple de l'estomac.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

II

Voyons, maintenant, en quoi consiste l'ulcère simple de l'estomac. C'est une affection spéciale à deux organes, à l'estomac et au duodénum; jamais on ne l'observe ailleurs qu'en ces régions. Il faut donc, par conséquent, que ces parties du tube digestif présentent des conditions spéciales pour l'engendrer.

Anatomiquement, on remarque que l'ulcère simple de l'estomac peut affecter différents points de l'organe. Il siége de préférence sur les faces, et plutôt sur la face postérieure que l'antérieure; on l'observe encore assez fréquemment sur les bords, et la petite courbure de ceux-ci est celle qui est le plus souvent affectée; enfin l'ulcère peut se rencontrer dans la région du cardia, et plus fréquemment encore dans celle du pylore.

Il peut varier en étendue et en profondeur. Ses dimensions sont le plus habituellement celles d'une pièce de 50 centimes ou de 1 ou 2 francs. L'ulcère est presque toujours arrondi comme une pièce de monnaie, et son fond est généralement lisse, uni, comme s'il s'agissait d'une pierre usée contre une autre, foncé, nullement fongueux, ni même saignant. Ce fond est constitué tantôt par la muqueuse de l'estomac altérée, tantôt par la tunique musculeuse ou la séreuse de l'organe même. Enfin, il est des cas où il est formé par la paroi d'un organe voisin, pancréas, épiploon, foie, diaphragme, suivant la région où la lésion s'est développée. Les bords de l'ulcère sont généralement arrondis, indurés, fermes; ils présentent des plis radiés, qui s'étendent du centre de la circonférence. En quelques points, à leur surface, on aperçoit des vaisseaux plus ou moins volumineux, quelquefois des veines variqueuses ou dilatées. Dans quelques cas, les bords sont presque entièrement blancs. Enfin, quoique l'ulcère soit ordinairement unique, il n'est pas rare d'en trouver deux siégeant en même temps en différents points de l'estomac.

Dans quelques circonstances, l'ulcère simple détermine la mort, et alors, à l'autopsie, ce n'est pas une ulcération que l'on trouve, mais une cicatrice généralement arrondie, présentant des rayons plus ou moins prononcés, s'étendant du centre à la circonférence. Ces cicatrices, du reste, ne sont pas extrêmement rares dans l'estomac; on les rencontre au contraire assez souvent chez des individus qui, pendant la vie, n'avaient jamais présenté les symptômes d'une affection de cette nature. Sur cinquante ou soixante autopsies que j'ai pratiquées dans le courant de l'année dernière, j'ai rencontré trois fois à la surface de l'estomac, des cicatrices radiées de ce genre.

Ce fait semble donc indiquer que l'ulcère simple de l'estomac est une lésion susceptible de guérison.

Ce n'est pas seulement un organe solide voisin qui peut constituer le fond de l'ulcère, souvent on voit une artère, la splénique ou la stomacale, ramper à sa surface. Quelquefois le vaisseau est sain, mais il n'est pas rare non plus de voir l'artère ulcérée et ses deux bouts divisés apparaître à la circonférence, béants, semblables à deux canons de fusil, car si quelquefois ces deux extrémités de l'artère ulcérée sont bouchées par des caillots sanguins qui préviennent l'hémorrhagie, on les trouve plus fréquemment ouverts. Dans ce cas, le malade a succombé à une hématémèse.

Dans quelques cas, il s'établit des adhérences entre l'ulcère et la paroi abdominale; il se forme alors un abcès qui vient se faire jour à l'extérieur par une fistule, qui fait communiquer l'estomac avec l'extérieur. D'autres fois, le trajet de la fistule s'établit entre l'estomac et le poumon, mais le fait le plus habituel, c'est de voir l'organe ulcéré adhérer avec l'intestin, et ces deux organes communiquer ensemble au moyen d'une fistule gastro-duodénale ou gastro-colique.

Tels sont les caractères anatomiques de l'ulcère simple. Mais je dois dire, avant de quitter cette partie de notre sujet, que les malades n'ont pas toujours la bonne chance de voir un organe voisin venir ainsi s'appliquer au niveau de la partie ulcérée de l'estomac. Il est, en effet, des cas dans lesquels, celui-ci restant libre, les liquides contenus dans sa cavité se répandent dans le péritoine, où ils déterminent une inflammation rapidement mortelle. En général, ces perforations se produisent plutôt chez les jeunes filles chlorotiques, chez les jeunes garçons lymphatiques, chez les individus débilités. Elles ont lieu ordinairement après les repas, alors que l'estomac est distendu par des gaz et des matières alimentaires. Il se produit alors une douleur atroce, extrêmement pénible, et la mort survient presque subitement, ou du moins en un temps très-court. Aussi suis-je tenté de croire que certains des cas de mort considérés comme des empoisonnements ne reconnaissent pas d'autre cause que cette perforation de l'estomac, et je croirais volontiers, par exemple, que la mort de Henriette d'Angleterre, qui a donné lieu à cette belle oraison funèbre de Bossuet, que vous connaissez, n'était que la conséquence d'une rupture de l'estomac. Vous voyez donc qu'au point de vue de la médecine légale, il est très-important de savoir comment on meurt dans ces circonstances.

Il est évident que le siége de la lésion prédispose à ce mode de terminaison; quand l'ulcère siége, par exemple, à la face antérieure de l'estomac, les adhérences s'établissent plus facilement que lorsqu'il s'est développé à la face postérieure de l'organe.

Quant à l'hémorrhagie, elle se produit de différentes façons. Au début particulièrement, elle est d'une abondance moyenne. Cela arrive quand les vaisseaux ulcérés sont peu volumineux. Quand elle apparaît à une époque plus avancée de la maladie, elle peut se faire de deux manières : tantôt elle est très-peu abondante, et alors le sang digéré par le suc gastrique à mesure qu'il est épanché dans l'estomac, est rendu

sous forme de matières noires, semblable à de la suie délayée dans de l'eau, à du marc de café. Tantôt, si l'ulcère arrive à se mettre en contact avec un vaisseau important, les acides de l'estomac en corrodent les tuniques, et il en résulte une hémorrhagie qui peut être rapidement mortelle. Cette hémorrhagie peut cependant ne pas être foudroyante : c'est alors qu'un caillot sanguin vient obstruer la lumière du vaisseau ulcéré; dans ce cas, les accidents cessent, du moins momentanément. On a cité plusieurs observations de ce genre.

Vous voyez donc que la mort peut avoir lieu rapidement et même presque subitement; qu'elle peut survenir en quelques heures ou bien être subite. Il n'est pas rare, enfin, de la voir survenir après un temps relativement plus long, par suite de l'épuisement dans lequel les exsudations sanguines plongent les malades et de l'inanition que leur fréquence détermine.

Mais, heureusement, les choses ne se passent pas toujours ainsi. Comme je vous l'ai dit, il n'est pas rare que la cicatrisation de l'ulcère s'établisse, et c'est même un fait admis que la guérison s'obtient dans plus de la moitié des cas.

Au point de vue des causes sous l'influence desquelles se produit l'ulcère simple de l'estomac, l'âge et le sexe paraissent jouer un rôle peu important. Cette lésion s'observe quelquefois chez les jeunes enfants, mais particulièrement chez les adultes, les jeunes filles, les jeunes garçons, et plus spécialement chez les individus nerveux. On l'a vue également chez des vieillards. Maintenant, reste à savoir si la cause qui détermine l'affection est semblable dans tous les cas. Il est très-probable qu'il n'en est pas ainsi. Non-seulement les jeunes filles chlorotiques y sont sujettes, mais aussi celles qui sont affectées de dysménorrhée la présentent plus spécialement. Les individus atteints d'une affection cardiaque, les buveurs, surtout ceux qui s'adonnent à l'usage de boissons de mauvaise qualité, y sont exposés. Certains médicaments d'un usage prolongé, les traumatismes répétés sur la région de l'estomac, peuvent la faire naître. En Allemagne, on a signalé la fréquence de l'ulcère simple de l'estomac chez des individus atteints de trichinose. Enfin on a insisté sur la coïncidence de cette lésion avec la tuberculose.

A ce dernier point de vue, on s'est demandé quelle relation existait entre ces deux affections. Il est difficile de se l'expliquer. Deux hypothèses cependant se présentent à l'esprit : ou bien les individus épuisés par l'ulcère finissent par devenir tuberculeux; ou bien, en même temps qu'il se produit des granulations tuberculeuses dans le poumon, il se fait dans l'estomac une formation de produits de même nature qui, en se ramollissant, ne tardent pas à devenir le point de départ d'un ulcère.

Les conditions étiologiques sont donc, comme vous le voyez, assez nombreuses, mais quelles qu'elles soient, il est une chose parfaitement établie, c'est que la lésion n'affecte que l'estomac et le duodénum.

La nature des sécrétions qui s'opèrent dans cette partie du tube digestif joue un rôle important dans la genèse de l'ulcère simple; on admet qu'au contact de liquides secrétés dans ces régions, il se produit primitivement une érosion, qui s'agrandit peu à peu sous l'influence des sucs épanchés. Comment cette érosion se fait-elle, chez les jeunes filles chlorotiques ou dysménorrhéiques, chez les buveurs, et dans les conditions diverses que je vous ai énumérées? il est établi aujourd'hui que certains troubles du système nerveux exercent une action nuisible sur l'estomac. Schiff, entre autres, a déterminé la congestion de cet organe en excitant certains points de la base de l'encéphale. Un médecin italien qui s'est livré à des recherches de cette nature, a établi de son côté que, sous l'influence de l'excitation du grand sympathique, il se produisait une congestion et quelquefois un ulcération de la muqueuse stomacale. Rien donc ne s'oppose à admettre que, chez les jeunes filles nerveuses, chez lesquelles l'utérus est si souvent le siége de lésions diverses, il se produise sous l'influence de l'état nerveux, des troubles des nerfs vaso-moteurs, à la suite desquels la muqueuse de l'estomac se congestionne, et perd son épithélium, donnant ainsi naissance à une érosion sur laquelle le suc gastrique ne tarde pas à exercer son action destructive.

Quant à l'alcool, son action sur la muqueuse stomacale n'est pas douteuse; sous l'influence de son usage immodéré, celle-ci perd de sa vitalité, le suc gastrique intervient, creuse l'ulcère peu à peu, et alors se produit une lésion qui, continuant à être en contact avec les acides de l'estomac, va sans cesse s'agrandissant et arrive à perforer les parois de l'estomac, et même à atteindre les organes situés dans son voisinage.

Une autre cause invoquée par Virchow dans la production de l'ulcère simple de l'estomac, est l'oblitération des vaisseaux capillaires. Cela s'observerait surtout chez les individus atteints d'affection cardiaque. Pour ma part, j'ai observé deux fois des cas de ce genre. L'embolie détermine une mort partielle de la muqueuse, qui est alors abandonnée à l'action du suc gastrique.

Le traitement de cette affection doit être à la fois préventif et curatif. Le premier consiste à prévenir les désordres qui pourraient se produire du côté de l'estomac, notamment chez des individus à tempérament nerveux. Aussi doit-on avoir recours aux antispasmodiques pour les jeunes filles. Quant aux buveurs, on veillera surtout à ce qu'ils ne fassent pas consommation de boissons excitantes.

Le traitement curatif consiste dans une indication importante, soustraire la muqueuse à l'action corrosive du suc gastrique. Pour cela, il faudra soumettre l'estomac à une alimentation d'une certaine qualité qui n'oblige pas l'organe à travailler avec énergie. L'alimentation la plus convenable en pareille circonstance est certainement le régime lacté. Le lait, en effet, se digère en partie dans l'estomac, en partie dans l'intestin; il n'oblige donc pas l'estomac à une action trop énergique, par suite à une sécrétion trop abondante de suc gastrique. D'un autre côté, il ne détermine pas une grande quantité de ces acides lactique, buthyrique, valérianique, qui se forment avec abondance lors de la digestion des féculents.

Les aliments féculents devront encore être évités non-seulement à cause de leur transformation en acides, tels que ceux que je viens de vous énumérer, mais aussi parce qu'ils subissent une fermentation, de laquelle il résulte dans l'estomac une expansion de gaz parfois assez considérable pour amener la rupture de l'organe.

En revanche, je vous conseillerai de recommander les œufs, la viande crue, à moins que le patient ne se trouve dans le même état d'épuisement que notre malade, chez qui actuellement je ne prescris que le lait.

Voilà pour le régime habituel. Quant aux médicaments que l'on a indiqués dans cette affection, ils sont nombreux. On a préconisé l'usage des opiacés; mais ils diminuent l'appétit. Contre les hématémèses, le perchlorure de fer est généralement indiqué; il en est de même du sous-nitrate de bismuth, du nitrate d'argent. Quant à moi, je me contente chez notre malade du régime lacté et du perchlorure de fer. Plus tard quand la lésion ulcéreuse aura disparu, quand l'estomac sera suffisamment dilaté, et que les hémorrhagies auront cessé de-

puis un certain temps, quand, en un mot, je serai en droit de croire à l'existence d'une cicatrice, je le nourrirai à peu près exclusivement avec de la viande crue.

Le malade a succombé quelques jours après cette leçon.

L'autopsie a pleinement justifié le diagnostic. A 1 centimètre et demi du pylore, au niveau de la petite courbure de l'estomac, il existe un ulcère régulièrement arrondi, du diamètre d'une pièce de 5 francs. Il se trouve constitué par des bords peu saillants, mais assez fermes, et par un fond qui, en haut, se trouve formé par le foie adhérent à la face antérieure de l'estomac, plus bas par l'artère splénique sectionnée, dont une des branches de division se trouve béante à la surface de l'ulcère.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er avril 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

M. Parrot fait une communication sur une disposition particulière des valvules sigmoïdes chez les animaux de haute taille.

Ataxie locomotrice; myélite centrale aiguë. — M. Hayem rapporte une observation d'ataxie locomotrice terminée rapidement par des symptômes de myélite subaiguë. Voici, en résumé, l'histoire clinique de ce malade : il s'agit d'un homme de 37 ans, employé de commerce, qui entre à l'hôpital de la Charité, le 23 novembre 1874. Il était malade depuis trois ans. Il avait commencé par ressentir des douleurs fulgurantes dans les membres supérieurs et inférieurs; un peu plus tard, il avait éprouvé des troubles du côté de la vue, troubles surtout marqués du côté droit. Peu de temps après, avaient apparu des phénomènes particuliers dans la face, et spécialement une sensation de tiraillement dans l'aile du nez du côté droit. Puis est survenu de l'incoordination dans les mouvements, de la difficulté à marcher; mais ces troubles furent d'abord très-légers. Un peu plus tard, on vit apparaître une véritable incoordination dans les mouvements des membres supérieurs, à tel point que le malade se crut atteint de la crampe des écrivains et se trouva dans l'obligation d'abandonner son métier. Ce fut à ce moment qu'il entra à l'hôpital, déjà amaigri, présentant déjà tous les signes d'une atrophie musculaire progressive. L'incoordination des mouvements était beaucoup plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Du côté de la face existaient des troubles marqués; la pupille était plus dilatée d'un côté que de l'autre; il y avait de la diplopie dans certaines positions du regard; le malade se plaignait de ce que la muqueuse du nez lui semblait rouge et enflammée, ainsi que la muqueuse pharyngienne. La sensibilité était presque intacte.

Sous l'influence d'un traitement tonique, ce malade présenta d'abord une certaine amélioration, surtout pendant les mois de décembre et de janvier. Mais en février, le malade fit, au contraire, de rapides progrès. Il survint une profonde émaciation, une atrophie marquée des muscles de l'épaule; la marche devint de plus en plus difficile et même impossible; il y eut bientôt de l'incontinence d'urine et des matières; des eschares se formèrent au sacrum et au grand trochanter; les muscles des jambes avaient presque complétement disparu; enfin ce malade mourut, le 12 mars, dans le coma, avec tous les symptômes d'une myélite aiguë.

L'examen anatomique de la moelle a montré qu'il y avait dans toute l'étendue des faisceaux postérieurs un léger épaississement des méninges et de légers exsudats entre les tubes nerveux. Dans la région lombaire, la méningite spinale était très-accentuée au niveau des faisceaux postérieurs; puis on y voyait une zone de sclérose, très-marquée dans une étendue de 2 à 3 millimètres.

A la région dorsale, les altérations étaient beaucoup prononcées, ce qui était en rapport avec la prédominance de l'incoordination des membres supérieurs sur celle des membres inférieurs. Les cornes postérieures, dans cette partie de la moelle, étaient infiltrées de corps granuleux. Dans la région cervicale, les cornes postérieures avaient conservé à peu près leur aspect normal. On constatait dans toute l'étendue de la moelle la présence de lésions diffuses de la substance grise, de l'hyperémie, des exsudats d'aspect colloïde, çà et là des cellules normales en voie d'atrophie; d'autres, par places, étaient le siége d'infiltrations vésiculeuses. En un mot, l'aspect de ces lésions présentait une grande analogie avec celles qu'on observe dans les cas de myélite aiguë centrale et diffuse, qui entraînent généralement la mort des malades en l'espace d'une quinzaine de jours.

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'un ataxique chez lequel étaient survenues une atrophie des muscles et une myélite centrale aiguë.

M. Hayem a poursuivi l'étude des altérations, dans ce cas, jusque dans le bulbe; il a fait un grand nombre de coupes qui lui ont permis de constater l'absence de toute lésion dans les pyramides antérieures, la sclérose du faisceau longitudinal ascendant, celle de la racine ascendante du trijumeau, en rapport avec les troubles observés du côté de la face, la continuation de cette même sclérose dans les cordons postérieurs. Le nerf moteur oculaire commun était le siége d'une atrophie disséminée des tubes et présentait également quelques foyers de sclérose.

M. Hayem fait connaître en détail toutes ces altérations que nous ne pouvons qu'indiquer ici et il termine en faisant observer que ces recherches anatomo-pathologiques, rapprochées de l'observation des phénomènes cliniques, semblent confirmer les recherches des anatomistes modernes sur le bulbe et la protubérance, et en particulier celles de M. Pierret qui doivent être prochainement publiées dans un travail inaugural.

ÉLECTION

La Société procède, par la voie de scrutin, à l'élection d'un membre titulaire.

M. Duret, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 décembre 1875 (1). — Présidence de M. Gallard.

M. Delasiauve termine son allocution en ces termes :

Combien d'exemples semblables ne découvrirait-on pas dans les annales de la médecine mentale? Les pseudo-monomanies sont nombreuses dans le monde. En 1859, dans une première communication à la Société médico-psychologique, nous en avons relaté plusieurs cas très-saillants. Plus tard, dans divers articles (*Journal de médecine mentale*, t. III, p. 80 et 310 ; t. IV, p. 383), le nombre de ceux personnels, résumés par nous, ne s'élève pas à moins de vingt-quatre. Nos observations, aujourd'hui, dépassent la cinquantaine. A part certaine variété où la perversion, exclusivement sentimentale, se trahit dans la conduite, à l'insu des malades. Le souvenir gardé par le patient des violences dont il a été assailli est un trait remarquable du délire partiel diffus. Leurs suites éventuelles l'effraient. Il en est affligé, humilié, au point que souvent il les dissimule. Une dame, la nuit, vaincue par ses souffrances, les avoue à son mari. Elle les lui cachait depuis quinze ans, ne voulant pas, dit-elle, faire deux malheureux. C'est nous, médecins aliénistes, qui, parfois, timidement consultés par les infortunés pseudo-monomanes, en recevons les premières confidences. Et quel tableau navrant que celui de ces angoisses racontées, les larmes aux yeux, avec l'accent du plus profond désespoir!

On ne le soupçonne pas au dehors, en raison de leur participation, d'ailleurs régulière, à la vie commune. Survient-il quelque catastrophe, un meurtre, un incendie, une mutilation, un suicide, — la

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 mars.

pensée chez la plupart en est fréquente — l'opinion est déroutée... On conçoit également, lorsqu'un procès criminel s'agite, la perplexité des magistrats et des juges. A côté du sombre dessin tracé par l'expertise médicale, apparaît un inculpé qui répond avec lucidité et calme. Ce portrait, évidemment, contraste avec l'autre, et semble autoriser le président à dire au jury : défiance! *les aliénistes voient la folie partout!*

Pour désarmer de telles préventions, notre nomenclature indique une voie plus rationnelle. Il nous semble, du moins, que si un avocat habile, s'en rendant l'interprète, tenait aux magistrats ce langage : « En vain, cherchez-vous dans les réponses de l'accusé des preuves d'insanité. Éveillé, il ne délire pas; communs en ces circonstances, ses aveux sont vrais. Pensez à ces rêveries où l'on bâtit des châteaux en Espagne. Son acte est le dénouement d'un mouvement analogue, exagéré par la maladie et empreint d'un cachet de fatalité. Votre esprit, en ce moment, jouit de son entier équilibre. Qui vous répondra que, d'ici à demain, cédant au même entraînement, vous ne deviendrez pas passibles de votre propre verdict, sanctionné ainsi par une anticipation anormale? » Il nous semble, dis-je, que ces considérations seraient de nature à les faire réfléchir. Ils résisteraient, soit. Eh bien, mais, la science serait dégagée!

La lumière projetée sur la pseudo-monomanie s'appliquerait avec un égal succès aux causes civiles. En possession de leurs droits, les ayant exercés sans conteste, il est clair que, pour invalider les actes des malades, il faudrait en établir la filiation avec l'irrégularité mentale. Un testament olographe, écrit entre une tentative de suicide et un suicide accompli, est cassé au Havre et confirmé à Rouen. Au Havre, le jugement, s'appuyant sur certaines aberrations mentales habituelles, ajoutait que, si l'intention du testateur avait été formelle, il aurait réalisé son legs avant sa première aggression contre lui-même. A Rouen, au contraire, l'expertise médicale arguait de la jurisprudence et des nombreux cas où le suicide n'avait pas empêché la validation.

Ayant, dans le *Journal de médecine mentale* (t. V, p. 300) eu l'occasion de résumer cette affaire, nous conclûmes, comme notre collègue de Rouen, en faveur du maintien, mais par des motifs exclusivement scientifiques. D... était un pseudo-monomane qui, doué en apparence de sa raison, avait rempli jusqu'à la fin des fonctions obligatoires. La libéralité n'était pas sans compensation ; elle répondait à une promesse antérieure et avait ses motifs légitimes. Point de captation. A aucun des témoins ne fut venu le soupçon d'une compromission quelconque du libre arbitre. L'argument qui paraît avoir déterminé la décision du tribunal du Havre tombe enfin de lui-même. Si la première manifestation suicide est éclose seulement et s'est effectuée durant l'éréthisme morbide, comment se précautionner, *hic et nunc*, contre une impulsion soudaine, imprévue, involontaire?

Si notre délimitation est exacte, on voit quels importants changements elle opère dans la classification des maladies mentales. La manie, précisée dans son idéal et ses symptômes, se sépare d'une foule d'agitations délirantes afférentes au groupe nombreux des confusions intellectuelles. Ce dernier absorbe encore non-seulement la plupart des lypémanies, mais encore un certain nombre de cas réputés monomaniaques, et dont la systématisation, ébauchée, révèle une stupidité légère. Quelle féconde lumière émane enfin de cette pseudo-monomanie, qui scinde en deux le délire partiel et marque leur rang à une multitude de types demeurés obscurs jusqu'ici, aux manies sans délire, aux folies, manies ou monomanies raisonnantes, aux délires des actes, aux perversités sentimentales, aux égarements momentanés et impulsions irrésistibles! On a taxé cette œuvre de conception psychologique *à priori*. Issue, au contraire, de l'observation, elle la consacre. Nous en avons vu quelques applications. Pour les multiplier et les étendre, les éléments ne nous manqueraient pas. Nous réserverons ce soin pour des recherches ultérieures.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Dr Lemoisne.

VARIÉTÉS

I

Géologie des environs de Paris (1)

Par M. Stanislas Meunier
Aide-naturaliste au Muséum.

Il y a peu de temps, le Muséum faisait une perte considérable en la personne de M. Paul Deshayes, l'homme si modeste, mais si savant auquel nous devions des études si consciencieuses sur les coquilles fossiles des environs de Paris. Les ouvrages de cet homme éminent devenaient de plus en plus rares; recherchés avec le plus grand soin, ils ne quittaient plus les rayons des bibliothèques assez heureuses pour les posséder. De son côté, la science qui ne reste jamais immobile, faisait des découvertes nouvelles. Il fallait compléter les œuvres magistrales; rechercher dans bien des publications difficiles à se procurer ce regain de bonne fortune ; nous étions si loin des premiers travaux de ce bon et savant Brongniart, dont la science pleure la perte récente. Mais, comme toujours, le flambeau passe de main en main, et ce nous est un bonheur véritable de le voir passer aux mains si jeunes et si ardentes de M. Stanislas Meunier. Fils d'un homme dévoué à la science, il a rapidement fait sa trace dans la science. Après avoir donné son *Cours de géologie comparée*, il nous livre aujourd'hui la *Géologie des environs de Paris*. Ces deux livres sont nés des cours où il suppléait M. le professeur Daubrée.

Nous n'avons sous les yeux que la *Géologie*. Ouvrons-la donc et voyons ce que nous pouvons acquérir de connaissances nouvelles dans ce livre.

M. Stanislas Meunier commence par nous montrer l'importance du bassin de Paris, au point de vue géologique. Cette introduction était nécessaire pour nous donner une idée générale des terrains que nous allons maintenant passer en revue.

Voici d'abord la craie. L'auteur place sous nos yeux la série remarquable que l'on admire au Muséum, et qui, à la suite du sondage du puits artésien de Grenelle, nous a si nettement démontré la nature du bassin parisien.

Trois sortes de craie sont successivement étudiées : la craie blanche à belemnitella mucronata, avec ses deux assises, celle de Reims et celle de Meudon. — La craie marneuse ou à spondylus spinosus, — et la craie glauconieuse.

L'auteur nous prend en quelque sorte par la main et nous conduit aux localités classiques. Pour la craie à micraster cor anguinum, il nous invite à visiter la localité de Beynes. Là, nous pourrons relever les divers fossiles caractéristiques ; la gravure nous montrera avec le micraster caractéristique, l'ananchytes gibba, le galerites albogateros, le jannira quinquecostata. A Beynes, on retrouve encore des spongiaires remarquables, le siphonia ficus, le cephalites campanulatus, l'hallirhoa costata et le coscinopora cupuliformis.

La craie à belemnitella mucronata est située au-dessus de celle dont nous venons de parler. On la trouve avec tous ses caractères à Meudon. M. Stanislas Meunier étudie l'origine de cette craie et appelle à son aide les très-curieuses observations de Darwin; il nous montre les attols, cet île de roches calcaires, de polypiers brisés, en forme de couronne. Après avoir étudié la formation des rognons de silex, l'auteur passe en revue les minéraux disséminés dans la craie, nous fait connaître la faune de la craie, et termine cet intéressant chapitre par les applications industrielles de la craie.

A la suite de la craie blanche, nous trouvons le calcaire pisolithique dont une coupe, à Bougival, est reproduite d'après Élie de Beaumont. Faune, caractères stratigraphiques, études spéciales à Meudon, Vigny, Montainville, Ambleville, Flins, Montereau, Laversines et le mont Aimé complètent ce chapitre.

Voici maintenant les terrains tertiaires. Après avoir exposé la classification des terrains tertiaires de la France septentrionale, et montré ce qu'on entend par argile à silex, M. Stanislas Meunier aborde l'étude du terrain « éocène ». Commençant par l'orthrocène, l'auteur, nous promène et dans la région sud de Paris, où

(1) In-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

nous trouvons le conglomérat ossifère, l'argile plastique, les sables quartzeux et les fausses glaises, — et dans la région nord, vers les sables de Billy, les marnes à physes, les sables marins et les lignites. M. Stanislas Meunier fait alors un parallèle entre les deux régions précédemment étudiées.

L' « éocène » proprement dit, se montre ensuite à nous avec ses sables glauconifères, le calcaire grossier, les caillasses et les sables de Beauchamp.

Le Proïcène, vient ensuite avec son travertin inférieur ou de Saint-Ouen, le gypse, le travertin de Champigny, et le travertin de la Brie.

Après cette étude du terrain éocène, nous étudions successivement le terrain miocène, — avec ses sables de Fontainebleau, et le travertin supérieur —, et le terrain oliocène.

Nous arrivons aux terrains quaternaires, avec l'auteur nous revoyons le diluvium gris, le diluvium rouge et le lœss, nous assistons aux diverses théories (fluviale, glaciaire ou marine), proposées pour expliquer le mode de formation des graviers et des limons quaternaires. Nous sommes enfin devant les terrains actuels.

Dans cette suite si intéressante, M. Stanislas Meunier montre des qualités très-brillantes de discussion scientifique. Son titre nous promet un professeur de la bonne école, et nous sommes assurés que sa « géologie » sera bientôt entre toutes les mains, comme un bon et excellent classique. Encore quelques jours, et les temps plus cléments nous inviteront aux promenades géologiques : c'est le moment de lire ce livre, qui sera un guide excellent pour les jeunes gens, et un très-précieux *memento* pour ceux qui ont su.

Il est encore utile de faire connaître que l'auteur, dans une table alphabétique, nous rappelle toutes les localités citées dans l'ouvrage, et nous permet ainsi de faire ou de compléter assez facilement nos collections de fossiles. Un peu plus de gravures à la seconde édition — celle-ci ne contient que cent douze figures — et l'ouvrage sera parfait; mais ici, ce n'est plus à l'auteur que nous nous adressons, mais à l'éditeur, dont les riches publications fourniront très-facilement une illustration tout à fait digne de la très-bonne publication de M. Stanislas Meunier.

II

L'année scientifique (1). — Dix-neuvième année, 1875.

Par Louis FIGUIER.

Pour la dix-neuvième fois nous attirons l'attention de nos lecteurs sur une publication — qui a rendu et rendra nous l'espérons longtemps encore — le service de sauver du naufrage les bonnes idées, et les heureuses applications de la science que voit naître chaque année. Ce livre qui a simplement l'air d'un exposé annuel des travaux scientifiques, rendra un jour bien des services à ceux qui refont perpétuellement les œuvres déjà faites. Il restera un des répertoires les plus utiles et en même temps les plus intéressants pour l'histoire scientifique de notre époque.

Hélas, en ouvrant ce livre, notre pensée se reporte douloureusement vers les tristes victimes de la catastrophe du *Zénith*. Un pieux souvenir aux martyrs et au seul survivant de ce terrible événement; et nous entrons en matière, par cet autre grand acte scientifique que l'on nomme l'observation du passage de Vénus sur le disque du soleil. Ces études seront certainement la caractéristique de notre année 1875.

Mais voici les terribles inondations, et M. Figuier n'a pas manqué d'en enregistrer le souvenir dans la partie consacrée à la météorologie, où nous retrouvons les théorie des ouragans, de la formation des nuages, de la formation de la grêle, et l'existence des corpuscules ferrugineux et magnétiques dans les poussières atmosphériques.

En physique, nous voyons le soleil employé comme agent mécanique, les signaux de nuit en mer, la boussole circulaire, les rails de chemins de fer devenus magnétiques, et le nouvel exploseur pour l'inflammation des mines par l'électricité. Glissons sur la mécanique, où nous trouvons à côté de navires plus ou moins ingénieux, les mystères de la pendule de Henri Robert, et les canons prussiens ou Macombar. La chimie nous donne un nouveau métal, le gallium, et le verre trempé. Dans les sources de Bourbonne, formation contemporaine de diverses espèces minérales cristallisées, puis l'éternelle discussion sur la fermentation. L'art des constructions nous promet un tunnel sous-marin entre la France et l'Angleterre, un autre sous le Saint-Gothard, un canal à l'intérieur de l'Afrique, le percement de l'isthme de Panama, un chemin de fer de Naples au Vésuve.

Avec « l'histoire naturelle », nous retrouvons les observations géologiques faites à Saint-Paul et à l'île d'Amsterdam, par M. Vélain, les geysers de l'Amérique du Nord, les mines d'or de la Guyane, les mines d'argent d'Amérique, la houille du bassin de la Méditerranée, les arbres à gomme de l'Afrique, et pour couronner le tout, le palais des reptiles du Muséum.

La division de la médecine a disparu, mais nous n'avons pas besoin d'en chercher les progrès dans ce livre, la presse médicale est assez riche pour nous donner la vraie note du mouvement. M. Figuier se borne donc à quelques communications sur la physiologie, et termine son livre par l'agriculture, les arts industriels et une revue des académies et sociétés savantes. Puis, suivant son excellente habitude, il donne un dernier souvenir à ceux qui nous ont quittés, et parmi ces morts regrettés, nous relevons Ségalas, Demarquay, Desportes, Giraldès, Duchenne (de Boulogne), Louis Roche, Paul Lorain. Arrêtons-nous, car hélas, c'est le corps médical qui semble le plus frappé, et c'est celui qui laisse derrière lui la trace la plus lumineuse, car il constitue ici le plus grand nombre de ceux dont M. Figuier nous rappelle la vie.

Mettons donc ce dix-neuvième volume sur les rayons de notre bibliothèque, nous saurons le consulter au besoin, comme ses aînés.

III

Dictionnaire de chimie pure et appliquée

Publié sous la direction de M. WURTZ, de l'Institut. 21e livraison (1).

Ce vingt et unième fascicule s'ouvre par l'analyse du sodium. La soie suit le sodium et nous offre une monographie des plus intéressantes sur ce produit, qui donne lieu à une si belle et si grande industrie. Un article magistral sur les « solutions », l'étude de l'industrie de la soude, le soufre et son analyse, l'acide stéarique et la strychnine, sont les articles les plus remarquables de ce fascicule. Signalons, enfin, les très-nettes et très-intéressantes notices de minéralogie qui émaillent le volume, et seront vivement appréciées par les spécialistes.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

431. Chaboux. De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis.

432. Moreau. Recherches cliniques et expérimentales sur l'empoisonnement aigu par le plomb et ses composés.

433. Martin. De la pleurésie rhumatismale.

434. Ory. Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces.

435. Lafaye. Du traitement des ulcères de jambe par incision circonférentielle.

436. Veret. De quelques modifications de la nutrition.

437. Voisin. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques.

438. Constantin. La grenouillette aiguë et son traitement.

439. Pitistiano. De la mole vésiculaire de l'utérus.

440. Guermonprez. Contribution à l'étude de la maladie bronzée d'Addison.

441. Augier. Recherches sur le développement des pariétaux à la région sagittale.

442. Zienbicki. Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire.

(1) In-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Ce.

(1) Gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Ce.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Marseille. — Sont nommés à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille :

MM. Rampal, professeur d'anatomie;
Roberty, professeur de physiologie;
Girard, professeur de clinique médicale (1re chaire);
Favre, professeur de clinique médicale (2e chaire);
Bertulus, professeur de pathologie interne et pathologie générale;
Demeules, professeur d'anatomie pathologique;
Seux fils, professeur d'hygiène et médecine légale;
Pirondi, professeur de pathologie externe et médecine opératoire;
Chapplain, professeur de clinique chirurgicale (1re chaire);
Combalat, professeur de clinique chirurgicale (2e chaire);
Villeneuve, professeur de gynécologie;
Magail, professeur de clinique obstétricale;
Seux, père, professeur de thérapeutique;
Rousset, professeur de matière médicale;
Reynès, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, professeur de botanique et de zoologie élémentaire;
Favre, doyen de la Faculté des sciences, professeur de chimie médicale;
Roustan, professeur de pharmacie.
Villard, suppléant pour la chaire de médecine;
Livon, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie;
Queirel, professeur d'accouchements et gynécologie.

M. Seux, professeur de thérapeutique, est nommé directeur de l'école.

M. Robert, pharmacien de deuxième classe est nommé chef des travaux chimiques.

— Par arrêté en date du 11 mars 1876, un concours sera ouvert le 6 novembre 1876 à l'école préparatoire de médecine d'Angers pour un emploi de chef des travaux chimiques.

— *Faculté de médecine. Cours libres à l'École pratique autorisés pour le deuxième semestre de l'année scolaire* 1875-1876. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 25 mars 1876, et sur l'avis conforme de la Faculté, MM. les docteurs dont les noms suivent ont été autorisés à faire, à l'École pratique de la Faculté de médecine, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1875-1876, des cours sur les matières ci-après indiquées, savoir :

M. le docteur Dareste. — Conférences d'embryogénie, au laboratoire d'embryogénie (deuxième étage du musée Dupuytren).

M. le docteur Mallez. — Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. Amphithéâtre n° 3, mardis et jeudis, de quatre à cinq heures du soir.

M. le docteur Laurent-Préfontaine. — Maladie des voies urinaires. Amphithéâtre n° 1, mardis et samedis, de trois à quatre heures du soir.

M. le docteur Reliquet. — Maladies des voies urinaires. Amphithéâtre n° 2, lundis, mercredis, vendredis, de cinq à six heures du soir.

M. le docteur Galezowski. — Maladies internes des yeux. Amphithéâtre n° 1, mardis, jeudis, de huit à neuf heures du soir.

M. le docteur Sichel. — Pathologie oculaire. Amphithéâtre n° 1, lundis, mercredis et vendredis, de huit à neuf heures du soir.

M. le docteur Dubrisay. — Pathologie interne (maladies des enfants). Amphithéâtre n° 3, jeudis, à cinq heures.

M. le docteur Joffroy. — Cours complet de pathologie interne. Amphithéâtre n° 1, lundis, vendredis, de quatre à cinq heures du soir.

M. le docteur Strauss. — Cours complet de pathologie interne. Amphithéâtre n° 1, mardis, jeudis, samedis, de cinq à six heures du soir.

M. le docteur Laskowski. — Médecine opératoire. Pavillon n° 7, tous les jours à une heure.

M. le docteur Migon. — Accouchements. Opérations obstétricales. Amphithéâtre n° 3, mardis et samedis, de huit à neuf heures du soir.

— *Hôpital Saint-Louis.* — *Dermatologie.* — M. le docteur E. Vidal médecin de l'hôpital Saint-Louis a commencé le mardi 4 avril ses conférences cliniques et les continuera les mardis et vendredis suivants.

Le mardi, à neuf heures et demie, leçon sur les caractères extérieurs et l'anatomie pathologique des affections de la peau.

Le vendredi à huit heures et demie, visite des malades et conférence clinique.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 avril, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour. — 1° Nomination de membres associés libres nationaux. — 2° Discussion du mémoire de M. Mallez. — 3° Observation d'hystérie de l'homme; par M. Rochet. — 4° Traitement de l'épistaxis au moyen du Rhinobyon; par M. Duvernet. — 5° Trois observations intéressantes de policlinique obstétricale; par M. Hamon.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Toutes ces thèses se trouvent chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..............................		
Chlorure de sodium......................		
Matières organiques.....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication*.

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

Fer Girard (Protoxalate de fer).

Rapport favorable de l'Académie de médecine, séance du 12 novembre 1872. — M. Hérard a constaté que « cette préparation, presque insipide, « est facilement acceptée par les malades et très-« bien supportée par l'estomac, et qu'aux doses de « 10 à 20 centigrammes par jour, elle relève les « forces et guérit la chloro-anémie, comme le font « les bonnes préparations ferrugineuses; que ce « qui distingue particulièrement ce *nouveau sel de* « *fer* et lui donne des droits à entrer dans la thé-« rapeutique, *c'est qu'il ne constipe pas*. On peut « même en portant la dose à 30, 40 et 50 centi-« grammes, combattre efficacement la constipation « et obtenir des garde-robes plus ou moins nom-« breuses. » (*Bull. Acad. de médecine*, 2e série, t. I, 1872, p. 1109 et suiv.)

Le **Fer Girard** est en poudre; il se délivre en flacons de 15 grammes, munis d'une petite cuiller de la contenance de 10 centigrammes, dose à laquelle il se prescrit au commencement des deux principaux repas. — Dépôts : à la pharmacie, 7, rue de la Feuillade; à la pharmacie, 9, rue Vivienne, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Liqueur de Carrié au tartrate

ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Pilules de Blancard, approuvées

par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Se trouvent dans toutes les pharmacies.

Blancard

Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes, eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie Dupuy, montagne de la Cour.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci-contre.

Raoul Bravais

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement l'un par l'autre.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot.

J. Laroche

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. Fremineau, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. Dose : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. Adultes : Une cuillère à bouche. Enfants : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez Desnoix et Ce, 22, rue du Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Dynamomètre de poche

DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

N° 41. — JEUDI 6 AVRIL 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 6 AVRIL 1876. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans l'une des séances de la Société de chirurgie du mois de février, il a été fait un rapport sur des observations d'ostéotomie pratiquée pour des déformations rachitiques, soit déviations ou cals vicieux, opération considérée dans le rapport comme inusitée en France, tandis qu'elle tendrait depuis quelques années à entrer dans la pratique courante en Allemagne et en Angleterre. (Voir dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 22 février, compte rendu de la Société de chirurgie du 16, le rapport de M. Tillaux sur un mémoire de M. Jules Bœckel, de Strasbourg). Dans la discussion qui a suivi la lecture de ce rapport, ni les critiques ni les revendications n'ont manqué. Une seule chose a été oubliée, ç'a été de rappeler l'ensemble des faits relatifs à ce point de pratique que M. J. Guérin soumettait en 1846 à la commission chargée d'examiner les résultats des traitements orthopédiques mis en usage à l'hôpital des Enfants pendant les années 1843, 1844 et 1845. On trouve, en effet, dans le rapport de cette commission, publiée en 1848, un chapitre consacré aux courbures rachitiques des membres et difformités par cals vicieux rachitiques, où est décrite tout au long une méthode de traitement complexe, dont les procédés d'application varient, suivant que l'on a affaire à de simples courbures rachitiques régulières, mais trop prononcées pour qu'on en puisse obtenir le redressement à l'aide des seuls moyens mécaniques, ou à des fractures rachitiques vicieusement et incomplétement consolidées.

Pour les cas de la première série, M. J. Guérin avait eu recours, en présence des membres de la commission, au procédé de redressement extemporané de la courbure rachitique, secondée par un traitement mécanique consécutif.

Pour les cas de la seconde série, le redressement extemporané avait été suivi de la section sous-cutanée des muscles raccourcis de la concavité, pour favoriser et maintenir le redressement obtenu et de l'application d'appareils contentifs.

Enfin, devant la même commission, M. J. Guérin exposait à la même époque un troisième moyen qu'il avait déjà mis en œuvre pour un cas où la rupture du cal vicieux était impossible à cause de sa trop grande résistance, et qui consiste en une section partielle sous-cutanée de l'os, après la section préalable des muscles rétractés.

C'est pour rétablir ces faits oubliés ou méconnus, faits dont nous avons été témoin dans le temps, et que nous venons de rappeler d'une manière sommaire, que M. J. Guérin a pris la parole hier. Le manuscrit de M. Guérin, par suite d'une erreur, n'ayant point été déposé au secrétariat, il ne nous a pas été possible d'en donner l'analyse dans le compte rendu; mais nous venons d'en faire connaître la substance.

L'Académie, avant cette lecture, avait entendu une courte communication de M. Rufz de Lavison sur la lèpre, qu'on trouvera au compte rendu et elle a entendu ensuite la lecture d'un travail de M. le docteur Lajoux sur la cause physiologique du sommeil, qui a été renvoyé à une commission, et enfin une série de rapports sur les remèdes secrets; après quoi l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre un rapport de candidature.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. ALPHONSE GUÉRIN.

Chute de l'utérus.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

I.

L'utérus est fixé par des ligaments qui le tirent en sens divers, de manière à ce que les mouvements communiqués au reste du corps ne l'ébranlent pas d'une manière pénible; il est soutenu comme par des ressorts qui, cédant un peu pour amortir le choc, s'opposent pourtant à tout déplacement. C'est, du moins, le but que la nature s'est proposé d'atteindre. Malheureusement, si les ligaments par lesquels l'équilibre de l'organe est maintenu s'affaiblissent, la matrice, cédant aux impulsions qui lui sont communiquées, est portée en avant ou en arrière, pour constituer les déviations utérines que nous connaissons sous les noms de rétroversion et de rétroflexion, d'antéflexion et d'antéversion. Ce n'est pas de cette disposition vicieuse de l'utérus que je me propose de vous entretenir aujourd'hui.

Quand on examine l'utérus sur le cadavre d'une jeune fille, le corps de l'organe qui est peu développé, est si bien fixé par les ligaments, que l'on a peine à comprendre comment il pourrait sortir de la cavité abdominale, en faisant irruption à travers le conduit du vagin. Cette expulsion de la matrice au dehors de la vulve, est pourtant une infirmité assez commune.

Quand elle est complète, elle constitue l'état que l'on désigne sous le nom de *chute complète* ou de *précipitation* de l'utérus; lorsque le col utérin ne dépasse pas l'entrée de la vulve, on dit qu'il y a *prolapsus*, *chute incomplète* ou *descente; l'abaissement* est l'état dans lequel la matrice s'est abaissée dans le vagin, sans que le col soit auprès de l'orifice vulvaire. L'*abaissement* est le premier pas vers la précipitation. Heureusement, ce déplacement s'arrête souvent à ce premier degré de la maladie.

On observe fréquemment les chutes de l'utérus à leurs divers degrés chez les femmes qui, pendant leur grossesse, ont continué à se livrer à des travaux pénibles. C'est aussi la conséquence ordinaire de la conduite des femmes qui se lèvent peu de jours après leur accouchement.

Je n'ai pas besoin d'insister sur cette cause de l'abaissement et de la chute de l'utérus. Les ligaments qui ont été distendus pendant la grossesse, ne reviennent à leurs dimensions normales qu'au bout d'un temps qui varie entre six et sept semaines. C'est aussi le temps qui est nécessaire pour que la matrice reprenne les dimensions qu'elle avait avant la conception.

Si l'on ne laisse pas à l'utérus le temps de reprendre son volume normal; si la malade se lève prématurément, l'organe n'étant plus soutenu d'une manière suffisante par ses ligaments, cèdera aux lois de la pesanteur et s'abaissera.

Les efforts violents pour soulever de grands poids, ou pour vaincre une constipation, produisent à la longue un abaissement de la matrice.

S'il faut en croire Aristote, l'utérus tomberait, chez certaines femmes, *par suite du désir qu'elles ont de s'accoupler aux hommes.*

Je ne sais comment Aristote s'était aperçu de cela, mais après avoir visité un grand nombre de femmes, je suis tenté d'admettre avec lui que la volupté n'est pas sans influence sur l'abaissement de l'utérus.

J'ai observé, chez des femmes affectées d'ascite, deux cas très-intéressants de chute de l'utérus sans hypertrophie du col. L'une, chez laquelle j'ai pratiqué quinze ponctions, qui ont donné issue chacune à environ une quinzaine de litres de liquide, avait une chute complète qui formait une tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche. Chez elle, nous avons pu constater, à l'autopsie, une chute de l'utérus qui n'était constituée par l'hypertrophie ni du col ni du corps, et qui, par conséquent, rentrait ainsi dans la catégorie des chutes simples.

Chez une autre malade, à laquelle j'ai également pratiqué un nombre assez considérable de ponctions, quinze ou seize, et retiré chaque fois vingt-quatre ou trente litres de liquide, il existait un sac herniaire qui offrait un volume égal environ à celui de l'utérus expulsé de la vulve, c'est-à-dire de la grosseur des deux poings à peu près. La même chose s'observait pour l'utérus. Entre cet organe tombé et les parois du vagin, voici ce qui se produit en pareil cas : l'utérus entraîne la vessie dans son mouvement de descente, de sorte que quand on saisit cette poche entre les doigts, on trouve le plus ordinairement une tumeur fluctuante, qui n'est autre que la vessie distendue par son contenu.

Chez cette femme, on observait une tumeur considérable, et vous comprenez alors le rôle de l'ascite. Certaines femmes, il est vrai, dont les parois et le plancher du bassin sont douées d'une grande résistance, peuvent avoir de l'ascite sans être affectées pour cela d'une chute de l'utérus; mais chez ces malades l'utérus est presque toujours abaissé.

Paul Dubois a avancé une proposition dont la réalité ne me semble pas démontrée. Il a prétendu que la largeur du bassin avait une grande influence sur la production des chutes de la matrice. Il précise même et dit que l'élargissement du détroit supérieur donne lieu à l'abaissement, l'élargissement du détroit inférieur à une chute complète. Je ne connais pas de faits qui puissent autoriser à admettre une semblable opinion. J'attache bien plus d'importance à la laxité des parois du vagin, sans laquelle il n'y a pas de chute possible de l'utérus, laxité qui est elle-même la conséquence ordinaire des accouchements répétés ou d'une délivrance difficile.

Ce n'est pas, en effet, une chose aussi facile que vous pourriez le supposer, que de produire l'abaissement de l'utérus chez une femme dont les parois du vagin et les ligaments sont bien résistants. Deux anciens prosecteurs des hôpitaux, Bastien et Legendre, ont démontré que, pour produire sur le cadavre un abaissement notable de l'utérus, il ne fallait pas moins d'une force évaluée à 25 kilogrammes; à 50 kilogrammes pour une chute complète. Il est vrai que, lorsque ce mouvement est fait lentement, il nécessite une force moindre.

Ces auteurs ont vu que, quand on opère ainsi expérimentalement la chute de l'utérus, ce sont les replis de Douglas qui généralement sont le plus vite distendus. Les ligaments ronds ne subiraient de distension que lorsque la matrice descend très-bas.

Les symptômes de la chute sont de deux sortes : signes subjectifs et signes objectifs. Les premiers sont beaucoup moins importants que les seconds. Mais avant de décrire les symptômes de la chute de la matrice, il est bon que nous nous entendions sur ce qu'on doit appeler l'abaissement. Nous savons bien qu'il y a abaissement quand l'utérus arrive jusqu'à 2 ou 3 centimètres de l'orifice vulvaire, mais où commence cet abaissement? Les auteurs ne s'entendent pas du tout sur la longueur qui doit être attribuée au vagin. Pour la plupart, cette longueur serait de 10 à 11 centimètres. Aran, au contraire, prétend que la distance comprise entre l'orifice vulvaire et le museau de tanche ne serait que de 6 centimètres chez les femmes qui ont eu des enfants, de 7 à 8 centimètres chez les filles vierges ou chez les femmes qui n'ont pas conçu. La vérité est que ces mesures sont toujours très-difficiles à apprécier.

Je me demande, en effet, comment on peut arriver à une mesure exacte de la longueur du vagin. Il me semble que les dimensions des organes chez la femme doivent varier comme elles varient pour le pénis chez l'homme, et que, de même qu'il y a des verges longues et des verges courtes, il doit y avoir également des vagins longs et des vagins courts. Je veux bien accepter comme mesure minima du vagin 6 centimètres, par exemple, mais un abaissement qui serait constitué par une distance de 5 centimètres entre l'orifice de la vulve et le col n'en constituerait pas moins un abaissement dont il faudrait se préoccuper.

Sauf les cas où l'utérus est maintenu abaissé par une tumeur ou par des adhérences ayant succédé à une pelvi-péritonite, je crois que l'on peut reconnaître un abaissement à la possibilité de relever avec le doigt la matrice, qui paraît trop rapprochée de la vulve.

Lorsque, la chute se fait brusquement, c'est-à-dire à la suite d'un effort violent, énergique, comme cela arrive, par exemple, lorsqu'il s'agit de lever un lourd fardeau, les malades éprouvent une douleur subite dans le bas-ventre, et la sensation de la rupture de quelque organe qui tend à sortir et qui sort en effet. Elles portent la main et s'aperçoivent que la matrice est venue faire saillie à l'orifice de la vulve ou au delà. Le plus ordinairement, quand l'utérus est sorti, il vient for-

mer entre les cuisses une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule.

Cette sensation s'accompagne de douleur dans les reins, dans le sacrum, mais celles-ci n'ont rien de pathognomonique, puisqu'elles se rencontrent dans la plupart des affections utérines. En même temps, les malades éprouvent une sensation de tiraillement, de pesanteur, du ténesme vaginal; elles sentent comme un corps qui viendrait exciter les contractions du vagin et tendrait à le refouler au dehors.

Souvent un sentiment de défaillance, de lipothymie, accompagne ce premier phénomène, auquel peuvent encore venir se joindre des nausées, des vomissements, des troubles gastriques.

Cette sensation de pesanteur est excessivement pénible. Ambroise Paré avait déjà indiqué ce symptôme dans son livre inimitable : *La femme*, dit-il, *sent en sa nature une pesanteur et grande fascherie, et l'empêche de cheminer et de faire le jeu de Vénus.*

Dans cet état, la vessie se vide mal, ce que l'on comprend facilement, du reste, et le ténesme vésical s'accompagne d'un phénomène analogue du côté du rectum. Les malades cherchent continuellement à uriner et se figurent qu'elles ont toujours besoin d'aller à la garde-robe.

Mais quelquefois ces symptômes manquent. Dans l'abaissement et aussi dans la chute complète, lorsqu'elle survient lentement, il n'existe souvent, comme chez les deux femmes que je vous ai citées plus haut, qu'un sentiment de gêne dû à la présence d'un corps volumineux entre les cuisses.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Névro-rétinites causées par la réverbération des éclairs. Cécité consécutive.

Par le docteur Brière (du Havre).

Vers le milieu de juin 1875, je fus consulté pour une jeune fille, âgée de onze ans, assez grande, robuste, et qui devint aveugle, dans les circonstances suivantes, qu'elle précisa elle-même parfaitement.

Quinze jours auparavant, pendant qu'elle revenait de l'école communale chez ses parents, dont la demeure est située à un kilomètre du village, un orage grondait sur le pays; les éclairs et le bruit du tonnerre se succédaient rapidement.

L'enfant effrayée hâtait le pas, et, loin de regarder les zigzags de la foudre comme le font parfois des imprudents, jeunes ou âgés, elle baissait la tête et tenait les yeux fixés sur le grand chemin qu'elle suivait. Mais cette route séchée et blanchie par le soleil des jours précédents, réfléchissait très-fortement la lumière vive des éclairs.

Ainsi surprise par l'orage la jeune fille poursuivit sa course; en approchant du village elle eut de la peine à gagner la maison de ses parents, tant elle était éblouie.

Cette sensation d'éblouissement persista pendant toute la soirée. L'enfant dormit comme les jours précédents; mais à son réveil, elle était presque aveugle ne distinguant, dans la maison, que la forme des personnes et les plus gros objets. Vingt-quatre heures après la cécité était complète; la jeune fille ne conservait qu'une sensation lumineuse faible.

Une commère consultée prétendit que c'était les vers et conseilla un purgatif dont l'effet fut absolument nul. La cécité persistant, l'enfant me fut adressée, mais quinze jours après seulement!

La physionomie de la petite paysanne et l'aspect extérieur de ses yeux indiquent de suite une affection profonde des globes oculaires.

Les pupilles très-dilatées ne sont plus sensibles à l'action de la lumière et de l'obscurité.

L'ophthalmoscope me montre des deux côtés une névro-rétinite des mieux caractérisées. L'étranglement et la saillie des papilles l'œdème des rétines et l'hypérémie veineuse sont les principaux symptômes à noter.

Il est très-difficile à la malade de distinguer si une lampe allumée est en face d'elle.

Je prescris l'emploi à l'intérieur du calomel à doses réfractées, l'application quotidienne, pendant huit jours, d'une sangsue derrière chaque oreille, la pommade d'Autenrieth à la nuque comme révulsif, et le séjour le plus rigoureux dans une chambre obscure.

Après dix jours de ce traitement la vue commençait à s'améliorer; l'enfant distinguait, reconnaissait presque sa mère et comptait les solives au plafond de sa chambre quand, au moment du repas, on y laissait une chandelle.

Aurait-on obtenu une amélioration plus grande, voire même le rétablissement de la vue, en prolongeant le traitement?

Il était permis de l'espérer; mais les soins étaient, paraît-il, difficiles et un peu coûteux. Je n'avais vu l'enfant qu'une fois et c'était la dernière!

Quelqu'un parla dans le village de sort jeté sur l'enfant par un voisin.

Il n'en fallait pas davantage pour éveiller la superstition des parents et remplacer le traitement par des pratiques aussi ridicules les unes que les autres.

Quelques mois plus tard, j'eus des nouvelles de cette jeune fille. La cécité persistait!

L'observation qu'on vient de lire est surtout instructive au point de *l'étiologie* de ces névro-rétinites.

La jeune fille a bien expliqué qu'elle n'a pas vu ni entendu le tonnerre tomber auprès d'elle (j'emploie ici les expressions usuelles). Elle n'a éprouvé aucune secousse, aucune commotion, et, suivant le dire des parents, le tonnerre n'est pas tombé, ce jour-là, autour du village. On ne peut donc admettre ici, comme dans un cas cité par Petrequin (1), que l'amaurose a été produite par une soustraction d'une portion du fluide nerveux par l'action de la foudre, ou pour parler plus exactement, on ne peut admettre que les névrites aient été causées par le choc en retour.

Les névro-rétinites ont été produites ici par l'impression lumineuse, vive et répétée des *éclairs réfléchis sur le sol blanc de la route.*

Quelques auteurs modernes, Stellwag entre autres, admettent en effet qu'une lumière très-éclatante, frappant l'œil à différentes reprises, est capable, ainsi qu'une fatigue excessive de la vue, de déterminer une rétinite. Mais ce point d'étiologie des névro-rétinites est loin d'être admis par tous les auteurs; plusieurs n'en font pas même mention, et quelques-uns le révoquent en doute disant « que c'est *évidemment* une vue théorique, et qu'aucune observation sérieuse n'appuie l'authenticité de ce genre de cause. »

Dans le cas que je viens de rapporter, il n'y a eu ni commotion, ni perte de connaissance, aucune action de choc en retour, aucun phénomène cérébral. L'impression lumineuse excessive et l'éblouissement prolongé est la seule cause à laquelle on puisse attribuer les névro-rétinites. Le témoignage de la jeune fille, ce qu'elle a éprouvé, et la rapidité avec laquelle la vue s'est perdue en sont autant de preuves évidentes.

Les faits de cécité causés par la lumière des éclairs seule, sans commotion, sont très-rares. J'en trouve trois dans les *Annales d'oculistique*; deux (2) sont cités par Petrequin.

L'un de ces malades serait resté aveugle pendant une année et n'aurait éprouvé de l'amélioration qu'après l'emploi du sulfate acide d'alumine (?).

(1) Petrequin, *Amaurose due à l'action de la foudre. Annales d'oculistique*, 1839, t. II, p. 212.

(2) *Annales d'oculistique*, t. II, p. 212.

Dans le second cas, l'amaurose d'abord complète se transforma bientôt en nyctalopie telle que le malade voyait les objets les plus minutieux dans l'obscurité la plus profonde, et qu'il cessait de voir aussitôt que le jour commençait à paraître. Ce malade guérit en quelque temps sans suivre de traitement.

J'ai cherché des faits analogues dans d'autres revues sans en trouver.

Enfin, en 1852, le docteur Henrotay (1) a publié l'observation d'un homme qui perdit subitement la vue dans les conditions suivantes. Étant à lire la gazette, auprès d'une fenêtre entr'ouverte, il fut tout-à-coup pris de vertiges, au moment d'un coup de tonnerre, et perdit complétement la faculté de voir. Après les applications d'un large vésicatoire à la nuque, de sangsues derrière les oreilles et de sinapismes aux jambes, le malade recouvra complétement la vue en six jours.

Notre jeune fille a été moins heureuse; il faut l'attribuer à l'insouciance des parents qui restèrent quinze jours sans faire soigner leur enfant, puis à leur ignorance doublée de superstition dont la conséquence a été la cessation d'un traitement rationnel et l'emploi de pratiques superstitieuses et ridicules.

J'ai entendu dire à deux personnes, assez fortement amblyopes, qu'elles avaient la vue très-faible depuis leur enfance, parce que, étant en pension, elles avaient fait plusieurs fois et exécuté le sot pari de regarder le soleil pendant assez longtemps.

D'un autre côté, j'ai observé chez plusieurs chauffeurs ou boulangers de steamers des atrophies papillaires nettement caractérisées qui ne pouvaient provenir que de la lumière vive et de la chaleur, à laquelle leur profession les expose continuellement. Je donne notamment des soins en ce moment à un marin de la flotte française dont l'occupation consiste à faire ouvrir les fourneaux et à surveiller l'intensité des feux à bord d'une frégate. Il est atteint d'une atrophie papillaire assez prononcée, avec une acuité $S = \frac{1}{6}$.

L'action funeste d'une lumière excessive, qui est aujourd'hui mise en doute par quelques oculistes, a été observée et bien décrite par des auteurs anciens et notamment par Galien (2). Cet auteur a vu des curieux qui, en examinant avec trop d'attention les taches du soleil, perdirent la vue par des amauroses complètes.

Demours (3), à qui j'emprunte cette citation, constate également (obs. 316) que les astronomes ont besoin de prendre les plus grandes précautions pour ne pas courir de semblables dangers. Comme quelques médecins militaires du commencement de ce siècle, il avait observé que la réverbération de la neige, sur laquelle se réfléchissent les rayons du soleil, a souvent produit un effet semblable et très-fâcheux sur la vue.

Il est donc indubitable que l'impression d'une lumière trop vive et prolongée peut avoir une influence pernicieuse sur le nerf optique et sur la rétine. La jeune aveugle, dont il vient d'être question, en est une preuve évidente. Et cet effet de la lumière sur la vue peut être beaucoup plus prononcé quand le foyer lumineux est en même temps un foyer de chaleur. Ce que j'ai observé sur des chauffeurs de steamers on l'a constaté depuis longtemps dans différentes professions, et notamment chez les verriers, les miroitiers, les forgerons, les fondeurs, etc. Mais chez ces ouvriers, l'action de la chaleur est encore plus funeste que l'impression lumineuse.

(1) *Annales d'oculistique*, t. XXVII, p. 71.
(2) Galien, *De usu partium*, lib. X, cap. 3.
(3) Demours, 1818, t. I, p. 371.

THÉRAPEUTIQUE

De quelques indications du Phosphate de chaux.

Par le docteur Barrère.

Depuis quelques années, l'emploi du Phosphate de chaux s'est beaucoup généralisé, mais pas encore assez, croyons-nous, eu égard aux services qu'il est appelé à rendre chaque jour. Et la principale cause en est certainement dans le mode de préparation mis en usage, car c'est surtout de ce mode que dépendent les succès obtenus.

Nous voyons d'ailleurs le même fait se produire avec un grand nombre d'autres médicaments, et l'un des plus beaux titres de la thérapeutique moderne sera précisément d'avoir appris à distinguer, mieux qu'on ne le faisait autrefois, les différences d'actions obtenues selon le genre de préparation et les doses employées.

Dans les nombreux cas où nous avons administré, avec succès le phosphate de chaux nous avons donné la préférence comme mode de préparation, au chlorhydro-phosphate de chaux, et cette préférence est plus que justifiée à nos yeux par les essais que nous avons tentés avec d'autres préparations, avant que celle-ci n'ait vu le jour. Ce n'est pas sans une certaine satisfaction d'ailleurs, que nous voyons, dans ce cas, l'épreuve clinique concorder absolument avec les données physiologiques.

Le Phosphate de chaux étant insoluble, il faut en effet de toute nécessité; pour qu'il soit absorbé, que sa dissolution s'opère dans l'estomac au moyen de l'acide du suc gastrique. Or il n'est pas douteux, depuis les dernières expériences du docteur Rabuteau, et celles plus nombreuses encore de Richard Maly, en Allemagne, que l'acide chlorhydrique, soit le seul acide libre du suc gastrique. On se met donc, en employant le Phosphate de chaux préalablement dissous par l'acide chlorhydrique, dans les conditions mêmes de la nature, et on est en droit de compter sur une absorption plus considérable du sel, sans qu'il y ait à craindre de voir détourner de son but une partie quelconque de l'acide gastrique.

Il serait trop long de rapporter les observations que j'ai recueillies, et je manquerais mon but qui est de préciser quelques indications d'emploi du Phosphate de chaux; je me tiendrai donc dans les généralités, seules indispensables pour mon sujet.

Depuis longtemps j'ai administré le Phosphate de chaux à tous les phthisiques que j'ai eu à soigner, sans distinction du caractère de la maladie.

Mais les résultats sont loin d'être les mêmes dans toutes les formes. S'agissait-il de phthisies aiguës ou à marche rapide, je n'ai jamais observé d'amélioration vraie. Dans les phthisies avec éréthisme le chlorydro-phosphate de chaux n'a également qu'une valeur médiocre tant que cet éréthisme persiste. On doit donc tout d'abord s'attacher à le combattre; par les révulsifs, vésicatoires volants, cautères, teinture d'iode, et par l'opium, l'aconit, l'arsenic, etc. Mais dans les phthisies torpides, on observe rapidement des améliorations véritablement merveilleuses, quelle que soit la période de la maladie. L'appétit renaît comme par enchantement, les digestions deviennent excellentes, la toux disparaît, les malades engraissent et se croient guéris. — Dire qu'il y a guérison et surtout définitive ce serait beaucoup, car on a le plus souvent de nouvelles poussées à redouter, surtout si l'on agit à des périodes avancées de la maladie. Mais les rémissions sont quelquefois très-longues et avec les précautions hygiéniques toujours nécessaires en pareil cas, elles peuvent devenir indéfinies. — C'est, donc un moyen précieux, et qu'on ne doit pas négliger.

Dans les anémies, quelles qu'en soient les causes, même l'albuminurie le chlorhydro-phosphate de chaux produit presque constamment des effets excellents. Mais s'il y a une cause organique, évidemment ces effets ne peuvent persister. — Dans deux cas de maladie de Bright, à deux ou trois reprises j'ai obtenu pendant quelque temps des résultats très-satisfaisants, mais j'ai dû cesser lorsque le mieux ne s'est plus maintenu, et les malades ont fini par mourir. Mais s'il n'y a pas de cause organique, ni le fer, ni le quinquina, ni tout ce qu'on est convenu d'appeler des toniques, ne m'ont paru réussir aussi bien. — Et dans la chlorose notamment, la maladie la

plus justiciable du fer, j'ai observé bien des cas où les préparations ferrugineuses ayant échoué, le chlorhydro-phosphate de chaux réussisait à merveille. Mais c'est dans la scrofule et le rachitisme, si lents d'habitude à se modifier, qu'on peut observer d'une façon plus saisisante encore les excellents effets du chlorhydrose-phosphate de chaux. Je possède dans mes notes trois observations d'enfants scrofuleux, ayant des ganglions suppurés, et l'un deux une otorrhée persistante, qui avaient pris des bains sulfureux et salins, de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium, sans éprouver aucune amélioration et qui ont vu ces accidents disparaître en moins de deux mois, sous l'influence du chlorydro-phosphate de chaux. Et en même temps on voyait leurs chairs s'affermir, et se colorer, preuve évidente de l'action puissante et profonde du médicament. C'est d'ailleurs un de ceux que les enfants prennent avec le plus de facilité, car ils ne s'en aperçoivent même pas, lorsqu'on a le soin de le mélanger à leur boisson pendant le repas et ceci n'est pas à dédaigner, car il est bien difficile de faire suivre à un enfant un traitement de quelque durée.

Dans les dyspepsies je n'ai administré le chlorhydro-phosphate de chaux qu'une fois, et assez récemment, parce que j'étais persuadé qu'il n'agissait pas autrement que l'acide chlorhydrique lui-même. Il s'agissait d'une dame précédemment guérie par ce moyen d'une dyspepsie rebelle. La maladie étant revenue après une année d'interruption, j'ordonnais cinq gouttes d'acide chlorhydrique avant les deux principaux repas, et je ne doutais pas du succès. Cependant, quinze jours après, il n'y avait qu'une amélioration insignifiante, et la malade me réclamait le remède qui entre les mains d'un confrère l'avait déjà guérie. Je remplaçais ma prescription par une cuillerée à bouche de solution Coirre au chlorhydro-phosphate de chaux et huit jours après, ses digestions étaient devenues complétement bonnes. J'ai revu cette malade au bout d'un mois, elle avait cessé la solution depuis quelque temps déjà et non seulement ses digestions continuaient à être excellentes, mais ses forces qui avaient sensiblement baissé, ne laissaient plus rien à désirer.

Je livre ce fait — peu important d'ailleurs — pour ce qu'il vaut, mais ne tend-il pas à démontrer que la méthode actuelle de traitement par le Phosphate de chaux ne peut être assimilée comme on a voulu le faire, à la modication simplement acide, même dans les cas où cette opinion pouvait raisonnablement se soutenir?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un ouvrage du docteur Morh, intitulé : *Toxicologie chimique*, traduit de l'allemand par M. le docteur L. Gautier, de Melle (Deux-Sèvres).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre), intitulé : *Contribution à l'étude de la leucocytose.*

2° Une lettre de M. le docteur Pupier (de Lyon), accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Action des eaux de Vichy sur la composition du sang.*

3° Un mémoire de M. le docteur Dumontpallier, intitulé : *Contribution à l'étude des anomalies de l'éruption vaccinale.*

PRÉSENTATIONS

M. Cloquet présente, au nom de M. le docteur Fieuzal, une brochure intitulée : *Clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts pendant l'année* 1874.

M. Gubler présente au nom de M. le docteur Garrigou, une brochure intitulée : *Aperçu sur les ressources industrielles du département de l'Ariége.*

LECTURES

Lèpre. — M. Rufz de Lavison, à propos de la discussion qui a eu lieu dans la séance dernière sur la lèpre et la gangrène symétrique des extrémités, présente quelques observations sur la lèpre dite éléphantiasis des Grecs ou léonine, à laquelle quelques membres inclinent à rapporter le cas présenté à l'Académie. Lorsque la période des sphacèles a lieu, dit M. Rufz, elle n'est jamais primordiale, c'est ordinairement la dernière. A cette époque la maladie est assez caractérisée par d'autres symptômes existant ou ayant précédé et par sa marche, pour qu'il ne puisse plus y avoir de doute pour personne.

La face est alors pathognomonique, elle présente l'épaississement et la couleur bronzée de la peau, la chute des cheveux, des sourcils, des cils, des dents, le développement des oreilles, le ratatinement du nez par suite de la chute de la cloison, enfin tous ces traits hideux qui ont fait comparer la face des lépreux à celle du lion.

Je ne parle pas, ajoute-t-il, de la marche de la maladie qui dure quelquefois depuis plus de vingt ans, ni des symptômes tels que douleurs vagues, profondes, taches de la peau qui précèdent toujours la période où arrive le sphacèle des doigts, des orteils, du nez, des oreilles.

Si le cas présent était de la lèpre léonine, ce serait une lèpre partielle localisée dont je n'ai jamais vu d'exemple, ou peut être encore la lèpre modifiée par le milieu dans lequel elle s'est développée, comme le suppose M. Devergie.

En dehors de la lèpre léonine, de la lèpre classique, il y a d'autres états de la peau qui sont appelés lèpres. Jusqu'à une certaine époque et peut-être même aujourd'hui, dans d'autres pays, on peut dire que toute affection repoussante de la peau, surtout à la face, était ou est dénommée lèpre. Mais ce n'est pas le lieu d'entrer dans cet examen. Je crois que toute étude de la lèpre doit être faite avec une certaine critique, et il conviendrait d'élaguer beaucoup de ce qui s'est dit au temps des léproseries.

Dans le cours de cette discussion, j'ai cru comprendre que quelques membres croyaient à la transmission de la lèpre. La lèpre léonine dans les pays où elle n'est pas rare, est encore très-clairsemée par rapport au chiffre des populations. Or, comme c'est une maladie qui dure très-longtemps, qu'elle n'est séquestrée, lorsqu'elle l'est, qu'à sa dernière période, lorsque la vue en est trop répugnante; comment se ferait-il que cette maladie transmissible ne se transmettrait pas à un plus grand nombre de personnes, qu'elle ne se généraliserait pas davantage? Quelle est la maladie transmissible qui se montrerait aussi réservée, aussi discrète? Dans les familles même de lépreux, je n'ai jamais vu plus d'un ou deux cas. Rien que par des dévouements, dont j'ai vu d'admirables exemples, on voit ces familles vivre en commun avec leurs pauvres parents malades et leur prodiguer les plus tendres soins, pendant leur longue et douloureuse maladie, sans la contracter.

Je dirai encore un mot de l'*hérédité* de la lèpre, qui est une opinion régnante. Eh bien, je dirai de l'hérédité comme de la transmission de la lèpre : c'est un point encore trop circonscrit, trop variable, trop mal étudié pour qu'on puisse avoir là-dessus une opinion arrêtée, absolue. On cite des familles dans la génération desquelles il y a eu un ou deux lépreux, mais il n'y a pas, à proprement parler, de familles de lépreux. A l'occasion des mariages, cette considération est souvent agitée, prête à la médisance; mais une preuve qu'il n'y a point de certitude sur ce point, c'est que cette considération cède à ceux qui partout l'emportent sur les considérations d'hérédité des malades. J'ai pu observer plus d'un mariage des membres de familles où il y avait eu un lépreux, et dont la descendance n'a pas reproduit cette maladie.

Enfin le sol des Antilles se compose de terrains calcaires ou volcaniques et de terrains marécageux, dits d'alluvion. C'est un fait notoire que c'est surtout dans les terrains d'alluvion que le nombre des lépreux est plus considérable. La lèpre s'observe dans des éléments bien différents. Au pôle nord, comme sous l'équateur, elle n'est pas modifiée par son passage des Antilles en Europe. J'ai vu plus d'un malade renvoyé par des médecins de Paris ou de Londres à leur climat natal, parce que la maladie paraissait se mal trouver

du climat où ils étaient transportés. La lèpre n'est donc pas une maladie de climat, c'est plutôt, comme le crétinisme, une maladie de localité.

M. J. GUÉRIN donne lecture d'une note sur l'ostéotomie dans les courbures rachitiques. (Voir le Premier-Paris.)

M. LAJOUX (de Boissy Saint-Léger) lit un travail sur la cause du sommeil qu'il prétend avoir découverte dans la lymphe.

Ce travail est renvoyé à une commission composés de MM. Colin, Moreau et Vulpian.

ÉLECTION

L'Académie a procédé dans le cours de cette séance à la nomination au scrutin des commissions de prix pour le prochain concours.

Voici les résultats des scrutins.

Prix de l'Académie. — MM. Larrey, Trélat, Alph. Guérin, Legouest, Voillemier.

Prix Civrieux. — MM. Bouchardat, Vulpian, Bernard, Mialhe et Laboulbène.

Prix Capuron. — MM. Depaul, Devilliers, Huzard, Tarnier et Blot.

Prix Barbier. — MM. Hérard, Roger, Chauffard, J. Cloquet et Empis.

Prix Godard. — MM. Guéneau de Mussy, Hardy, Sée, Woillez et Hirtz.

Prix Itard. — MM. Gubler, Davaine, Marrotte, Moutard-Martin et Jolly.

Prix Falret. — MM. Baillarger, Charcot, Devergie, Bergeron et Bouillaud.

Prix Rufz de Lavison. — MM. Broca, Magne, [Colin, Delpech et Roussel.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission sur les candidats au titre d'associé national.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

TROISIÈME LETTRE.

LES UNIVERSITÉS DES ÉTATS DU SUD ET LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MUNICH EN PARTICULIER.

I

Munich, 15 décembre 1875.

Monsieur le directeur,

Nous avons noté dans l'organisation actuelle des Facultés d'Heidelberg et de Fribourg-en-Brisgau, ainsi que dans celle des trois Facultés suisses, l'absence d'un certain nombre de chaires dont l'objet est enseigné par un maître qui cumule ainsi deux cours différents, ou par de simples privatdocenten : c'est ainsi qu'à Fribourg il n'existe pas de chaire d'hygiène ni de médecine opératoire, pas de chaire de médecine légale, pas de chaire de psychiatrie, ces matières sont enseignées par des docenten. A Heidelberg il n'existe pas de chaire de psychiatrie non plus. Par contre, nous avons vu qu'il existait des chaires d'ophthalmologie dans les universités badoises et suisses : partout ces chaires sont ordinaires, excepté à Bâle où l'ophthalmologie est professée par un extraordinaire.

Il est intéressant au sujet de l'organisation de l'enseignement, de la division du travail dans les universités allemandes, de jeter un coup d'œil, même rapide, sur le travail qui s'est successivement opéré dans leur sein. On verra que si en certains points les Facultés de médecine allemandes ont un enseignement plus complet que celui de nos Facultés françaises, sur beaucoup d'autres, sur la plupart des autres même, elles sont restées longtemps fort en arrière.

D'une manière générale on peut dire, que le travail d'organisation des Facultés allemandes a été beaucoup plus long que celui des nôtres. Nos Facultés françaises ont présenté dès la réorganisation de la fin du dernier siècle, un enseignement bien plus complet en ses diverses parties que celui des Facultés d'outre-Rhin. C'est là une question de fait et de date, rien donc de plus facile à contrôler.

Prenons par exemple l'anatomie pathologique qui a reçu des professeurs Wirchow et Rokitansky, ici, une si vive impulsion. L'université de Vienne, où Rokitansky professa comme extraordinaire (1834) et comme ordinaire en 1845, n'a une chaire d'anatomie pathologique indépendante que depuis 1839. Prague n'eut aussi une chaire de même ordre qu'en 1839.

Heidelberg n'en fut pourvu qu'en 1866, la même année que Berne. Fribourg seulement en 1860. Voici d'ailleurs les dates précises de la fondation de ces chaires, pour la plupart des universités allemandes : Tubingue eut sa chaire d'anatomie pathologique en 1867, en même temps que Giessen; Rostock en 1866; Dorpat et Zurich en 1865, Marbourg et Erlangen en 1862; Bonn en 1857; Kiel en 1851; Bâle et Munich en 1850; Wurtzbourg en 1842; Göttingue en même temps que Leipsig en 1849, et Berlin en même temps que Greifswald en 1856.

Auparavant dans les grands hôpitaux, les assistants et le prosecteur de l'hôpital faisaient les préparations d'anatomie pathologique fournies par les sujets des divers services, ils les envoyaient au cabinet d'anatomie de l'université; en sorte que dans les Facultés où les chaires d'anatomie et de physiologie étaient réunies en la personne d'un seul professeur, ce maître devait encore enseigner par surcroît l'anatomie pathologique; il est vrai qu'il le faisait généralement sans démonstrations pratiques. Ces chaires qui n'étaient d'abord qu'extraordinaires, devinrent partout ordinaires.

Prenons pour autre exemple la physiologie et l'anatomie sur lesquelles repose tout l'édifice médical. Il est inutile de remonter au siècle dernier, ou de dire par exemple que la physiologie fut enseignée à Leipsig à partir de 1531 : voyons simplement quelle place était attribuée à cette branche importante dans l'enseignement universitaire, c'est là tout ce qui est nécessaire pour la démonstration du fait.

Depuis le commencement du dix-neuvième siècle, la physiologie était enseignée à Göttingue, à Breslau, à Dorpat, à Marbourg, à Rostack, mais toujours en même temps que d'autres sciences, et dans une double chaire : tantôt c'était le professeur de pathologie, tantôt c'était un extraordinaire chargé de professer aussi la médecine légale. Il n'existe enfin des chaires indépendantes pour l'enseignement de la physiologie dans les universités suivantes que depuis les dates ci-jointes; comme pour l'anatomie pathologique, ces chaires après avoir été d'abord seulement extraordinaires, sont aujourd'hui partout ordinaires. Voici l'ordre dans lequel la physiologie fut enlevée à la chaire d'anatomie, et érigée en chaire libre : Halle 1843, Tübingue 1853, Kiel 1857, Bonn 1859, Zurich 1862, Berne et Munich 1863, Leipsig et Wurtzbourg 1865, Greifswald 1868, Bâle et Erlangen 1872. Berlin n'eut une chaire de physiologie indépendante qu'en 1858, la même année qu'Heidelberg. La petite université de Giessen fait encore exception, l'enseignement de la physiologie est fait dans la même chaire que celui de l'anatomie (1).

Quant nous traiterons plus tard de l'université de Vienne, nous verrons qu'il est resté dans sa Faculté de médecine comme une trace de cette ancienne union des deux sciences : depuis 1811, l'anatomie a sa chaire ordinaire, et la chaire de physiologie actuellement occupée par le professeur Brucke, est officiellement désignée sous le nom de « chaire de physiologie et d'anatomie supérieure (2). »

On n'est pas depuis longtemps en Allemagne sans y entendre vanter sur tous les tons, depuis le lyrisme le plus singulier jusqu'au raisonnement éclairé et sérieux, la haute valeur de l'enseignement pratique ou démonstratif comme on dit encore ici : il n'est que juste de reconnaitre que cette proposition est vraie, en faisant abstraction des exagérations que comportent naturellement le chauvinisme et la passion qui cherchent ici leur aliment dans les institutions d'instructions publique comme dans les institutions d'un autre genre, politi-

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 mars.

(1) *Deutsch. Universit. Statistik.*

(2) « Physiologie und hoehere Anatomie. »

ques ou militaires. Les universités allemandes et particulièrement les Facultés de médecine ont un enseignement *pratique* complet; nous avons déjà vu que leur outillement, leur matériel scientifique était fort riche : cependant il faut reconnaître que ce grand mouvement ne date point de fort loin, il ne remonte pas, de l'aveu même de la plupart des écrivains qui se sont occupés de la question, au-delà de 1840 (1). Nous reviendrons du reste sur ce sujet, quand nous parlerons de ce que les Allemands vantent si haut, de leurs *méthodes* et de l'*esprit* de leur enseignement. On peut encore ajouter, que, par suite de l'absence de certaines chaires, les Facultés allemandes ne présentent pas toutes, même encore à l'heure présente, un enseignement complet en ses différentes parties, tel que celui de notre Faculté de Paris, par exemple : c'est ce que chemin faisant, nous aurons soin de faire ressortir. Nous avons entendu, d'ailleurs en plus d'un endroit, convenir très-franchement de ces lacunes et marquer en même temps un ferme espoir qu'elles seront comblées par les soins des divers gouvernements.

Passons maintenant à l'université de Tübingue. Elle fut fondée en 1477, eut de suite une Faculté de médecine qui ne comptait, il est vrai, que deux maîtres chargés de l'enseignement. Les commencements des Facultés de médecine furent, du reste, généralement difficiles au sein des universités allemandes : il fallait que les papes accordassent l'autorisation de ces fondations universitaires, et naturellement on commençait par instituer la Faculté de théologie. Ainsi pour Heidelberg, dont nous avons vu fonder l'université en 1386, par l'électeur Rupert I[er] (avec l'autorisation du pape Urbain VI, accordée en 1385), il n'y eut d'abord à l'ouverture des leçons publiques qu'une Faculté d'arts et de théologie : quelques semaines plus tard était inaugurée la Faculté de droit. La Faculté de médecine ne fut fondée que l'année suivante en 1387, avec deux professeurs, Ostkirchen et Jacobus de Hermenia; plus tard elle n'eut plus qu'un seul maître. Jusqu'en 1482, un siècle presque après la fondation de la Faculté, tous les docteurs *legentes*, devaient être des ecclésiastiques; l'emploi des laïques comme professeurs ne remonte qu'à 1553, et il est consigné dans les annales de l'université que l'électeur Philippe n'obtint qu'à grand peine de faire asseoir dans une chaire de la Faculté un maître laïque, Jodocus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Par décrets en date des 7 et 20 mars 1876 :

M. Noizet a été promu au grade de médecin major de première classe.

MM. Tibal et Bros ont été promus au grade de médecin major de deuxième classe.

M. Coulier a été promu au grade de pharmacien inspecteur; MM. MM. Massie et Roussin ont été promus au grade de pharmacien principal de première classe; MM. Courant et Cauvet au grade de pharmacien principal de deuxième classe; MM. Rives, Parant et Thomas, au grade de pharmacien major de première classe; MM. Debraye, Garnier et Leroy, au grade de pharmacien major de deuxième classe.

— *Assistance publique.* — *Avis aux internes des hôpitaux de Paris.* — *Prix Civiale.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail, jugé le meilleur, sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique avant le 15 août 1876, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 26 mars, sous la présidence de M. Dumas, membre de l'Institut.

Après avoir entendu le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, les rapports de MM. Motet et Riant sur le concours de 1876 et celui de M. Rotureau sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Antony Rouilliet, une médaille d'argent et deux récompenses de 500 francs et 300 francs; à MM. les docteurs Coustan et Gibert, des médailles d'argent et des récompenses de 500 francs et de 200 francs; à M. Blanc, ouvrier typographe, une médaille d'argent et une récompence de 400 francs et à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé un encouragement de 500 francs. La Société a décerné en outre 8 médailles d'argent : à MM. Langlois, instituteur à Buc (Seine-et-Oise), Peignier instituteur à Moncel-sur Seille (Meurthe-et-Moselle, Blanlot instituteur à l'hospice Saint-Louis de Caen, Martin (Auguste), de la boulangerie centrale des hôpitaux de Paris, Chagnard (Jean-Baptiste), de l'hôpital du Midi, Chevalier (Nicolas), de l'asile d'Auxerre, et Lecocq (Louis Philéas), conducteur de la compagnie des omnibus; 219 médailles de bronze et 31 livrets de caisse d'épargne de 25 à 50 francs soit ensemble 4310 francs.

Du traitement du rhumatisme, par le professeur Béhier. — In-8° de 28 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

(1) Voir, par exemple, *Die medicinischen Wissenschaften*, v. Prof. Billroth, Wien., 1875, ouvrage important au point de vue historique et critique, assez exclusif et partial, comme tout ce qui sort aujourd'hui de la plupart des plumes allemandes, mais contenant des renseignements nouveaux et des vues originales; nous aurons souvent recours à ce travail.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci-contre.

Raoul Bravais

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon*, *névralgies*, *migraines*, *rhumatisme*, *pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Bain Pennès, reconstituant,

stimulant et sédatif des plus efficaces

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux* contre l'appauvrissement du sang, la chloro-anémie, l'engorgement lymphatique, l'épuisement des forces et les douleurs rhumatismales.

Il remplace les bains alcalins, ferrugineux, iodurés ou sulfureux et même les **bains de mer.**

NOTA. *Se garantir des contrefaçons et imitations en exigeant que l'étiquette qui enveloppe le rouleau porte la signature ci-contre, sur laquelle le* TIMBRE DE L'ÉTAT *aura été apposé.* — PRIX : 1 fr. 25.

Vente en gros, à la Fabrique, 2, r. de Latran. — **Détail**, à la Pharmacie, rue des Écoles, 49, à Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies et établissements de bains ou d'eaux minérales.

Pilules Duroy à l'extrait de sang,

— ou Hématiques — RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme.* Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, PHARMACIEN LAURÉAT DE L'INSTITUT, 10, RUE DU FAUB.-MONTMARTRE, A PARIS, et toutes les pharm.

Véritable jus de bifteck

du docteur X. ROUSSEL

Alimentation reconstituante. Dépôt général maison du *Silphium*, r. Drouot, 2, Paris. Prix du flacon, 3 fr. 50.

Névralgies calmées à l'instant

même par les PILULES antinévralgiques du docteur CRONIER. — 3 fr. la boîte. — Dépôt : Paris, pharmacie LEVASSEUR, 23, rue de la Monnaie.

Huile de Foie de morue

de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, *l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50. Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Vin toni-digestif de

JULES GARNIER

au Quinquina, à la Pepsine et à la Diastase.

Préparé avec du Malaga vieux et des substances titrées, ce vin est un excellent tonique et un digestif complet du bol alimentaire.

Outre son utilité spéciale dans les cas de digestions difficiles, de dyspepsies, de gastralgies, etc., il constitue, réuni aux dragées de *Protochlorures de fer et de manganèse* de GARNIER, le meilleur traitement de la chlorose.

Vente en gros, pharmacie GARNIER, à Versailles; pharmacie ROGÉ, 9, rue Vivienne, Paris. En province et à l'étranger, dans toutes les pharmacies. — Prix de la bouteille, 4 francs.

Capsules Larrieu,

A L'OLÉO-RÉSINE DE CUBÈBE, SANTAL et QUINQUINA, s'emploient avec succès dans la blennorrhagie, blennorrhée rebelle, etc. Dose : 8 à 12 par jour. — Dépôt toutes pharmacies, et pharmacie Legentil, 13, rue Turbigo.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies *consomptives*, *phthisie*, *diabète*, *cachexie palustre.*

Par la réunion de *l'alcool et de la viande* crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans *les convalescences*, *l'anémie*, *l'épuisement.* Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices. — 3 fr. 50, à la pharm., 82, rue Rambuteau. — Gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Granules antimoniaux du

docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

Le sulfo-tartrate antimonieux

de quinine et de fer de **Th. LAGARDE** est reconnu scientifiquement comme le véritable fébrifuge. — Paris, pharmacie centrale. Prix : **6** francs.

Sirop de Rivière

ANTISCORBUTIQUE IODO-FERRÉ

contre les affections lymphatiques, scrofuleuses, chlorotiques. 3 fr. J. Rivière, 68, Ch.-d'Antin, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Dragées anti-épileptiques

au bromure arsenical et à la **picrotoxine** du Dr GELINEAU. En priant nos confrères de faire l'essai de nos dragées, nous sommes en mesure de leur affirmer que, le plus souvent, ils verront disparaître les crises dès le premier mois du traitement. — Le flacon : 8 francs. — Paris, pharmacie du Dr DÉTRAY, 1, rue des Tournelles, Paris.

Maladies de la peau.

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

Solution Coirre au

CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

préparation de phosphate de chaux la plus rationnelle et la seule physiologique, puisque c'est la forme que doit prendre ce sel pour être absorbé. — Reconstituant énergique dans PHTHISIES, ANÉMIES, SCROFULES, RACHITISME, etc.

24, rue du Regard, Paris, et pharmacies.

Pilules de Louvard

Au fer pur inaltérable et à l'absinthe.

A la dose de 6 à 9 par jour, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et la mieux tolérée; les fonctions digestives sont rapidement rétablies. Gros, Darrasse, rue Simon-le-Franc, 21, Paris.

N° 42. — SAMEDI 8 AVRIL 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 8 AVRIL 1876. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques cas de difformités des doigts (dactylolyses) de cause interne.

La discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur un cas de gangrène des extrémités, dont la détermination précise a présenté, comme on le sait, d'assez grandes difficultés, nous a fait jetter les yeux sur un travail très-intéressant de M. le docteur Beauregard (du Havre), sur les diverses causes internes et externes de dactylolyses ou difformités des doigts. Nous relèverons dans ce travail, comme se rattachant plus directement au sujet de la discussion que nous venons de rappeler, quelques points de l'histoire des dactylolyses de cause interne, ou, pour mieux préciser encore, des dactylolyses par troubles de nutrition relevant du système nerveux.

Les observations que rapporte M. Beauregard dans cette partie de son travail, les unes recueillies par lui-même, d'autres relevées dans les diverses publications périodiques, se rapportent à deux groupes principaux, à la sclérodermie et à l'éléphantiasis d'une part, à l'asphyxie locale des extrémités et à la lèpre, d'autre part.

Le premier cas de sclérodermie qu'il reproduit est le fait bien connu, recueilli par M. Mirault (d'Angers), commenté par M. Verneuil, rappelé depuis dans les thèses de M. Hortelonp et de M. Coliez. On se souvient qu'il s'agissait d'une malade qui vit tomber successivement en gangrène trois doigts de la main droite et un de la main gauche, les autres restant douloureux, rétractés et en partie ankylosés.

D'après les renseignements les plus récents que M. Beauregard a pu se procurer sur cette malade, son état, après plus de trois ans, serait encore à peu près le même, les douleurs des doigts survivants persisteraient encore, bien qu'à un moindre degré pourtant.

Puis vient le fait tout aussi connu, observé par M. Ball, dans le service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et qui a été rapporté devant la Société de biologie et la Société médicale des hôpitaux; puis ceux de M. Hallopeau, de M. Lépine et de M. Liouville, auxquels l'auteur ajoute quelques faits inédits.

Ces faits de sclérodermie peuvent être divisés eux-mêmes en deux genres distincts. Dans l'un, auquel se rapporte le plus grand nombre des cas connus, les ulcérations ne sont que superficielles, elles ne gagnent pas en profondeur; il y a bien dans ces cas-là des atrophies osseuses simulant des pertes de phalanges, mais cela se fait par une sorte de résorption osseuse et sans qu'il y ait élimination proprement dite. Dans l'autre groupe, où se placent les faits de M. Mirault et de M. Ball, il y a ulcération profonde et destructive amenant l'élimination d'une ou de plusieurs phalanges.

Il n'est pas possible de méconnaître dans les lésions constatées dans ces deux degrés de la sclérodermie, l'influence de ces troubles trophiques décrits par M. Charcot et auxquels M. Liouville a proposé de donner la dénomination de troubles trophiques de la périphérie du corps multiples et disséminés.

A l'occasion de ces divers cas de sclérodermie et de sclérodactylie, M. Beauregard fait remarquer combien il est difficile souvent de les distinguer de certaines formes de lèpre et en particulier de l'aïnhum ou variété de lèpre dactylienne, avec laquelle quelques auteurs les ont confondus.

La distinction n'est pas beaucoup plus facile à faire avec l'asphyxie locale des extrémités ou la gangrène symétrique de M. Maurice Raynaud, souvent rappelée dans cette discussion. Même phénomène commun de l'élimination graduelle et de la chute des doigts.

On sait, en effet, que dans l'asphyxie locale des extrémités, on voit fréquemment la formation de sillons cicatriciels et la production de gangrènes avec élimination de phalanges. L'une des observations rapportées par M. Maurice Raynaud en présente un exemple remarquable.

La lèpre dans ses deux formes tuberculeuse et anesthésique, qui paraissent n'être que deux phases différentes de la même maladie, présente aussi comme un de ses caractères une altération profonde des doigts, pouvant aller dans certains cas, dans la forme anesthésique surtout, jusqu'à la chute spontanée. Or, d'après les auteurs qui ont vu et observé de près cette affection, le siége primordial de la maladie serait dans la moelle épinière. Les détails manquent sur le caractère et le siége précis de ces lésions médullaires, qui seraient primitives pour les uns, pour les autres consécutives à la lésion des nerfs périphériques.

Enfin, M. Beauregard rapproche de ces diverses catégories de faits, d'autres affections amputantes observées dans les pays chauds, telles que le Djuzam de l'Inde, la Quigila du Brésil, le Nyerengere de la Nouvelle-Zélande, commençant toutes par diverses altérations des extrémités, qui vont jusqu'à

la résorption interstitielle des diaphyses des doigts et des orteils et la chute des phalanges.

Il serait intéressant de rechercher si de toutes ces affections diverses, dont on a fait autant d'espèces différentes, en les envisageant dans quelques-uns de leurs symptômes particuliers et dans leur marche et leur physionomie propre, on n'arriverait pas en réalité, par la considération de ce caractère commun d'une altération trophique graduellement destructive des extrémités, à constituer un groupe morbide de même nature qui se rattacherait à une lésion originaire identique des centres nerveux trophiques.

C'est là le but vers lequel doivent tendre désormais toutes les recherches dont ces diverses affections pourront encore être l'objet.

Sur la curabilité du décollement de la rétine. Moyens de traitement.

Le fait intéressant de guérison spontanée d'un décollement de la rétine, que nous avons rapporté, d'après M. Fano, dans l'une des revues précédentes, nous a fait penser qu'il ne serait pas sans quelque utilité de faire connaître, à cette occasion, quel est l'état actuel de nos connaissances sur cette grave lésion et quelles sont les ressources thérapeutiques dont on peut disposer pour la combattre, ou tout au moins pour en atténuer les effets.

Dans une étude très-approfondie sur ce sujet, communiquée en 1873 à la Société de biologie, M. le docteur Poncet, du Val-de-Grâce, faisant l'historique de la question, s'exprimait en ces termes : « En résumé, tout est encore obscur en ce sujet : l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le traitement même, reposent sur des données incertaines. » Par ses propres recherches, entreprises surtout dans le but d'élucider quelques-uns des points de l'histoire du décollement rétinien à l'aide de l'étude micrographique, M. Poncet a été conduit à établir quatre degrés :

Un premier degré, constitué par la sécrétion d'un liquide séro-albumineux entre la choroïde et la rétine, qui amène le décollement spontané et complet de cette membrane; d'où résulte une macération du pigment épithélial et une dégénérescence colloïde des éléments rétiniens.

La sécrétion du liquide nouveau d'une part, et la condensation fibreuse du corps vitré de l'autre, amènent le décollement en convolvulus. C'est le deuxième degré.

La rétine adhérente à la zone ciliaire et à la papille, mais comprimée au centre, se réunit en masse en avant, et forme un pédoncule allongé en arrière (troisième degré).

Les éléments nerveux : cellules des couches et bâtonnets, qui se sont conservés pendant un temps assez long, finissent par disparaître, et la membrane se réduit à la névroglie. Celle-ci renferme au centre une masse fibreuse, isolée, constituée par le corps vitré modifié. Cette transformation connective du corps vitré s'accompagne bientôt de la dégénérescence graisseuse de la lentille, etc. (quatrième degré).

Le point qui nous intéresse plus particulièrement en ce moment dans les résultats des recherches de M. Poncet, est celui qui est relatif au traitement.

On sait que le traitement n'a longtemps consisté que dans l'usage des moyens antiphlogistiques, qui ne sont guère applicables qu'au début, et plus près de nous, depuis les premières tentatives de Sichel, dans la pratique d'une ponction destinée à donner issue aux liquides épanchés, enfin dans le procédé de de Graefe pour établir une communication entre la poche rétinienne et le corps vitré.

La ponction a été jugée, du jour où M. de Wecker a déclaré qu'il ne consentirait jamais, pour sa part, à soumettre un malade à la ponction s'il n'avait plus qu'un œil.

Pour M. Poncet, la physiologie de cette affection lui paraît indiquer avant tout l'iridectomie comme moyen de traitement à tous les degrés. « S'il est vrai, dit ce savant observateur, que cette opération agit surtout par la filtration lente de l'humeur aqueuse à travers la cicatrice, comme le pense de Wecker, elle trouve ici son application justifiée. Bien que l'iridectomie n'établisse pas une communication directe entre la chambre antérieure et la partie postérieure du globe, il n'en existe pas moins une imbibition temporaire à travers le tissu des procès ciliaires et la ligne de section, plutôt peut-être qu'en avant à travers la cristalloïde et l'attache de la rétine... Mais quelle que soit l'hypothèse admise, ajoute-t-il, l'influence rapide et heureuse bien constatée de l'iridectomie dans les troubles du corps vitré et dans l'iridocyclite fixe le mode de traitement pour le décollement rétinien spontané et complet ».

C'est sur cette pratique de l'iridectomie que nous désirons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Dans un travail publié en 1872, dans le *Journal d'ophthalmologie*, M. Galezowski avait déjà démontré que l'excision de l'iris peut-être utilement appliquée dans le traitement du décollement de la rétine. Depuis lors il a pratiqué cette opération un assez grand nombre de fois pour qu'il soit intéressant d'en connaître les résultats.

Voici quelques données à cet égard que nous trouvons dans un travail tout récent de cet habile oculiste, inséré dans le dernier fascicule du *Recueil d'ophthalmologie* (Janvier 1876).

Depuis la publication de son premier ouvrage sur ce sujet, M. Galezowski a pratiqué l'iridectomie dans 29 cas de décollement de la rétine. Voici les résultats qu'elle a donnés :

Amélioration notable de la vue, avec une augmentation du champ visuel, 7 fois.

État stationnaire, 6 fois.

Développement de la cataracte après l'opération, 12 fois.

Développement progressif de la lésion, malgré l'excision, 4 fois.

Ainsi ces chiffres montrent que l'excision de l'iris a apporté une amélioration réelle 7 fois sur 29. Chez un de ces malades, qui n'avait qu'un œil, la vision, dit M. Galezowski, était tellement affaiblie qu'il ne pouvait plus se conduire, et toute la région de la macula présentait un large décollement avec des taches hémorrhagiques. L'excision de l'iris, pratiquée il y a trois ans, amena une amélioration des plus notables; la rétine est restée décollée dans la région du cercle ciliaire, mais toute la région de la macula a été améliorée, l'épanchement sanguin s'est résorbé peu à peu, et le malade a pu, au bout de trois mois, recouvrer la vue, au point qu'il marche et travaille au terrassement. La vue est conservée chez lui, jusqu'à présent, au point où elle a été mise après l'opération.

Douze malades ont vu la cataracte se développer, après l'iridectomie, les uns au bout de deux mois, d'autres au bout de quatre ou six mois, enfin un an après l'opération. La formation de la cataracte dans cette circonstance, ne constitue pas pour M. Galezowski un accident sérieux; pourvu, dit-il, que la maladie de la choroïde soit enrayée par cette opération (l'iridectomie), l'extraction ultérieure de la cataracte peut rétablir la vision.

Enfin l'iridectomie n'a pas pu arrêter la maladie dans quatre cas; les accidents inflammatoires se sont développés peu à peu, et chez une malade âgée de soixante-trois ans, il s'est déclaré une irido-choroïdite tellement intense et des névralgies péri-or-

bitaires si violentes, qu'il a fallu recourir à la dernière ressource, l'énucléation du globe oculaire.

Pour apprécier convenablement ces résultats, il ne faut pas perdre de vue la gravité habituelle de ces décollements rétiniens, gravité telle que M. de Wecker, à propos du pronostic, a pu dire qu'il y avait peu d'espoir de guérison lorsque le décollement est le résultat d'inflammation intense des membranes enveloppantes ou lorsqu'il accompagne une choroïdite progressive, — ce qui est le cas le plus fréquent — et, quelle que soit sa cause, lorsqu'il date de quelques années.

L'iridectomie, que M. Poncet considère comme applicable au décollement à toutes les périodes : au début, pour sauver quelques éléments rétiniens non dégénérés ; plus tard, pour arrêter l'opthalmie sympathique, n'est pas le seul moyen de traitement auquel M. Galezowski ait eu recours.

Prenant en considération ces mêmes phénomènes inflammatoires si bien étudiés par M. Poncet, et dont les traces ont été retrouvées dans la choroïde à l'aide du microscope, M. Galezowski a pensé qu'il était peut-être bon de ne pas renoncer au traitement antiphlogistique, empiriquement institué depuis longtemps, et qu'il pourrait être utile d'y recourir, surtout au début de la maladie. Le résultat de ce traitement, consistant principalement dans l'application réitérée de sangsues sur les tempes, paraît avoir été des plus satisfaisants chez deux jeunes malades atteints de décollement de la rétine. Tandis que chez l'un d'eux l'œil gauche se perdit par décollement, faute de soins, l'œil droit, au contraire, a complétement guéri après un traitement antiphlogistique très-énergique. Mais pour obtenir ces résultats heureux, il ne suffit pas des moyens antiphlogistiques, il faut en seconder les effets par un repos absolu et prolongé ; le malade doit s'astreindre à rester pendant plusieurs semaines dans la position horizontale, et s'abstenir de la manière la plus absolue de tout travail appliquant. Il est bon d'ajouter que ce mode de traitement n'a guère de chances de réussir que chez des sujets jeunes, dans des cas de décollement limité et tout-à-fait au début de la maladie.

M. Galezowski pense que ce traitement antiphlogistique pourrait donner aussi de bons résultats dans les décollements qui sont le résultat d'un traumatisme ; circonstance qui ne paraît pas très-rare, puisque notre confrère l'a constatée 22 fois sur 211 cas, c'est-à-dire 1 fois sur 9.

Enfin, dans les circonstances plus rares où le décollement est d'origine syphilitique, M. Galezowski recommande le traitement antisyphilitique, et de préférence, la méthode des frictions mercurielles à doses progressivement croissantes. Il a eu l'occasion de guérir ainsi un œil très-gravement atteint d'un large décollement rétinien syphilitique, dont la vue était presque complétement abolie, et qui a pu, après le traitement, recouvrer la vue.

En résumé, des faits rapportés dans ce travail il ressort : que le décollement de la rétine est susceptible de guérison ; que dans les décollements récents, et surtout chez les sujets jeunes, le traitement antiphlogistique, combiné avec un repos absolu et prolongé peut amener une guérison complète ; que dans les décollements anciens, l'excision de l'iris agit favorablement en arrêtant le progrès de la maladie, quoiqu'elle n'empêche pas le développement de la cataracte ; et que, dans les décollements d'origine syphilitique, le traitement par les frictions mercurielles, administré à temps, peut amener la guérison.

Du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pendant la grossesse.

Quelle est l'influence réciproque de la gestation sur les manifestations syphilitiques vulvaires et de celles-ci sur la grossesse ? Telle est la question que M. J.-N. Cernatesco a étudiée dans le service de M. Fournier, à Lourcine, où se trouvent réunis tous les éléments nécessaires à ce genre de recherches. Voici quels sont les résultats de ces recherches consignés dans la dissertation inaugurale de M. Cernatesco.

La durée du chancre est très-notablement augmentée sous l'influence de la grossesse.

Dans deux séries de malades atteintes de syphilides vulvaires, l'une comprenant des cas où la malade guérie a quitté l'hôpital avant l'accouchement, l'autre comprenant les cas où la malade non guérie a accouché à l'hôpital, il a été démontré que la durée de ces lésions est également beaucoup plus considérable que hors l'état de gestation ; d'où la nécessité d'être très-réservé dans le pronostic toutes les fois qu'on aura à se prononcer sur l'époque probable de la guérison des manifestations vulvaires de la syphilis pendant la grossesse.

M. Cernatesco signale encore la grande fréquence de l'avortement. Dans 21 observations où l'accouchement a eu lieu à l'hôpital, 9 fois il y a eu avortement. Sans doute, sachant combien le fait de l'infection syphilitique par lui-même dispose aux avortements, on pourrait se demander quelle a été la part de l'influence particulière des syphilides vulvaires dans ce dernier relevé. M. Cernatesco pense que le fait seul des lésions vulvaires a été, dans certains cas, une circonstance suffisante pour déterminer l'avortement. Il se fonde pour admettre cette influence sur ce que, dans la plupart de ces avortements, on n'a trouvé à l'examen anatomo-pathologique du délivre et du fœtus, ni à l'examen symptomatique de la mère, aucune raison qui les expliquât.

La facilité avec laquelle l'avortement a lieu dans ces circonstances, oblige à apporter une grande cirsconspection dans l'usage des moyens externes de traitement et particulièrement des cautérisations avec des agents énergiques, qui suffiraient quelquefois pour le déterminer.

Voici quel est le traitement institué par M. Fournier dans ces conditions : traitement antisyphilitique général ; lotions vulvaires fréquentes avec un mélange à parties égales d'eau et de liqueur de Labarraque ; saupoudrer les parties malades de manière à assurer la propreté et l'isolement des surfaces.

Dr BROCHIN.

ECLAMPSIE DES PLUS GRAVES

CHEZ UNE PRIMIPARE ENCEINTE DE HUIT MOIS A PEINE. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL. — ENFANT VIVANT. — GUÉRISON.

Par M. BRAILLON,
médecin à Nesle (Somme), ex-premier interne aux hôpitaux d'Amiens.

La nommée P. G..., âgée de 20 ans, ouvrière aux champs, domiciliée à Béthencourt (Somme), est d'une taille moyenne, d'une forte constitution et d'un bon tempérament nervoso-sanguin ; elle a toujours joui d'une parfaite santé, elle n'a jamais eu de crises nerveuses ni de convulsions dans son enfance. Primipare, elle est parvenue vers la fin du huitième mois de sa grossesse sans encombre, sans aucun accident qui ait pu nécessiter mon intervention ; pas d'infiltration des membres inférieurs. Le mardi 15 juin, vers neuf heures du soir, on vint en toute hâte à Nesle me prier de me rendre immédiatement auprès de cette femme qui, me disait-on, se mourait.

Arrivé à Béthencourt vers 10 heures, je trouve cette femme renversée dans un fauteuil, plongée dans un état comateux très-prononcé, avec perte de connaissance, résolution des

membres et insensibilité complète; et, en effet, du sang noirâtre, mêlé à de la salive, coulait de la bouche. L'entourage m'apprend que, pendant toute cette journée du 15, elle avait été gaie, qu'elle était rentrée de son travail aux champs vers 8 heures du soir, comme d'ordinaire, qu'elle avait eu une première attaque de nerfs quelques minutes après sa rentrée chez elle, et que depuis, ces attaques s'étaient successivement renouvelées à peu près tous les quarts d'heure, et qu'elle en avait déjà eu huit avec perte complète de connaissance dès la première.

Je diagnostiquai immédiatement un cas d'éclampsie des plus graves, tout en prévenant la famille du danger imminent que courait la malade; en effet, une nouvelle attaque, quelques minutes après mon arrivée, vint confirmer mon diagnostic. Je fis immédiatement transporter la malade sur un lit, mettre des compresses d'eau froide souvent renouvelées sur le front, pendant que je pratiquai le cathétérisme et une large saignée de 800 grammes à peu près; il était tout à fait impossible de faire ingérer quoi que ce soit. Les attaques convulsives toutes très-intenses, ne cessant de se répéter, malgré l'emploi de ces moyens, j'envoyai à Nesle chercher du chloroforme, des éponges préparées à la ficelle et les instruments qui pouvaient me devenir nécessaires en pareille occurence; puis je me mis à examiner le ventre avec attention : je ne constatai aucun signe d'accouchement, pas la moindre contraction utérine, pas la moindre dilatation du col, qui était encore long et dont l'orifice interne était complétement obturé.

Devant des accidents aussi graves qui menaçaient à chaque moment l'existence de cette femme, je me déterminai, vers minuit, à essayer l'accouchement prématuré artificiel, comme seul moyen de salut; à cet effet, j'introduisis forcément le doigt à travers l'orifice interne du col; parvenu dans l'utérus, je décolle les membranes, je reconnais une présentation de la tête, je laisse le doigt dans l'utérus pendant un bon moment, de la main gauche frictionnant le ventre. Je réintroduis le doigt dans l'utérus et parviens à rompre les membranes; c'est alors que sont apparues des contractions utérines qui n'ont fait qu'augmenter progressivement d'intensité. Je fis ensuite des irrigations d'eau chaude sur le col pendant une heure; après ces irrigations, je constatai un commencement de dilatation du col; je parvenais alors à introduire dans le col, avec beaucoup de peine, les extrémités des deux doigts, index et médius, que je laissais encore, aidant de cette manière à la dilatation, en étendant le plus possible l'index contre la portion antérieure du col, en même temps que je fléchissais le médius contre la portion postérieure. Durant toute la nuit, en même temps que je répétais ces manœuvres, je continuai les compresses d'eau froide sur la tête et fis usage du chloroforme à hautes doses. Le chloroforme, je dois le dire, ne m'a rendu aucun service. La malade était toujours sans connaissance, dans un état de plus en plus alarmant; les attaques d'éclampsie étaient toujours aussi fréquentes et aussi intenses; il me semblait toujours que la prochaine allait l'emporter, et pour comble de malheur, la langue, qui était si souvent morsurée malgré l'interposition de coins de bois entre les dents, se gonflait, se tuméfiait. Déjà la cavité buccale ne pouvait plus la contenir; je voyais le moment où elle allait achever d'asphyxier cette malheureuse.

Enfin, vers 7 heures du matin, étant parvenu à faire entrer dans l'utérus l'extrémité de mes trois doigts réunis en cône, c'est-à-dire de l'index, du médius et de l'annulaire, je me décidai à tenter une application de forceps, qui réussit fort bien : j'amenai un enfant bien vivant. J'avais eu soin de faire placer une main à peu près intelligente sur le fond de l'utérus, avec la recommandation d'appuyer un peu, de manière à immobiliser l'utérus autant que possible, ce qui m'a permis de faire entrer de force mes trois doigts dans l'utérus avant de pouvoir passer mes branches du forceps. Comme on peut le voir, le col n'était, à proprement parler, nullement dilatable; une nouvelle attaque eût encore lieu immédiatement après la délivrance, qui se fit normalement. Vu le tempérament solide de cette jeune femme, qui n'avait presque pas perdu de sang pendant et après l'application du forceps, je n'hésitai pas à refaire une saignée de 300 grammes.

De 8 heures du soir, début de l'affection, à 8 heures du matin, cette éclamptique a eu à subir de 28 à 30 attaques, toutes de longue durée. Toute la journée qui a suivi l'accouchement, c'est-à-dire le mercredi 16, on n'a plus eu à constater que 5 attaques, mais de moins grande intensité; la dernière eut lieu vers 7 heures du soir; la malade restait toujours de même sans connaissance, avec coma, insensibilité complète.

Le jeudi 17, même état.

Enfin le vendredi 18, dans l'après-midi, notre éclamptique reprenait insensiblement connaissance, et à dater de ce moment, le mieux s'est de plus en plus accentué.

Le lundi 21 elle était hors de danger.

Elle jouit maintenant, comme avant, d'une brillante santé; il n'existe aucune altération dans ses facultés intellectuelles. Son enfant, qui n'avait pas encore huit mois de la vie intra-utérine, est également fort et bien portant, grâce aux soins intelligents qui lui ont été donnés. (Il n'a point été nourri au sein).

Cinq jours après l'accouchement, l'examen des urines ne m'a fait reconnaître, ni par la chaleur, ni par l'acide azotique, la présence de l'albumine. Il est probable, cependant, que cette éclampsie a été due à une albuminurie puerpérale produite par une maladie temporaire des reins.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 avril 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

RAPPORT

De la périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète. M. Guéniot donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Huë (de Rouen) sur la *Périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète*. Le mémoire de M. Huë comprend deux parties : la première est un exposé historique des tentatives faites pour la restauration du périnée, depuis Ambroise Paré qui en eut le premier l'idée, bientôt réalisée par Guillemont, puis, parmi les modernes, par Roux, Boyer, Diffenback, Velpeau et d'autres, jusqu'aux chirurgiens américains de notre époque parmi lesquels M. Huë cite Sicus et Hemmet comme ayant obtenu les plus beaux résultats; la seconde est le récit détaillé d'un fait clinique, suivi des réflexions qu'il a inspirées à l'auteur sur certains points théoriques ou pratiques de cette opération. La malade qui en fait le sujet présentait une déchirure complète du périnée jusqu'à la cloison recto-vaginale. Le succès a été complet, trop complet même, car six semaines après l'opération le périnée avait une longueur de 3 centimètres et demi. Mais cette longueur exagérée du périnée ne gênait en rien les fonctions.

DISCUSSION

M. Verneuil a pratiqué cinq fois la périnéorrhaphie. Une opérée a succombé au deuxième jour par suite d'un érysipèle gangréneux.

Dans les quatre autres cas, M. Verneuil a employé le procédé de *suture à trois plans* qu'il a exposé à la Société de chirurgie il y a une dizaine d'années. Trois de ces opérations ont été suivies de succès. Dans la quatrième, M. Verneuil a porté la suture trop loin en arrière, et cette faute a été cause d'un insuccès par suite du rétrécissement trop considérable de l'anus. C'est cependant ce que conseillent Hemmet et M. Huë. M. Labbé emploie un procédé qui est l'opposé de celui-ci. Après avoir fait l'avivement comme d'habitude, il prolonge l'incision de chaque côté jusque sur la fesse, et ne suture que la paroi vaginale avec la moitié antérieure du périnée. La partie postérieure de la plaie se cicatrise d'elle-même, et M. Labbé évite ainsi les tiraillements exercés sur les points de suture vaginale. M. Labbé se propose, par sa méthode, d'agrandir l'orifice anal après la suture; M. Huë et Hemmet veulent au contraire le rétrécir. M. Verneuil, d'après son expérience personnelle, préfère le premier de ces procédés. Il en avait entrevu les avantages en conseillant la suture à trois plans, qui donne plus de chances de réusssite, car si l'une des cloisons reconstituées vient à manquer, l'autre suffit à assurer la séparation du rectum et du vagin. Mais cette opération était longue et minutieuse ; il ne fallait pas moins d'une heure pour la faire. M. Labbé assure exclusivement la suture vaginale, et son opération ne demande que vingt minutes.

M. Huë a soulevé la question de l'époque favorable pour faire cette opération, en disant que l'expérience seule peut décider cette question et que le temps n'est pas encore venu de fixer définitivement cette époque. D'ailleurs l'opérateur n'en a presque jamais le choix, les malades ne se présentant le plus souvent à eux que longtemps après l'accident. Tout en laissant une certaine indécision sur ce moment favorable, M. Verneuil conseille d'attendre au moins jusqu'après les secondes règles, de manière à laisser s'éteindre complétement la congestion ovarique. Il préférerait même attendre jusqu'à quatre, cinq, et six mois.

M. BLOT a observé une seule fois une déchirure complète du périnée chez une primipare dont l'accouchement très-rapide s'était fait avant son arrivée. Il appliqua immédiatement une forte serre-fine sur le partie vulvaire de la déchirure, et la réunion se fit à ce niveau. Elle se compléta seule en quinze jours de la partie vulvaire à la partie anale, et jamais, depuis vingt ans, il n'y a eu d'incontinence. Il a obtenu depuis le même résultat par le même moyen dans des déchirures moins considérables. La réunion ne se fait pas profondément. C'est la muqueuse seule d'abord, qui se soude. La peau ne se répare que plus tard; il reste souvent une profonde crevasse qui guérit par des cautérisations légères. Quant à l'époque favorable pour faire une opération plus compliquée, il ne faut pas que l'accouchement soit trop récent. M. Blot combat l'opinion qu'il est nécessaire de produire une constipation opiniâtre pendant quinze jours. Outre les inconvénients que cela peut avoir pour la santé générale, la distension du rectum est un obstacle à la réunion, et la première défécation peut détruire d'un coup toutes les sutures.

M. GUYON fait l'opération conseillée par M. Verneuil. Le grand écueil de la périnéorrhaphie est le rétrécissement de l'anus. Chez une malade qu'il avait opérée avec Nélaton et qui était guérie vers le douzième jour, des gardes-robes retardées ont trouvé dans ce rétrécissement un obstacle tel que tout a été déchiré de nouveau. Depuis cet exemple, M. Guyon laisse l'anus aussi large que possible. Une fois même il était un peu large et retenait difficilement les liquides. Quelques cautérisations de la muqueuse ont rétabli les fonctions. M. Guyon ne prolonge la constipation que pendant six ou huit jours, et donne un purgatif avant d'enlever les fils de suture. On peut prendre sans inconvénient tout ce qu'on veut sur le vagin, mais le moins possible sur l'anus. L'application immédiate d'une serre-fine, procédé qui est dû à Danyau, donne les plus beaux résultats. M. Guyon insiste sur cette pratique, qui n'est pas généralement adoptée.

M. LE FORT. L'avivement, tel qu'on le pratique habituellement, produit une réunion, qui porte souvent plus sur la partie cutanée et pas assez sur la muqueuse. M. Lefort a apporté à cet avivement une modification qui a été décrite il y a sept ou huit ans, avec planches, dans la *Gazette des Hôpitaux*. Il conseille d'augmenter autant que possible de côté du la vulve l'espace avivé pour retrouver les fibres du sphincter anal. Une malade qu'il a opérée ainsi est accouchée depuis sans nouvelle déchirure.

M. DÉSORMEAUX, lorsqu'il était à la Maternité, employait aussi les serres-fines, et a vu ce moyen souvent réussir, même après une rupture du sphincter. L'année dernière, il s'est servi encore de ce moyen; le sphincter ne s'est pas réuni par première intention, mais secondairement, par granulation et suppuration, comme à la suite de l'opération de la fistule anale. Quant à la constipation à produire, il partage l'avis de M. Blot, et préfère, en entretenant le relâchement du ventre, obtenir des selles liquides qui s'écouleront facilement par un anus dont la suture n'est pas trop serrée, plutôt que de voir des matières dures s'accumuler dans le rectum. Il a vu la constipation faire échouer incomplétement une opération, la suture ne s'étant faite que dans la partie supérieure de la déchirure.

M. TRÉLAT. Il faut établir une division indispensable entre les déchirures complètes et les déchirures incomplètes du périnée. Celles-ci guérissent presque seules; les premières très-difficilement. M. Trélat a fait huit fois l'opération de la périnéorrhaphie. Dans un cas, il a pu décoller et descendre la muqueuse rectale jusqu'au devant de la fente vaginale, et obtenir une réunion très-complète. Mais c'était un cas exceptionnel de procidence rectale chez une femme qui avait été opérée sans succès quatorze ans auparavant, et on ne peut généraliser cette méthode. Quant à l'époque favorable, M. Trélat, d'après son expérience personnelle, ne pense pas qu'il faille tenter cette opération avant trois mois après l'accouchement, quand les muqueuses ont repris leur aspect normal. L'emploi des serres-fines ne lui a pas donné de résultats satisfaisants, car il a échoué dans un cas, à la Maternité, et n'a réussi qu'incomplétement une autre fois, en ville. M. Trélat maintient la constipation pendant six à huit jours au plus, au moyen de l'opium qu'il porte à la dose de 4 et quelquefois 6 centigrammes. Mais il a soin, avant l'opération, de vider complétement l'intestin par des purgatifs, et après, de donner aux malades une alimentation utile sans superflu, composée de vin, viande crue, peu de pain. Puis, avant d'enlever les points de suture, il fait prendre de l'huile de ricin. Quelquefois des gaz abondants gênent beaucoup les malades. On les en débarrasse en introduisant une grosse sonde dans l'anus pendant une demi-heure. Tous ces moyens lui ont donné de bons résultats.

M. POLAILLON. Les serres-fines ne sont pas toujours supportées par les malades. Il est quelquefois suffisant de maintenir les cuisses rapprochées au moyen d'une ligature. L'opération doit être retardée au delà du quatrième mois. M. Polaillon a vu une malade qu'il avait opérée avant cette époque succomber à la septicémie.

M. PANAS a opéré une malade atteinte depuis dix ans d'une incontinence complète des matières fécales liquides et solides, et d'un écoulement muqueux vaginal considérable. Après avoir guéri d'abord cet écoulement par trois cautérisations au fer rouge, il l'opéra en ayant soin de relâcher les sutures par l'incision latérale des fesses. La malade a guéri. M. Panas demande à M. Trélat comment il fixe la muqueuse rectale après l'avoir attirée en bas. Y a-t-il une suture particulière à faire?

M. TRÉLAT n'a fait qu'une fois cette suture, dans un cas particulier, en fixant latéralement la muqueuse rectale par un point de chaque côté. Il l'a essayée une seconde fois, mais il a échoué.

M. DESPRÈS demande pourquoi l'on fait l'avivement triangulaire qui augmente la perte de substance; il se contente d'aviver sur la cicatrice même. Deux fois il a fait cette opération, six semaines et quatre mois après l'accouchement. Dans un cas il a échoué; dans l'autre, il avait maintenu la constipation pendant douze jours, mais il n'a pas réussi.

M. GUÉNIOT tire comme conclusion générale de cette discussion qu'il ne faut pas être exclusif. Les procédés de Verneuil, de Le Fort, de Demarquay, de Richet, etc., sont très-bons; et cependant M. Panas a jugé opportun de faire les incisions de Diffenbach, que M. Verneuil rejette. M. Trélat a employé un procédé particulier dans un cas spécial. M. Le Fort conseille la suture des deux bouts du sphincter anal divisé. Mais cette recherche n'est-elle pas plus théorique que pratique, les deux bouts du sphincter se rétractant en arrière. L'important est d'obtenir la restauration fonctionnelle de l'anus, qui n'est pas la conséquence obligée de sa restauration chirurgicale.

Quant à l'époque, il ne faut pas être exclusif non plus. Les serre-fines appliquées immédiatement peuvent très-bien réussir, si les bords de la déchirure sont nets, non œdématiés avant d'être divisés. Alors la guérison est plus facile que plus tard. C'est bien ce que pense M. Verneuil, lorsqu'il dit que l'opération doit être faite le premier jour ou cinq mois après.

La constipation, si la déchirure est ancienne, est l'état normal de ces malades qui se la procurent artificiellement. Il ne faut, le plus souvent, que continuer une habitude de constipation exceptionnelle qui ne réagit que peu sur la santé générale des opérées. M. Guéniot ne reconnait pas à ce moyen de trop graves inconvénients. Mais il faut prendre de grandes précautions au moment de la première selle. Les purgatifs et les lavements ne doivent pas être négligés, sous peine de voir se reproduire une déchirure plus ou moins complète.

On a insisté sur l'emploi immédiat des serres-fines. On obtient ainsi, il est vrai, de grands succès quand le sphincter n'est pas déchiré. M. Danyau, en 1843, en a fait six fois l'application. Il a obtenu cinq succès; la sixième fois il y avait déchirure complète du sphincter.

Conformément aux conclusions de M. le rapporteur, des remerciments seront adressés à M. Huē pour son mémoire dont la partie clinique sera insérée intégralement aux *Bulletins*. La partie historique sera déposée honorablement aux archives.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

Fribourg n'eut de même que deux démonstrateurs au début (1457): elle eut, il est vrai, de suite sa Faculté de médecine. Le premier démonstrateur enseignait la théorie (*institutio*); le second la pratique (*therapia*); un peu plus tard, la première chaire embrassa la botanique, l'anatomie, la physiologie, et la seconde la pathologie avec la thérapie. Pendant le siècle dernier, la Faculté de médecine, par suite d'influences religieuses, ayant été négligée, le corps enseignant fut réduit à un tel point qu'en 1760, il ne comptait plus qu'un seul professeur.

Quoi qu'il en soit, Tübingue possède aujourd'hui huit chaires ordinaires et une chaire extraordinaire : la Faculté de médecine compte donc en tout neuf professeurs officiels.

Le professeur J.-W. Henke, enseigne l'anatomie avec l'aide du professeur extraordinaire : M. Liebermeister, qui vient de publier un *Traité des fièvres,* enseigne la clinique médicale, la pathologie et la thérapie; M. de Bruns la clinique chirurgicale; le professeur Saexinger la pratique et la théorie des accouchements; M. de Vierordt la physiologie, et le professeur Schuppel l'anatomie pathologique. La médecine légale, l'hygiène, la médecine opératoire, la matière médicale, ne sont point représentées. La pathologie générale est enseignée par le professeur d'anatomie pathologique, c'est du reste là une réunion que nous rencontrerons souvent dans les Facultés allemandes. La psychiatrie est enseignée par des docenten, ainsi que la plupart des matières qui ne trouvent point encore pour être enseignées des chaires officielles.

L'ophthalmiatrie est professée dans une chaire ordinaire, par M. Nogel.

Quelques détails historiques intéresseront peut-être au sujet de la fondation des chaires d'ophthalmologie dans les Facultés allemandes: c'est surtout dans ces quinze dernières années que ces chaires devinrent réellement indépendantes et eurent, comme complément important pour l'enseignement, des cliniques. Auparavant l'ophthalmologie était enseignée, comme elle l'a été jusqu'ici chez nous, par des chirurgiens et dans les chaires de clinique chirurgicale. Ce fut à Vienne que la première tentative d'organisation dans ce genre eut lieu : à la fin du dix-huitième siècle, le professeur « de physiologie et d'anatomie supérieure » avait déjà fait des leçons particulières sur les maladies des yeux; en 1813 une chaire extraordinaire fut créée qui devint ordinaire en 1819; c'est ainsi que la clinique ophthalmologique fut représentée dès cette époque à l'université de Vienne, et devint en même temps l'objet d'interrogations spéciales dans les *Rigorosa* (1).

Après Vienne, ce fut Prague qui eut la première clinique pour les maladies des yeux; puis viennent Leipsig (1820), Berne (1834), Wurtzbourg (1840), Gœttingue (1847): on doit ajouter que tout d'abord l'obligation d'enseigner l'ophthalmologie fut imposée à des professeurs qui enseignaient déjà d'autres matières; enfin les chaires d'ophthalmologie furent créées; d'abord extraordinaires, puis ordinaires. Les beaux travaux d'Helmholtz en agrandissant cette science, lui avaient valu une place définitive et très-large dans l'enseignement officiel. Ces chaires furent fondées dans l'ordre suivant: Munich 1869, Zurich 1862, Graz 1863, Halle 1864, Kiel, Rostock et Bonn en 1867, Fribourg et Greifswald en 1868, Insbruck en 1869, Marbourg et Dorpart en 1871, Strasbourg et Bâle en 1872, Erlangen en 1873. Berlin n'en fut pourvu qu'en 1865, la même année qu'Heidelberg.

Nous avons dit que le professeur Saexinger occupait la chaire d'accouchements : cette chaire n'existe à Tübingue que depuis 1847. Dans la plupart des universités allemandes l'obstétrique resta jusque vers 1820 ou 1830, et plus tard encore, réunie à l'enseignement de la chirurgie : à Prague toutefois, dont l'école d'accouchements est encore une des premières de l'Allemagne, la séparation des deux enseignements fut faite à la fin du siècle dernier. D'après Haeser (2), l'enseignement obstétrical était déjà fondé, à titre d'indépendant, à Strasbourg en 1728, à Gœttingue en 1751, à Iéna en 1780, et à Copenhague en 1760, Wutzbourg a son enseignement spécial depuis 1790. De 1805 à 1815 il en fut de même pour Kiel, Marbourg, Leipsig en 1818 et Heidelberg. Dorpat eut le sien en 1820, Fribourg en 1829, Gussen en 1833, Rostock en 1848, Bâle en 1868. Les universités, comme Berlin, fondées dans le courant de notre siècle, eurent, de suite et dès le début, des chaires et des cliniques pour les accouchements.

La bibliothèque de l'Université de Tübingue est une des plus riches de l'Allemagne, elle compte plus de deux cent mille volumes et a un crédit d'environ vingt-cinq mille francs. Le gouvernement du Wurtemberg est d'ailleurs connu en Allemagne pour être un des plus favorables aux travaux intellectuels et un des plus passionnés pour les progrès de la science et la vulgarisation de l'enseignement. La bibliothèque est située dans un vieux château, datant de 1535, construit sur une montagne qui domine la ville, dans un site pittoresque; ce même château (un tel changement d'hôtes à quatre siècles de distance pourrait prêter à des développements assez piquants), contient encore le laboratoire de chimie.

Les bibliothèques des universités allemandes sont en général riches et bien organisées. La bibliothèque universitaire de Fribourg-en-Brisgau contient cent dix mille volumes environ; celle d'Heidelberg cent trente mille. En outre, les villes, où résident les universités, ont généralement leurs bibliothèques propres, et nombre de corporations, de sociétés, ont aussi des bibliothèques relativement bien garnies et bien agencées.

Dans le semestre d'été de 1875, l'université de Tübingue a été fréquentée par huit cent quatre-vingt-huit étudiants qui furent répartis dans l'ordre suivant; pour la Faculté de théologie évangélique deux cent cinquante; pour la Faculté de théologie catholique, cent seize; pour la Faculté de droit, deux cents trois; pour la Faculté de philosophie cent soixante; la Faculté de médecine enfin a compté pendant ce semestre cent quarante-huit étudiants.

État des étudiants qui ont fréquenté les Facultés de médecine suisses, badoises et wurtembergeois de 1867 à 1875.

Avant de passer à l'examen des Facultés de médecine de Bavière et particulièrement à celle de Munich, qui nous a surtout arrêté, nous présenterons un état des étudiants en médecine qui ont fré-

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 avril.

(1) *Rigorosum*, tel est le nom donné à l'examen dans les facultés allemandes.

(2) *Hist. de la médecine*, t. II, p. 784 et seq. — Iéna, 1843-1845.

quenté les universités badoises et wurtembergeoises, sans oublier ceux qui ont suivi les cours des Facultés suisses où l'enseignement est donné aussi en langue allemande, ce qui fait rentrer une partie des universités de la Confédération Helvétique dans la famille des universités purement allemandes. Cet état comprendra les divers semestres d'été et d'hiver, depuis le semestre d'été de 1867 jusqu'au semestre d'été de 1875, soit une période de neuf ans ou de dix-huit semestres d'année scolaire. Dans un tableau plus général, que nous présenterons ultérieurement, nous aurons soin de faire remarquer les variations qui se produisent dans le chiffre des étudiants d'un semestre à l'autre, et la relation qui doit nécessairement exister entre l'augmentation du nombre des élèves dans une Faculté et la diminution qui se produit dans une autre. En parlant de la Faculté d'Heidelberg, nous avions déjà dit quelques mots sur ce sujet : le tableau suivant fait ressortir d'une manière assez claire l'exactitude des quelques observations que nous avions faites nous-mêmes et que nous appuyions d'ailleurs sur le dire de personnes compétentes : on remarquera en ce qui concerne Heidelberg que, pour l'année 1870, le semestre d'été compte 110 étudiants, tandis que le semestre d'hiver, n'en compte que 73; que pour l'année 1872, le semestre d'été compte 122 élèves, tandis que le semestre d'hiver en compte seulement 105; que pour l'année 1873 le semestre d'été compte 112 élèves et le semestre d'hiver 82; le semestre d'hiver de 1874, compte 68 élèves, et le semestre d'été 1875 en compte 92. Des causes extra-scientifiques expliquent fort souvent ces variations assez singulières au premier abord; certes le désir d'entendre tel professeur, de suivre quelques mois telle clinique, ou de travailler sous tel maître dans un laboratoire, est certainement cause de bien des mutations, de bien des changements, mais il faut y joindre aussi des considérations secondaires relatives aux saisons (fréquentation des capitales et des grandes villes en hiver, séjour dans les petites villes à environs pittoresques en été), et aussi un goût général pour le tout voir, le tout connaître. Or c'est une manière de voyager et de visiter son pays que d'être tantôt à Bonn sur les bords du Rhin, tantôt en Saxe à Leipsick, tantôt en Bavière à Munich, ou dans la charmante ville de Wurtzbourg. Cette curiosité voyageuse, excellente en ses résultats, est très-répandue dans les universités allemandes, chez les étudiants autant que chez les maîtres. Les vacances avec leurs loisirs mouvementés sont ici une institution très-respectée, beaucoup plus respectée qu'en France, où nos professeurs prennent souvent à peine quatre ou cinq semaines de repos, où nombre d'entre eux s'abstiennent même de toute interruption dans leurs travaux et dans leur enseignement quotidien à l'hôpital ; de plus en Allemagne, les vacances ne terminent pas seulement l'année scolaire, s'étendant des premiers jours d'août à la fin d'octobre, mais il existe un mois d'intervalle et de *far-niente* entre les deux semestres d'hiver et d'été. Venons maintenant aux tableaux de fréquentation.

UN MÉDECIN DANS L'ARCHIPEL INDIEN

Une bonne occasion se présente pour un jeune médecin indépendant, curieux de science et pressé de se créer une position.

Une société française d'exploration et de colonisation vient de se constituer avec l'appui de nombreuses sympathies dans le monde savant et industriel.

Elle va fonder un premier établissement dans l'Archipel indien, et désire s'associer un jeune médecin offrant des titres sérieux, qui serait chargé de diriger tout ce qui concerne l'hygiène et la santé de la nouvelle colonie.

Un ancien interne des hôpitaux surtout, ou un médecin de marine, seraient sûrs de trouver bon accueil soit auprès de M. le comte Meyners d'Estrées (5, boulevard Denain), ou de M. Chessé (ministère de la marine, division des colonies), *délégués* de la commission de géographie commerciale; soit auprès de M. Raffray, organisateur du personnel (1, boulevard Arago), ou de M. Brou de Saint-Pol-Lias, directeur-fondateur de la société (129, rue de Rennes, Paris).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 avril 1876, M. Marcelin Berthelot, membre de l'Institut, professeur au Collége de France, est nommé inspecteur général de l'instruction publique (enseignement supérieur) en remplacement de M. Balard, décédé.

— Par décret en date du 4 avril 1876, M. Le Port, médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Vingt-deux ans de service, dont quinze à la mer ou aux colonies, neuf campagnes.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le docteur Delestre, chirurgien dentiste des hôpitaux a commencé ses conférences sur l'anatomie et la pathologie dentaires, le vendredi 7 avril, à huit heures et demie du soir et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Ernest Besnier fait des conférences cliniques sur les affections de la peau (clinique, et thérapeutique appliquée), tous les *mercredis* à huit heures et demie, salles Saint-Léon et Saint-Thomas.

— *Excursion scientifique.* — M. Velain, répétiteur de géologie à la Faculté des sciences fera, du jeudi 13 avril au mardi 18 avril, une excursion géologique, à Neuvy-sur-Loire, Cosne, Pougues-les-Eaux, Nevers et Saint-Saulge.

Rendez-vous à la gare de Lyon, le jeudi à sept heures et demie précises du matin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

De la pneumonie morbilleuse. — Poussière épithéliale des bronches. — Phthisie pulmonaire consécutive. — Moyens de la prévenir.

Dans ma dernière leçon, je vous ai parlé des pneumonies franches et des pneumonies catarrhales; aujourd'hui, je vais vous entretenir des pneumonies morbilleuses, forme particulière de pneumonie catarrhale et de leur influence sur la tuberculose et la caséification des poumons. Je vous ai fait voir ce matin deux exemples de rougeole compliquée de pneumonie, l'une au début, et l'autre à une période avancée de la complication, mais il me reste à vous expliquer le mécanisme de la formation de ces pneumonies. C'est ce que je vais faire en vous montrant la justesse d'une théorie que je professe depuis longtemps sur l'une des causes les plus fréquentes de la phthisie pulmonaire.

Il est entré hier au n° 5, une petite fille de trois ans, malade depuis cinq jours. Pendant quarante-huit heures elle a eu de la fièvre, du larmoiement, du coryza, une toux assez fréquente, puis il est survenu une éruption de rougeole aujourd'hui en décroissance et presque éteinte. L'enfant tousse encore. La résonnance de la poitrine, dans les poumons, restent perméables à l'air et ne sont pas hépatisés, mais ils renferment des râles muqueux, fins et sous-crépitant, qui révèlent l'existence d'une bronchite presque capillaire.

Il y a là un exanthème des bronches analogue à l'exanthème de la peau. La rougeole occupe les bronches, et les bruits anormaux que vous avez entendus sont l'indice d'une broncho-pneumonie qui commence. Voilà le début de la pneumonie morbilleuse dont la seconde malade couchée au n° 20 vous offre un exemple complet.

Cette fille âgée de dix ans, a eu la rougeole il y a vingt-cinq jours. Après la disparition de l'exanthème, elle a continué de tousser, a gardé de la fièvre, n'a pas repris d'appétit ni de forces et ne s'est pas rétablie. A son entrée dans ma salle, on lui a trouvé le soir une température de 41 degrés et de 40 degrés le matin. Elle a encore eu une température de 41 degrés, puis de 40 degrés, et depuis deux jours, c'est 40 degrés le soir et 38° 8 le matin.

Avec cette fièvre excessive, il y a 120 pulsations, une toux assez fréquente sans gêne respiratoire; du son tympanique sous la clavicule droite; de la sub-matité dans la fosse sus-épineuse correspondante, mais, en bas, la résonnance est normale. Il en est de même dans le côté gauche de la poitrine.

Par l'auscultation, on entend sous la clavicule droite, une respiration faible, profondément accompagnée de quelques craquements, sans retentissement de la voix. En arrière, dans la fosse sus-épineuse il y a du souffle voilé avec rudesse d'expiration et retentissement de la voix avec quelques bulles de râle sous-crépitant. Mais ici il n'y a rien de franc, ce n'est pas de la matité, mais de la sub-matité; ce n'est pas du souffle bronchique, mais une faible respiration bronchique; ce n'est pas une vraie bronchophonie, mais un faible retentissement vocal.

Là le poumon est plus dense, induré, mais ces signes sont encore plutôt ceux d'une pneumonie catarrhale ou d'une infiltration tuberculeuse que ceux d'une hépatisation pulmonaire constituant la pneumonie franche ou fibrineuse. S'il n'y avait pas eu tant de fièvre et une température de 41 degrés deux soirs consécutifs, il n'y aurait aucun doute à cet égard, mais ce chiffre de température m'engage à faire quelques réserves. Si la maladie dure ainsi depuis vingt-cinq jours, ce n'est pas une pneumonie aiguë et il y a une affection tuberculeuse dans le processus inflammatoire du poumon. Il n'y aurait que le cas où l'enfant après la rougeole aurait conservé un peu de bronchite compliquée de pneumonie aiguë depuis cinq à six jours qui pourrait expliquer les hautes températures observées.

Quoi qu'il en soit, cette enfant a une pneumonie morbilleuse du sommet droit en arrière, et la maladie a vingt-cinq jours de date. Cette pneumonie est en train de passer à l'état chronique et de devenir caséeuse.

Là, en effet, se trouve le danger des pneumonies de la rougeole qui n'arrivent pas vite à résolution. C'est la complication la plus fréquente et la plus grave de la maladie, et en présence de cette fièvre éruptive vous ne devez pas avoir d'autre préoccupation.

Maintenant, quel rapport y a-t-il entre la rougeole et la tuberculose pulmonaire? Comment les tubercules prennent-ils naissance dans cette maladie? C'est ce que je vais essayer de vous faire comprendre en peu de mots et j'espère que ma démonstration sera péremptoire. Pour cela une petite excursion dans les domaines de la pathologie générale est nécessaire.

Vous savez tous, car c'est chose banale aujourd'hui, quelle est l'influence des poussières de l'atmosphère sur la production de la phthisie pulmonaire. Vous savez que toutes les professions ou l'on respire beaucoup de poussière fournissent un énorme contingent à cette maladie. Poussières minérales ou végétales, c'est la même chose. Remouleurs et mineurs, cotonniers, amidonniers, boulangers, etc. Tous en travaillant respirent une grande quantité de particules de silice, de houille, de coton, d'amidon, etc., et ils introduisent ainsi dans les bronches et dans les alvéoles pulmonaires des corps étrangers qui peuvent devenir très-dangereux. Ces poussières impalpables s'accumulent dans les alvéoles et les remplissent. Elles diminuent d'autant la surface respiratoire, puis elles provoquent une phlegmasie de la muqueuse et de la paroi, c'est-à-dire un catarrhe alvéolaire, et une pneumonie vésiculaire qui devient lobulaire. Il se forme un exsudat qui, s'il ne se résorbe pas, peut subir la dégénérescence graisseuse ou caséeuse, et voilà la cause de l'ulcération des poumons qui conduit à la phthisie.

La pneumonie morbilleuse naît de la même façon, et c'est la poussière épithéliale des bronches, non évacuée qui s'accumule dans les alvéoles, irrite le lobule et engendre la pneumonie. Au lieu de respirer une poussière qui obstrue et irrite les alvéoles, l'enfant se fait à l'intérieur une sorte de poussière organique qui joue le même rôle que les poussières venues du dehors. La rougeole occupant les vésicules du poumon fait tomber l'épithélium qui peut être rejeté par l'expectoration ou qui peut s'accumuler et faire une obstruction alvéolaire.

En effet, si l'on étudie au microscope certaines granulations grises demi-transparentes du poumon, on voit comme je l'ai imprimé dans mon livre en 1858, qu'elles sont formées de cellules épithéliales plus ou moins altérées, unies à des leucocytes et à des cellules conjonctives, dites cellules embryonnaires. C'est un mélange d'épithélium tombé et de produits inflammatoires de la paroi elle-même. Ce sont ces granulations qui s'altèrent, deviennent graisseuses et forment ce qu'on appelle souvent des granulations tuberculeuses. Alors elles irritent les alvéoles voisines dont les parois s'enflamment, puis le lobule qui devient malade et tout le poumon se trouve bientôt pris de pneumonie lobulaire également appelée broncho-pneumonie ou pneumonie catarrhale. Si la lésion disparaît vite, tout est pour le mieux, mais si elle persiste, il en résulte un état chronique qui est la tuberculose des poumons, l'infiltration grise des lobules, l'état caséeux des exsudats inflammatoires non résorbés, enfin le ramollissement des produits, l'ulcération des cavernules et des cavernes, puis la consomption, la phthisie et la mort.

Voilà comment la rougeole fait la pneumonie vésiculaire et lobulaire, puis la tuberculose et enfin la phthisie. Le point de départ est l'accumulation dans les alvéoles pulmonaires du produit morbilleux, c'est-à-dire, de l'épithélium alvéolaire rendu caduque par la rougeole. C'est là un corps étranger qui, comme les poussières minérales et végétales introduites dans les voies respiratoires, engendre la pneumonie et selon le cas prédispose à la phthisie.

De cette manière d'envisager la production de la phthisie à la suite de la rougeole, résultent des applications thérapeutiques importantes. Puisque l'obstruction épithéliale des alvéoles pulmonaires, est le résultat de l'exanthème morbilleux, et que cette obstruction engendre la pneumonie, il faut recourir aux désobstruants du poumon. De cette façon on préviendra la phthisie.

Les moyens préventifs et curatifs de la pneumonie morbilleuse sont : les expectorants, les balsamiques et les vomitifs.

Parmi les expectorants, il faut employer la tisane et le sirop de polygala; le kermès à la petite dose de 3 à 5 centigrammes par jour; l'ipécacuanha également à petite dose, 5 centigrammes; la gomme ammoniaque à dose semblable; les inhalations de vapeur d'eau simple, aromatique ou résineuse dans une étuve humide disposée à cet effet.

Comme balsamique, je prescris le sirop et les pastilles de Tolu ; le baume du Pérou ; le sirop de goudron ou de térébenthine ; l'élatine, etc.

Enfin comme vomitif, l'ipécacuanha de préférence au tartre stibié, et alors il faut le donner en sirop à la dose de 15 grammes unis à 25 ou 50 centigrammes de poudre.

HOTEL-DIEU. — M. ALPHONSE GUÉRIN.

Chute de l'utérus.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

II

Par le toucher, il est facile de reconnaître l'abaissement, quand la matrice est mobile et que les parois du vagin sont lâches. On peut alors repousser l'organe à sa place normale, presque sans effort. Il est encore plus facile de diagnostiquer la *descente* de l'utérus : nous avons dit qu'elle est constituée par l'abaissement arrivé à un point tel que le col de l'utérus est visible à l'orifice vulvaire. En écartant les lèvres, on aperçoit alors le museau de tanche, souvent plus gros qu'à l'état normal, parfois rouge et ulcéré.

Quant à la *précipitation* ou chute complète, si elle résulte d'un accident subit, la tumeur qui vient faire saillie au dehors est rouge, comme étranglée, tandis que si la chute s'est faite lentement, cette tumeur est remarquable par sa blancheur, sa décoloration, par l'épaississement de l'épithélium de la muqueuse, qui ressemble beaucoup alors à l'épiderme de la peau.

Quand la tumeur est vieille, on observe à sa surface des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins profondes, autour du col de l'utérus. Enfin, comme la chute est plus fréquente chez les femmes qui ont eu des enfants, le col est le plus ordinairement largement ouvert et fendu transversalement.

A la surface de la tumeur, on aperçoit les rides transversales du vagin, d'autant plus prononcées qu'on les observe plus près du méat urinaire, de la partie supérieure de la vulve.

Les parois du vagin sont généralement flasques, mais elles le sont beaucoup plus dans la chute proprement dite que quand il y a simplement hypertrophie du col.

La vulve, dans la chute proprement dite, est également plus large que quand le col vient faire saillie au dehors dans les cas d'hypertrophie de cet organe. La tumeur est molle, fluctuante. Cette fluctuation est due à ce qu'il se produit presque toujours une cystocèle vaginale, laquelle peut bien survenir encore quand le vagin reste en place, mais qui, lorsque celui-ci est en dehors du bassin, est toujours en rapport avec la portion déprimée du vagin.

Mais si l'on observe ainsi une tumeur fluctuante en avant, il n'est pas rare de trouver en arrière une tumeur analogue,

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 avril.

flasque, qui n'est autre qu'une rectocèle. C'est qu'alors la paroi antérieure du rectum a été entraînée en bas et en avant, comme la vessie l'avait déjà été, et qu'il se fait une sorte de poche, de diverticulum, dans la paroi antérieure du rectum, poche dans laquelle les matières fécales viennent souvent séjourner.

Si l'on introduit un hystéromètre chez ces femmes, il ne pénètre qu'à une profondeur de 5 ou 6 centimètres; quelquefois même on ne parvient pas à l'introduire, parce qu'il s'est produit un rétrécissement du col utérin.

Je vous ai dit qu'il pouvait se produire une rectocèle et une cystocèle. Celle-ci joue un rôle très-important dans la chute de l'utérus. La miction d'abord ne peut plus s'opérer facilement, les malades ont du ténesme. Si, en effet, à l'état normal, la vessie se vide, c'est que ses parois se contractent. Ici, au contraire, elles sont distendues en très-peu de temps; elles se contractent mal, obligées qu'elles sont de lutter contre les lois de la pesanteur pour faire remonter l'urine et la faire sortir par le méat. Dans les conditions ordinaires, les parois abdominales comprimant les intestins sur la vessie, tendent encore à la vider, mais ici rien de semblable, puisque la vessie est sortie du bassin. Aussi faut-il tenir compte, dans l'interprétation des symptômes, de ce qui appartient à la vessie et de ce qui appartient à l'utérus. Quand la vessie est ainsi rejetée au dehors, les malades éprouvent des tiraillements dans la direction des uretères, qui s'enflamment quelquefois et révèlent alors leur inflammation par la présence de muco-pus dans l'urine. D'autres fois, quand la vessie est ainsi expulsée du bassin, il se forme des calculs dans sa cavité.

Dans ces cas encore, on est frappé du changement de direction que le canal uréthral subit dans ces conditions. Quand, chez ces malades, on introduit une sonde par le méat, il arrive assez souvent qu'elle est arrêtée par la paroi antérieure, devenue postérieure, de la vessie. Si, alors, changeant la direction de l'instrument, on le dirige de haut en bas, de manière à ce que le bout de la sonde vienne se placer entre les cuisses de la malade, on entre avec la plus grande facilité.

La rectocèle n'a pas de moindres inconvénients que la cystocèle; elle détermine une constipation opiniâtre, qui oblige la malade à des efforts qui contribuent encore à l'aggravation de son affection.

Cette masse, constituée par la chute de l'utérus, est à peu près complétement insensible. Ce sont les ligaments de l'utérus ainsi que Bichat l'a démontré, qui, tiraillés, donnent lieu à la douleur. Vous savez, en effet, qu'on peut couper les tissus fibreux sans que l'animal sur lequel on expérimente, témoigne de la souffrance, tandis qu'il manifeste par son agitation et ses cris, qu'il ressent une vive douleur, quand les ligaments ou autres tissus fibreux sont violemment distendus.

La réduction se ferait, d'après certains auteurs, avec la plus grande difficulté. Pour mon compte, je ne comprends pas comment on a pu émettre une semblable opinion. J'ai vu, dans ma pratique, bien des chutes complètes de l'utérus, et jamais je n'ai éprouvé cette grande difficulté à faire rentrer la masse utérine dans la cavité du bassin. Il est probable que ces auteurs, qui ne connaissaient pas alors l'hypertrophie du col, ont voulu parler de la réduction qui consiste, non à remettre l'utérus en place, mais à l'y maintenir.

Lorsque la chute est complète, que l'orifice vulvaire est très-large, la réduction est facile, mais il n'en est plus de même quand il s'agit de maintenir la masse tombée. Ainsi il est des femmes chez lesquelles cette réduction se fait avec la plus grande facilité, mais chez lesquelles, au contraire, la contention est absolument impossible. Dès qu'on abandonne l'utérus, il retombe immédiatement. Quand l'orifice vulvaire est, au contraire très-étroit, on éprouve une certaine résistance dans la réduction, mais dès que les premières portions de la tumeur ont réussi à franchir l'obstacle, le reste suit sans difficulté. C'est dans le cas où le vagin a conservé un certain degré de contractilité au niveau de l'orifice de la vulve.

Nous avons à la salle Saint-Maurice une femme qui offre un exemple remarquable de chute complète ou précipitation de la matrice.

Elle a eu quatorze enfants, mais dès son premier accouchement elle s'aperçut que quelque chose sortait de son corps. On ne peut donc pas dire que c'est à ses nombreuses grossesses que la chute de l'utérus doit être attribuée. En outre des causes que nous avons indiquées, il ne faut pas omettre de tenir compte d'une certaine prédisposition provenant de la laxité des tissus et des dimensions relatives du contenant et du contenu. Chez cette femme, la vulve et l'orifice du vagin ont de telles dimensions que le poing tout entier y passerait sans effort. Ainsi dès que la matrice et le vagin ont été repoussés dans la cavité pelvienne, on est obligé de les contenir pour les empêcher de sortir aussitôt.

J'ai été bien aise de vous montrer cette femme; elle offre un cas remarquable de précipitation de l'utérus, sans l'hypertrophie en longueur du col utérin, qui est si fréquente que Huguier, auteur d'un important mémoire sur ce sujet, a prétendu que sur soixante-quatre cas de chute complète de l'utérus, ou plutôt de chute apparente, il n'en a trouvé que deux sans cette hypertrophie. Je crois qu'il est arrivé à Huguier ce qui arrive à la plupart des hommes qui, tout à coup, quittent les sentiers battus. Avant lui, on avait, à peu près, oublié les travaux de Levret, et l'on pensait que les chutes de l'utérus ne reconnaissent d'autres causes que le relâchement des ligaments et la laxité des parois du vagin. Huguier ayant reconnu que l'hypertrophie du col est la règle en pareil cas, était bien tenté d'admettre qu'il n'y avait d'exception apparente que dans les cas qui avaient été mal observés. Comme Huguier, j'admets la règle, mais les exceptions ne sont pas tout à fait aussi rares qu'il le pensait. Ainsi, en ce moment, nous avons dans la salle Saint-Maurice la femme dont je viens de vous parler, et, il y a deux jours, il en est entré une autre qui, elle aussi, a une chute complète sans hypertrophie.

Chez la première de ces malades, la portion libre ou intra-vaginale du museau de tanche est certainement plus grosse qu'à l'état normal; mais l'augmentation s'est surtout faite en largeur, le col est plutôt court que long. Les parois du vagin sont trop épaisses pour qu'il soit possible de déprimer et de bien apprécier ce qui existe dans la cavité pelvienne. Ce n'est que par le toucher rectal qu'il est possible de se faire une juste idée de ce qui existe; avec l'indicateur introduit dans le rectum, on reconnaît que le corps de l'utérus n'est pas volumineux et que son col n'a que sa longueur normale.

L'orifice du col est tellement ouvert, qu'il n'est pas étonnant que cette femme ait conçu facilement. Il est placé au fond de la dépression, qui résulte de la réduction de la matrice et du vagin, et comme il n'y a plus de culs-de-sac vaginaux, c'est par cet orifice que le méat du pénis est nécessairement dirigé. Il n'est pas même impossible que l'extrémité de la verge y ait pénétré, car on y observe une dépression en entonnoir. Ce ne serait pas d'ailleurs la première fois que cela se serait produit, l'observation que Marrique, chirurgien de l'infirmerie de Versailles, communiqua à Chopart, est extrêmement curieuse.

La voici, en quelques mots : un jeune homme vertueux

épousa une jeune fille, qui avait une chute de la matrice; il s'efforça de se frayer une voie dans l'orifice du cul-de-sac, et il y parvint, mais après vingt ans d'efforts.

TRAITEMENT DES BRULURES

Par le docteur Émile JOURNAL.

Puisque l'attention se porte actuellement sur le pansement des plaies, je demande l'hospitalité pour les lignes suivantes, sur le traitement des brûlures. Ce n'est pas que je veuille m'abandonner à des considérations plus ou moins savantes, plus ou moins hypothétiques sur le rôle funeste des ferments, des microzymas, etc., dans les suppurations d'origine traumatique. Mon but est plus modeste, et je veux me restreindre absolument aux faits que l'expérience clinique peut constater, même à l'œil nu. Je n'ai pas qualité pour trancher d'une façon magistrale la nature réelle de la cause des accidents des traumatismes. Je me tiens, sur ces questions étiologiques d'infiniment petits, dans une sage réserve, et un excellent article de la *Gazette* sur la pelade, ne peut que m'engager à persévérer dans cette voie. Quand on nous montre, à propos de la détermination du nombre et de l'espèce des parasites des diverses teignes, les variations d'opinions d'hommes rompus à leur étude et habitués aux minutieuses recherches microscopiques, nous ne pouvons, dans des questions plus délicates, que douter encore, espérant qu'enfin nous pourrons un jour féliciter l'heureux observateur qui forcera la vérité dans ses derniers retranchements.

Ce que l'observation clinique habituelle nous prouve, au sujet des affections traumatiques, c'est qu'un point important du traitement consiste à s'opposer à l'infection générale de l'organisme, à faciliter l'écoulement au dehors des liquides purulents, putrides et autres, à les poursuivre dans tous les cloaques, dans toutes les impasses où ils s'infiltrent, à leur donner issue par des contre-ouvertures, par des drainages; à nettoyer tous les recoins des plaies par des injections diverses et fréquemment répétées. C'est là une recommandation que tous les habiles professeurs ne manquent pas de faire bien souvent, et tous les chirurgiens pourraient attribuer la plupart de leurs succès à la stricte observation de ce précepte excellent de nettoyer soigneusement les plaies, précepte qu'on pourrait donner comme épigraphe à tous les traités de médecine opératoire. Et cependant, dans certaines circonstances, en suivant, dans le traitement des brûlures, une manière d'agir pour ainsi dire opposée à cette conduite, dont j'ai déjà souvent pu, par moi-même, constater tous les avantages, on obtient des résultats très-favorables. Je vais, à ce sujet, exposer comment je procède dans ce cas.

Loin de me livrer à des poursuites fréquentes pour me permettre de voir chaque jour les surfaces brûlées, et de m'opposer aux rétentions de liquides, je ne panse les brûlures que le moins souvent possible.

Au premier instant, et dans les brûlures superficielles, après avoir conservé tout ce que je puis d'épiderme protecteur, je crois devoir immédiatement mettre la plaie à l'abri de l'air, qui semble causer de vives souffrances. Comme je ne voudrais pas appliquer, sur une brûlure dont je serais affecté, quelques substances dont le contact ne me semble nullement lénitif, telles que l'encre, la gelée de groseille, etc., je ne me crois pas en droit de m'en servir chez mes malades.

Ce qui me réussit le mieux, c'est de saupoudrer toutes les parties brûlées avec une poudre infiniment fine de fécule, qui amène rapidement une sensation de fraîcheur agréable et un apaisement assez marqué de la douleur. On remplit, en effet, ainsi l'indication rationnelle de soustraire les papilles nerveuses dénudées à l'action irritante de l'air, à laquelle elles ne sont pas accoutumées. On se trouve le plus souvent très-bien de cette pratique, et de pauvres malades m'ont, longtemps après leur guérison, remercié avec reconnaissance d'avoir employé ce mode de traitement, dont ils avaient eu le malheur d'avoir pu apprécier tous les avantages. On continue d'appliquer, de temps en temps, de la fécule, et on la laisse jusqu'à ce qu'elle soit pour ainsi dire entraînée spontanément par les liquides sécrétés. On peut, en même temps, employer avec prudence, à l'intérieur, des potions à la morphine, à la narcéine, au chloral, à l'hydrolat de laurier-cerise. Je crois qu'en effet c'est surtout en fait de brûlures que la douleur est une indication qui mérite d'être prise en sérieuse considération, et qu'on peut dire à juste titre : *Divinum est opus, sedare dolorem.*

Dans certains cas, dans les premiers degrés des brûlures, on peut employer le taffetas gommé rose en guise d'épiderme artificiel pour remédier avec avantage à la dénudation du derme. On pratique, de distance en distance, sur ce taffetas, des incisions linéaires, destinées à donner issue aux liquides sécrétés, on le mouille d'eau tiède, on l'applique sur toutes les surfaces brûlées, et on l'y laisse jusqu'à ce que l'épiderme nouveau s'étant reproduit, il se détache spontanément. Ce taffetas gommé remplit aussi très-bien l'indication de calmer la douleur, en empêchant l'accès de l'air, et il a l'avantage, en raison de sa translucidité, de permettre de voir ce qui se passe derrière lui. Laugier, dans l'article *Brûlure* du *Dictionnaire de Jaccoud*, préconise un traitement analogue, je dirai même identique, et il s'étonne à juste titre que ce mode de pansement soit assez peu connu pour qu'il n'en soit fait aucune mention dans les derniers traités de pathologie chirurgicale, publiés en France.

On peut employer cette sorte de médication obturante dans des lésions qui, sans être produites par la chaleur, ont cependant quelque analogie avec certaines brûlures, en ce sens qu'elles sont constituées anatomiquement par une perte d'épiderme et par une inflammation du derme. Par suite de frottements violents, il arrive quelquefois des érosions épidermiques plus ou moins étendues, très-douloureuses. La peau, dans ces cas, est pour ainsi dire pelée de son revêtement cellulaire protecteur. Ici encore, l'indication n'est-elle pas de suppléer à cet état en employant l'épiderme artificiel de taffetas gommé? C'est ce que j'ai fait avec succès chez un jeune homme qui pris par le pied, avait, comme Brunehaut, été traîné par un cheval l'espace de quelques hectomètres sur une grande route. Ses vêtements, retroussés en arrière, avaient protégé sa tête, mais le dos, écorché par les aspérités du sol, laissait voir le derme dénudé sur de très-larges surfaces.

L'emploi du taffetas gommé fut, encore dans ce cas, très-efficace au point de vue de l'apaisement de la douleur, qui était cruelle.

Voilà, à mon avis, les meilleurs traitements à employer dans les brûlures consistant, soit en un érythème simple, soit en un érythème avec phlyctènes, c'est-à-dire dans les brûlures au premier et au deuxième degré. Dans les degrés suivants, à forme gangréneuse, caractérisés par des eschares plus ou moins épaisses, et dans les cas qui ne réclament pas d'amputations, on peut encore, dès le premier instant, se servir, avec moins d'avantage, il est vrai, de la poudre de fécule, mais ce traitement ne suffit pas, et l'on est bientôt obligé de recourir au moyen par excellence, au liniment oléo-calcaire.

D'habitude, j'en imbibe des compresses fenêtrées faites de linge très-doux, puis j'applique par dessus d'épaisses couches d'ouate maintenues par une bande roulée.

Mais une question importante se présente ici : Quand faut-il renouveler le pansement? Faut-il faire des pansements quotidiens ou même biquotidiens, comme j'ai vu les exécuter par quelques praticiens déterminés à agir ainsi dans le but de renouveler les compresses, souillées par l'écoulement abondant des liquides ? Mais ne voit-on pas ce que cette pratique des pansements fréquents a de cruel pour les malheureux brûlés qui les redoutent tant? Y a-t-il vraiment avantage à les soumettre si souvent à des manœuvres douloureuses ? Si la rétention des liquides est un danger, la douleur excessive et répétée n'en est-elle pas un autre ? Ne peut-elle pas épuiser l'énergie de résistance d'un malade qui est encore débilité par l'abondance de la sécrétion séro-purulente et par la combustion fébrile ? N'y a-t-il pas là enfin contradiction flagrante pour ceux qui, à tort ou à raison, admettent que les cautérisations ferment la porte de l'organisme aux liquides nuisibles, n'y a-t-il pas contradiction pour eux à recourir aux pansements fréquents dans les brûlures pour éviter cette résorption? Les liquides n'ont-ils pas le plus souvent, dans ce cas, une issue facile à la surface de la partie lésée, entre elle et le pansement, et n'y sont-ils pas à l'abri de l'influence nuisible de l'air, quelle qu'en soit la cause encore discutée aujourd'hui ?

Quoi qu'il en soit de toutes ces questions, je préfère les pansements rares, hebdomadaires et même plus éloignés s'il est possible. Je ne veux pas m'attribuer le mérite de cette idée, je ne sais même pas à qui il faut la faire remonter, mais je dois dire que je la tiens de M. le professeur Béchet, de la faculté de Nancy. Ce chirurgien, savant et heureux, c'est-à-dire habile et prudent, qui n'a, à mon avis, que le tort de ne pas publier les résultats de sa pratique, nous faisait, dans son cours de pathologie externe, des recommandations dont je n'ai pas pris le texte, mais dont voici le sens :

« Messieurs, quand vous aurez pansé une brûlure au liniment oléo-calcaire, ne vous pressez pas de renouveler le pansement. Laissez-le le plus longtemps possible. La famille, le malade, voudront d'abord s'opposer à votre temporisation. Soyez sourds à leurs réclamations, résistez. On vous objectera l'odeur que répand le brûlé, la nécessité de voir la plaie. Résistez et n'enlevez l'appareil qu'à la dernière extrémité, et pour ainsi dire à votre corps défendant. Alors vous serez émerveillés de trouver, au premier pansement, une surface dans le meilleur état possible, offrant des bourgeons charnus de bonne nature, rosés et montrant une tendance vers une cicatrisation régulière. »

Ces paroles de mon ancien professeur me sont restées gravées dans la mémoire depuis 1861, et je le remercie, pour les malheureux que j'ai été appelé à traiter, des succès qu'a eu la pratique qu'il m'a enseignée.

Un inconvénient, un grand inconvénient des pansements rares est l'odeur insupportable que répandent bientôt les bandes et les compresses. J'ai réussi, dans une certaine mesure, à remédier à cet état de choses, en entourant l'ouate d'une bande roulée, enduite de goudron, et en goudronnant soigneusement toute la surface extérieure de l'appareil. Ce moyen, comme je le dis, est très-efficace, il rend un grand service au malade et à sa famille. J'ignore s'il a déjà été employé, mais je le crois susceptible d'applications à d'autres cas qu'au pansement des brûlures. Le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* n'indique jusqu'ici l'emploi du goudron pour les pansements que sous la forme de coaltar.

Je viens de m'étendre sur des détails que l'on pourrait regarder comme de peu d'importance, mais rien n'est à négliger en thérapeutique, où l'on n'a jamais à traiter que de *magni momenti minutiis*. J'ai donc cru devoir appeler l'attention sur ces petits moyens de traitement, au moment où l'on agite la question du pansement à l'ouate, substance qui n'est peut-être pas sans quelque action sur les brûlures, soit en y maintenant une certaine température, en les soumettant à une sorte d'incubation, soit en tamisant l'air qui peut arriver à leur surface, soit enfin en y exerçant une certaine compression douce et régulièrement répartie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 avril 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

M. Hayem, revenant sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance (Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 40), fait observer que les faits empruntés à l'anatomie pathologique, semblent infirmer l'opinion des anatomistes modernes, qui veut que les faisceaux antéro-latéraux de la moelle viennent former les parties antérieures des pyramides. En effet, M. Hayem présente des pièces histologiques qui montrent que la sclérose de ces cordons antéro-latéraux ne se propage pas aux parties antérieures des pyramides, qui restent tout à fait saines.

Accommodation. — M. Badal présente quelques considérations sur l'accommodation, en particulier sur la mesure du diamètre de la pupille qui, suivant lui, joue dans l'accommodation un rôle plus important que ne l'admettent la plupart des auteurs depuis Helmholtz.

M. Badal s'est appliqué également à déterminer la mesure des cercles de diffusion dans l'accommodation.

De la respiration des poissons. — M. Jolyet présente un appareil à l'aide duquel il est très-facile d'étuder tous les phénomènes de la respiration chez les poissons. Cet appareil lui a permis de constater que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, de M. Gréhant en particulier, les poissons absorbent plus d'oxygène qu'ils n'exhalent d'acide carbonique.

Section des racines postérieures des nerfs médullaires. — M. Couty a sectionné, sur des grenouilles, les racines postérieures des nerfs médullaires, et comparé les membres rendus ainsi insensibles aux membres restés normaux. Bien que les mouvements des muscles anesthésiés soient considérablement troublés, il n'y a pas, par l'examen électrique, de diminution de la contractilité.

On n'observe presque jamais non plus de trouble appréciable dans la nutrition des autres parties des membres anesthésiés, os, peau, tissu cellulaire, etc., et cependant quelques-uns des animaux en expérience ont survécu un, deux et jusqu'à six mois après la mutilation : on doit conclure de ces expériences, que la section des racines postérieures et l'interruption des courants centripètes n'ont aucune influence sur la nutrition, au moins chez les grenouilles.

Deux fois seulement, sur plus de quarante expériences, il est survenu une arthropathie du genou anesthésié, avec gonflement des têtes osseuses correspondantes, et œdème de tout le membre : sur une troisième grenouille, il y a eu seulement œdème sans arthropathie. Ces troubles, véritable complication, ne sont pas dus à une myélite consécutive ; car on n'en a pas observé les symptômes, et ils doivent avoir probablement leur cause dans une contusion, une altération du ganglion postérieur sensitif.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III

État des étudiants qui ont fréquenté les Facultés de médecine suisses de 1867 à 1875.

ANNÉES.	BALE.		BERNE.		ZURICH.	
	E.	H.	E.	H.	E.	H.
1867	32	39	104	108	100	88
1868	40	52	108	114	97	128
1869	48	51	113	134	134	138
1870	47	52	130	137	139	153
1871	63	72	137	136	160	170
1872	73	77	140	142	209	271
1873	72	84	154	163	280	188
1874	77	79	174	166	183	190
1875	73	»	163	»	184	»

La progression rapide du chiffre des étudiants en médecine à la Faculté de Zurich s'explique par l'importance de quelques-uns de ses instituts et notamment du laboratoire de chimie, construit dans ces dernières années; l'installation complète de ce laboratoire n'a pas coûté moins de 364,000 francs.

État des étudiants qui ont fréquenté les Facultés de médecine badoises et wurtembergeoises de 1867 à 1875.

ANNÉES.	FRIBOURG.		HEIDELBERG.		TUBINGUE.	
	E.	H.	E.	H.	E.	H.
1867	51	55	59	56	174	172
1868	54	51	72	70	176	176
1869	45	52	82	83	177	164
1870	41	37	110	73	190	103
1871	39	56	82	94	124	194
1872	70	78	122	105	202	168
1873	100	102	112	82	175	147
1874	112	124	82	68	158	154
1875	124	»	92	»	148	»

Dans le groupement que la statistique fait des universités allemandes divisées en trois classes, Bâle, Fribourg-en-Brisgau et Heidelberg sont rangées parmi les petites universités (nous y ferons entrer tout à l'heure une des Facultés de médecine de Bavière, Erlangen), Berne, Zurich et Tubingue, font partie des Facultés moyennes.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MUNICH.

Le royaume de Bavière compte trois universités inégalement importantes : deux d'entre elles sont au point de vue médical des universités de premier ordre, Munich et Wurtzbourg; la troisième, Erlangen, est rangée non loin d'Heidelberg, d'Iéna et de Giessen.

Wurtzbourg la plus ancienne université des trois, fut fondée en 1583 : d'après son statut de 1587 elle eut deux professeurs de médecine, l'un pour la théorie, l'autre pour la pratique (la botanique, la chirurgie et la pharmacie étaient enseignées dans la même chaire).

L'université d'Erlangen, fondée beaucoup plus tard, en 1743, eut de suite aussi une Faculté de médecine : en 1770 une chaire d'anatomie et de chirurgie y fut fondée.

L'université de Munich (ancienne université de Ingolstadt 1472, et de Laudshut 1802), n'a été installée dans la capitale de la Bavière qu'en 1826, la première année du long règne du roi Louis Ier, c'est donc une fondation de haut enseignement contemporaine. Nous nous arrêterons principalement à la Faculté de médecine de Munich, renvoyant, de crainte de répétition trop fréquente, à un appendice ce qu'il y a d'important à signaler dans l'étude de Wurtzbourg et d'Erlangen.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 avril.

La Faculté de médecine de Munich offre dans l'ensemble de son enseignement, un tout beaucoup plus complet que les Facultés que nous avons passé en revue plus haut : pour donner une idée exacte de l'activité scientifique de ce centre médical, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de présenter l'exposé un peu minutieux de la série des cours, de leurs matières, et de la qualité des maîtres qui professent (1).

Munich compte quinze professeurs ordinaires, six professeurs extraordinaires, cinq professeurs honoraires et ce semestre douze docenten, en tout trente-huit maîtres, qui font leurs cours les uns à l'Hôpital-Général, les autres, à l'anatomie, à l'institut d'anatomie pathologique, à l'institut de physiologie et d'hygiène, etc.

Le cours de zoologie est fait tous les jours de la semaine, de une heure à deux, par un professeur ordinaire, le professeur docteur de Siebold.

La chaire d'anatomie est double ici comme à Strasbourg et dans la plupart des Facultés allemandes, c'est-à-dire que le professeur ordinaire, M. de Bischoff, est assisté par un extraordinaire : tous les jours de deux à trois heures, leçon par l'ordinaire ; le cours est fait dans la première partie du semestre sur la myologie et la splanchnologie, en y joignant l'étude de plusieurs chapitres d'anatomie générale ; surveillance des dissections en commun avec l'extraordinaire tous les jours de huit heures du matin à midi et de deux heures à quatre heures du soir, excepté le samedi dans l'après-midi. Dans la première partie du semestre l'extraordinaire, tous les jours de trois à quatre heures, fait une leçon sur l'ostéologie et l'arthrologie (ces chapitres devront être complétement enseignées) ; dans la seconde partie du semestre, tous les jours de trois à quatre heures, une leçon sur l'angiologie. On remarquera qu'à part le système nerveux et les organes des sens, toute l'anatomie descriptive se trouve enseignée dans le semestre. C'est un point sur lequel on revient fréquemment dans les amphithéâtres, à savoir qu'il vaut mieux voir avec le maître l'anatomie descriptive en entier, quitte à revenir plusieurs fois seul ou avec lui sur cette même branche de la science médicale, que de mettre trois ou quatre ans à suivre un cours d'anatomie, qui n'est d'ailleurs fait que pendant un seul semestre, celui d'hiver. Ceci m'a été répété ici, comme on avait déjà pris soin de me le dire à Strasbourg.

Le semestre n'est pas moins bien rempli pour l'enseignement de la physiologie. L'institut de physiologie est installé dans un grand pavillon (près des autres instituts, non loin de l'Hôpital-Général), qu'il occupe en commun avec l'institut d'hygiène : pour la spaciosité et le confort il laisse donc un peu à désirer, les deux chaires se gênant l'une l'autre, mais il n'en présente pas moins des laboratoires relativement bien organisés et pourvus, inférieurs cependant à ceux qui viennent d'être élevés à Heidelberg et dont nous avons déjà parlé. Le professeur ordinaire Voit, fait tous les jours une leçon de physiologie, de neuf à dix heures (*privatim*); le samedi et le mercredi, de onze heures à une heure, leçons particulières (*privatissime*), à ses élèves payant, avec l'assistance d'un privatdocen qui lui sert de préparateur, surveillance et direction des manipulations physiologiques des étudiants.

La pharmacie est professée par l'ordinaire Louis-Andr. Buchner (qu'il ne faut pas confondre, non plus que le professeur Josef Buchner de la même Faculté, avec l'auteur de *Force et matière*), au laboratoire de pharmacie et de chimie de l'université, cinq jours de la semaine, de huit à neuf et de neuf à dix heures (cours distincts) : tous les jours après midi, exercices pratiques de chimie et de préparations pharmaceutiques.

Nous reviendrons sur l'organisation du laboratoire d'hygiène et l'enseignement de la chaire dans laquelle est assis aujourd'hui le savant professeur de Pettenkofer. Tous les jours le célèbre ordinaire fait à ses élèves une leçon d'hygiène pratique, et deux fois par semaine une leçon publique qui a trait, ce semestre, à l'étude de la *canalisation*. D'ailleurs, comme ses collègues, dont nous venons de

(1) On comprend du reste que ce que nous disons d'une faculté importante, comme Munich, s'applique généralement aux autres facultés : bien des choses qui sont dites ici, ne seront naturellement pas répétées à propos d'universités dont l'organisation et la valeur sont identiques à celles de Munich, telles Graz ou Prague.

parler, M. de Pettenkofer fait fort peu de clientèle, on pourrait dire nulle clientèle, et peut ainsi consacrer tout son temps à l'enseignement et à ses travaux.

Le professeur ordinaire de Hecker occupe la chaire d'accouchements : enseignement théorique cinq heures par semaine; quatre leçons de clinique obstétricale, et cinq leçons pratiques (toucher, mannequin), par semaine.

M. de Nussbaum occupe la chaire de chirurgie clinique : tous les jours de huit à neuf heures il fait une leçon de clinique à l'Hôpital-Général; trois fois par semaine de quatre à cinq, enseignement de la médecine opératoire.

L'ophthalmologie est enseignée par un ordinaire : quatre leçons théoriques par semaine; tous les jours, leçon de clinique ophthalmologique.

Deux chaires de clinique médicale : tous les matins leçons cliniques de neuf à dix heures; le soir les mardis et les vendredis, de cinq à six heures, leçon (*privatim*) de pathologie et de thérapie; l'une de ces chaires est occupée par le savant professeur de Ziemssen, directeur des études cliniques à la Faculté, et en même temps directeur de l'Hôpital-Général.

M. le professeur ordinaire de Gudden est directeur de la clinique des maladies mentales : il fait deux leçons de psychiatrie clinique par semaine de deux heures chacune. Au sujet des chaires de psychiatrie, voici quelques détails sur la date de la fondation officielle de cet enseignement : on verra par les chiffres sous-mentionnés que la création de ces chaires remonte à une époque tout à fait récente. Quand nous parlerons de l'université de Vienne, nous verrons que de Feuchtersleben y enseignait les maladies mentales depuis 1844, mais que la clinique psychiatrique (avec chaire ordinaire), n'y fut fondée qu'en 1872. Sous l'influence du professeur Griesinger dont l'activité a pris une si large part dans le développement des études de médecine mentale en Allemagne, une clinique psychiatrique avait été organisée à Zurich en 1862. Leipsig a une clinique mentale depuis 1874, Bâle depuis 1873, Gœttingue depuis 1867, et Berlin depuis 1865.

L'anatomie pathologique et la pathologie générale sont enseignées par l'éminent ordinaire de Buhl, qui professe à la Faculté de Munich depuis plus de vingt-cinq ans; l'institut d'anatomie pathologique de Munich est certainement un des établissements de ce genre les mieux organisés que nous ayons vu dans les Facultés du Sud. Dans une lettre ultérieure, nous jetterons un coup d'œil sur cette belle installation et sur son important matériel : sans atteindre à la magnificence que l'institut analogue de Strasbourg présentera dans un an ou deux, l'institut de Munich mérite une mention particulière (1).

Toutes les semaines, il est fait cinq leçons qui ont trait à l'anatomie pathologique générale ou spéciale, avec présentations de pièces préparées et démonstrations pratiques; tous les jours il y a des exercices de manipulations, les élèves doivent faire des coupes et s'approprier le maniement du microscope. Le professeur Buhl ne quitte point son institut, de la journée, il y vit pour ainsi dire; il a deux assistants qui font comme lui des cours pendant les deux semestre de l'année.

(1) En 1863, M. Cornil a publié dans l'*Union médicale* (XVIII, 97) sur les *Instituts anatomo-pathologiques en Allemagne*, une étude que sa compétence en ces matières rend fort intéressante.

NÉCROLOGIE

Balard.

L'Académie des sciences n'a tenu lundi dernier qu'une très-courte séance, M. le président ayant levé la séance publique immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour honorer la mémoire du membre éminent qu'elle vient de perdre.

La mort de M. Balard est, en effet, une perte véritable pour le monde savant dans lequel il occupait depuis longtemps une grande place. Il avait vingt-trois ou vingt-quatre ans à peine et remplissait les modestes fonctions de préparateur de chimie à l'école de pharmacie de Montpellier, lorsqu'il fit cette importante découverte du brôme qui, en complétant la nouvelle série des métalloïdes et dotant du même coup l'industrie et la médecine d'un agent des plus précieux, a placé son nom dans l'histoire de la chimie à côté de ceux de Scheele et de Gay-Lussac. D'autres découvertes faites depuis, toutes marquées au coin d'une grande originalité et d'une grande utilité pratique et surtout les succès de son enseignement, ne tardèrent pas à lui ouvrir toutes grandes les portes de la célébrité. Appelé à remplacer Thénard dans sa chaire de la Faculté des Sciences de Paris, il ne tarda pas à entrer à l'Académie des sciences et plus tard au Collége de France à la place de Pelouze. De nombreuses générations d'élèves en pharmacie, d'élèves en médecine et de jeunes chimistes se font formés à ses cours. M. Balard laisse en mourant, un siége à l'Académie des sciences (section de chimie), une chaire à la Faculté des sciences, une chaire au Collége de France et une place d'inspecteur général de l'enseignement supérieur, qui vient d'être tout récemment conférée à M. Berthelot.

M. Wurtz, dans un discours qu'il se proposait de prononcer aux obsèques de son collègue, mais qui n'a pu y être lu par suite des dernières volontés du défunt, ne s'est pas borné à esquisser la vie si laborieuse de Balard, il a chaleureusement loué aussi les qualités privées de l'homme que le petit nombre de ceux qui l'avaient vu de près avaient seuls pu convenablement apprécier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 6 avril, ont été promus :

Au grade de pharmacien en chef, M. Peyremol.

Au grade de pharmacien principal, M. Cavalier.

— Nous apprenons que M. le professeur Pajot ne pourra, pour raison de santé, faire son cours pendant la semaine du 10 au 15 avril.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 44. — JEUDI 13 AVRIL 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 13 AVRIL 1876. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une élection, qui appelle M. Favre à une place d'associé national, et un comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place de titulaire dans la section de thérapeutique, à laquelle il devra être pourvu dans la séance prochaine, tel est, avec des rapports officiels au nom des commissions des eaux minérales et des remèdes secrets, le menu de la séance d'hier.

Parmi les pièces de la correspondance officielle, il en est une qui mérite une mention spéciale, c'est l'envoi fait par le ministre de l'agriculture et du commerce d'un exemplaire du règlement général de police sanitaire maritime. Ce règlement, libellé en 130 articles, auquel sont annexés des règlements spéciaux pour le choléra, la fièvre jaune et la peste, constitue tout un nouveau code sanitaire, destiné à adoucir ce que les anciennes prescriptions avaient d'excessif, tout en maintenant les dispositions jugées indispensables pour protéger notre pays contre l'invasion des grandes épidémies exotiques, et en donnant au commerce et à la navigation toutes les satisfactions compatibles avec les exigences de la santé publique.

Cet important document est suivi du rapport fait au comité consultatif d'hygiène par M. Fauvel, rapport dans lequel, après avoir présenté un résumé historique des études et des conférences auxquelles ont donné lieu les questions de police sanitaire depuis l'organisation du service, l'auteur a énoncé les principes sur lesquels repose le règlement nouveau et tracé un commentaire précis des dispositions adoptées.

Les quelques dissidences qui nous ont séparé de M. Fauvel sur quelques points de l'histoire des origines et des voies de propagation du choléra, lors des discussions qui ont été engagées sur ce sujet à l'Académie de médecine et dans la presse, ne nous empêcheront pas d'apprécier, comme il mérite de l'être, cet important travail de l'éminent inspecteur général des établissements sanitaires.

Dr BROCHIN.

HOPITAL COCHIN. — M. BUCQUOY.

Aortite.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

Avant de nous occuper d'un certain nombre de cas très-intéressants, que nous avons en ce moment dans le service, je veux aujourd'hui appeler votre attention sur un fait qui s'est passé récemment sous vos yeux. Il s'agit d'une maladie que l'on n'a pas souvent l'occasion d'observer, non pas qu'elle soit rare, mais parce que sa symptomatologie est assez mal connue et passe inaperçue jusqu'au moment où, à l'amphithéâtre, on rencontre les lésions qui la caractérisent. Je veux parler de l'aortite.

En examinant les pièces anatomiques que je mets sous vos yeux, on est tout d'abord frappé du volume considérable que présente le cœur. Il est, en effet, fortement hyp[illegible] non-seulement ses parois sont épaissies, résistantes, mais la cavité gauche est elle-même considérablement augmentée de volume.

Le péricarde est également sensiblement malade. Vous pouvez en effet remarquer, vers la pointe du cœur, des cloisons membraneuses assez épaisses, qui ne sont autres que des traces de péricardite ancienne. Néanmoins, il n'existe pas d'adhérences entre les deux feuillets.

Cette séreuse présente, en outre, une autre lésion qui est surtout marquée au niveau du point où cette membrane se réfléchit sur la base de l'aorte. Elle consiste dans la présence de quelques adhérences entre l'aorte et le feuillet postérieur du péricarde, adhérences dans lesquelles se sont développées quelques petites concrétions crétacées.

Ne croyez pas que l'hypertrophie et la dilatation du cœur soient liées à une lésion bien prononcée de l'orifice mitral, comme on l'observe le plus souvent. Ici, au contraire, la valvule qui clôt cet orifice n'est pas véritablement malade : c'est à peine si elle offre un léger épaississement de ses bords.

C'est dans l'état de l'aorte, qu'il nous faut par conséquent chercher la raison du développement de la cavité du ventricule et de l'épaississement de ses parois.

L'aorte, en effet, présente une teinte rouge extrêmement vive, framboisée. La membrane interne de ce vaisseau, fortement vascularisée, est parsemée de plaques jaunâtres de dégénérescence athéromateuse. Et ce n'est pas seulement la membrane interne du vaisseau qui est malade; l'aorte elle-même est atteinte dans son épaisseur et ses parois. Si, en effet, vous remontez vers l'orifice aortique, vous pouvez voir que

dans la portion ascendante du tronc artériel, l'altération athéromateuse est infiniment plus prononcée, que ses parois sont notablement épaissies, et qu'en ce point la vascularisation est beaucoup plus marquée.

Mais ce n'est pas la seule lésion que l'on rencontre dans cette portion ascendante de l'aorte. Le tronc artériel, dans cette partie de son étendue a encore subi une dilatation très-notable, que vous pouvez suivre jusqu'au niveau de l'orifice aortique. Cette augmentation de volume est telle qu'en ces points le calibre de l'aorte mesure environ 15 centimètres.

J'ajouterai enfin à ces détails anatomiques, la présence d'un caillot qui a ici une importance considérable, non-seulement au point de vue des lésions vasculaires, mais encore au point de vue du mode de terminaison de la maladie qui nous occupe. Sous l'influence du dépoli de l'aorte, dans sa portion ascendante, le sang s'est, en effet, coagulé de manière à former un caillot fibrineux couché dans la dilatation, et se prolongeant en haut et en bas, sous forme d'un coagulum noir, qui s'est évidemment formé dans les derniers temps de la vie.

En présence de cet état d'altération de l'aorte, on ne saurait conserver le moindre doute sur la nature des lésions que nous avons sous les yeux. Il s'agit certainement d'une aortite, c'est-à-dire d'une inflammation franche de l'aorte, et je ne doute pas que si nous faisions l'examen microscopique, nous ne trouvions, en très-grand nombre, de ces noyaux embryonnaires qui sont, comme vous le savez, pour ce genre de tissu, l'élément anatomique de l'inflammation.

Venons maintenant à la malade qui fait le sujet de cette observation. C'était une femme de cinquante-cinq ans, qui exerçait la profession de femme de ménage. Sa santé avait toujours été bonne, quand, il y a dix-huit mois, elle ressentit les premiers symptômes de la maladie dont je vous entretiens. Je l'ai interrogée avec le plus grand soin, et je n'ai trouvé dans ses antécédents aucune circonstance particulière qui fût de nature à m'éclairer sur les causes de sa maladie : l'étiologie nous échappe absolument. Cependant, d'après son récit, il semblerait que l'affection dont elle était atteinte fut survenue sous l'influence d'une cause accidentelle. A la suite d'une grande fatigue, cette femme fut prise tout à coup d'une sensation d'étouffement particulière, se reproduisant par accès, de loin en loin. Au bout de six mois, vint se joindre à ce premier symptôme une sensation douloureuse derrière le sternum, qui, lors des crises de suffocation, se manifestait du côté de l'épaule droite, irradiant même jusqu'au sein. Enfin, dans ces derniers six mois, la malade était dans un état de gêne tel qu'elle ne pouvait rester couchée. En même temps, elle était prise de crises de plus en plus rapprochées, extrêmement douloureuses, durant environ une dizaine de minutes, et bientôt suivies d'une véritable angoisse et d'une oppression particulière.

Cette malade, en outre, nous frappait par son apparence extérieure. Elle avait l'aspect d'une femme de condition assez robuste, mais elle présentait une pâleur toute spéciale, non pas seulement sur la face, mais sur tout le corps, pâleur telle que je crus tout d'abord avoir affaire à une albuminurie, bien qu'il n'existât aucun œdème des extrémités. On voyait en outre, du côté du cou, les artères battre avec une notable violence, avec une impulsion toute spéciale. Ce n'était pas ce battement veineux qui s'observe dans l'insuffisance tricuspide, et qu'on désigne sous le nom de pouls veineux; c'était un soulèvement en masse, témoignant par conséquent que c'était du côté des artères que se passait cette impulsion. En outre, le pouls radial était dur, bondissant et présentait les caractères du pouls de Corrigan; mais il était sensiblement moins développé à droite que du côté gauche. La même dureté, la même impulsion, se remarquaient dans les battements de la crurale.

En présence de ces symptômes, il était important de s'assurer en premier lieu de l'état de la circulation. En pratiquant l'examen du cœur, on constatait tout d'abord l'hypertrophie et la dilatation dont je vous ai entretenus au début de cette leçon : la pointe battait fortement dans le sixième espace intercostal; la surface de matité était très-étendue. A l'auscultation, on percevait à la pointe et au premier temps un souffle systolique, qui pouvait être attribué jusqu'à un certain point à une insuffisance mitrale, mais qui, au lieu de se propager du côté de l'aisselle, était, au contraire, assez circonscrit.

Du côté de la base, les signes que l'on observait étaient beaucoup plus importants. Au tiers supérieur du sternum, un peu à droite, au niveau de l'orifice aortique, il existait un double bruit de souffle. Bruit de souffle au premier temps, bruit de souffle au deuxième temps. Plus on avançait en remontant à droite vers la clavicule et l'articulation sterno-claviculaire, plus ce souffle augmentait d'intensité. En même temps, on percevait un double battement, comme s'il y eut eu deux cœurs, un sous le sein gauche, un autre sous la première articulation chondro-sternale du côté droit.

Durant tout le mois qui suivit son entrée, cette femme resta dans cet état, sans que rien pût l'améliorer. A ce moment, elle eut un peu de bronchite, et quelques jours après, elle fut prise de douleurs extrêmement vives dans le côté gauche. Ces symptômes marquaient le début d'une pleurésie qui n'augmenta pas rapidement, il est vrai, et qui ne nous causa aucune espèce de préoccupation en raison du peu d'étendue de l'épanchement et de l'absence de tout mouvement fébrile.

Enfin, quelques jours plus tard, cette femme venait de prendre son repas accoutumé dans son fauteuil, quand elle s'affaissa subitement. Elle était morte.

Le diagnostic de cette affection présentait d'assez sérieuses difficultés. Tout d'abord, je vous ai dit que la pâleur excessive de la malade m'avait fait croire à l'existence d'une affection rénale, mais l'absence complète d'œdème aux extrémités, l'absence d'albumine dans les urines éloignaient cette idée.

Du reste, c'était évidemment du côté du cœur et des vaisseaux qu'il fallait rechercher la raison de l'état grave que présentait cette malade. En présence de l'hypertrophie du cœur, du souffle qui se produisait à la pointe, on pouvait être arrêté par l'idée d'une insuffisance mitrale. Mais l'insuffisance mitrale ne marche pas ainsi; elle donne lieu, quand elle est arrivée à la période cachectique, à des congestions des extrémités, du foie, qui n'existaient pas chez cette femme.

D'un autre côté, le double bruit de souffle, au premier et au deuxième temps, qu'on observait à la base du cœur, pouvait en imposer pour un rétrécissement avec insuffisance aortique. Mais alors, c'est au lieu de production du souffle qu'a lieu le maximum du bruit. Or, chez notre malade, c'était en remontant vers la clavicule qu'il acquiérait sa plus grande intensité. En outre, s'il en eut été ainsi, nous aurions eu le souffle aspiratif du deuxième temps, et nous l'aurions vu se propager en descendant vers la pointe du sternum.

Mais en remontant plus haut, au niveau de l'articulation chondro-sternale droite, et surtout au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire, on trouvait bientôt les signes indiquant une lésion de l'aorte : un double battement, un double bruit de souffle.

Qu'était donc cette lésion, sinon une dilatation du vaisseau ou une tumeur anévrysmale?

Or, on ne pouvait s'arrêter longtemps à cette idée d'une tumeur anévrysmale. Quand, en effet, un anévrysme siége dans la portion supérieure de l'aorte, on peut toujours le trouver; il s'accuse alors par de la matité plus ou moins étendue, par des soulèvements, des frémissements vibratoires. Chez notre malade, il n'existait de l'anévrysme de l'aorte que le double bruit de souffle, sans le moindre phénomène de compression.

L'affaiblissement, la diminution du pouls radial, à droite, pouvait seule nous arrêter dans notre diagnostic; mais il est établi qu'on peut trouver le pouls diminué d'un côté, sans que pour cela on ait affaire à une tumeur anévrysmale. Il suffit pour cela que l'artère sous-clavière correspondante soit en partie oblitérée par une plaque calcaire.

On ne pouvait donc ici méconnaître la nature de l'affection, puisque l'observation des signes physiques nous amenait naturellement à éliminer l'existence d'une affection du cœur et à reporter le diagnostic sur une lésion bien déterminée de l'aorte. Chez cette femme, toutefois, nous n'avions qu'un élément de diagnostic, la dilatation de l'aorte et rien de plus.

Quels sont donc les symptômes à l'aide desquels on peut faire le diagnostic de cette maladie? Le premier et le plus important, c'est cette sensation particulière d'étouffement, d'oppression, que je vous ai signalée chez notre malade. Certains individus peuvent, pendant un certain temps, présenter un simple état de gêne, mais le plus ordinairement et dans la forme grave, vous verrez se manifester de véritables accès angoissants, qui nécessiteront jusqu'à un certain point le nom d'*angor pectoris*. Ce sentiment de déchirure, d'étouffement, s'accompagne ordinairement de douleurs qui, chez notre femme, irradiaient du côté de l'épaule et du sein, mais que j'ai vus dans certains cas se propager dans le bras et même dans le foie.

Un deuxième phénomène, qui appartient très-souvent aussi à la maladie que je vous décris, c'est la pulsation particulière des artères du cou. Ce symptôme, comme le précédent du reste, est loin d'être pathognomonique, car on perçoit souvent chez les individus dont l'aorte est malade, de ces battements qu'on a désignés sous le nom de danse des artères. Cette impulsion particulière, quelle que soit d'ailleurs la cause qui la produise, tient à la diminution notable de la pression sanguine dans les vaisseaux.

Enfin, un troisième caractère qui appartient généralement à ce genre de maladie et qui, pour moi, est d'une importance capitale, c'est la pâleur extrême des téguments. Quand il s'agit d'une maladie du cœur, la face est ordinairement cyanosée. Si certains cardiopathes pâlissent, ce sont ceux qui sont affectés d'un rétrécissement de l'orifice aortique, mais aucun ne présente cette pâleur à un degré aussi avancé que les individus atteints d'aortite. Chez eux, elle est due à ce que le sang, en passant dans le canal aortique, ne circule pas facilement dans toute l'étendue malade, et que la circulation périphérique cesse de se faire d'une façon suffisante.

Une complication extrêmement fréquente de l'aortite et dont notre malade nous a offert un exemple, c'est la péricardite. Elle est liée à la propagation de l'inflammation du canal artériel, laquelle, traversant l'aorte à sa base, se transmet au péricarde.

Ces malades meurent le plus ordinairement subitement, par asphyxie ou par syncope. Chez notre malade, la mort a été déterminée par la présence de ce caillot fibrineux dont je vous ai parlé. Quand il devient trop volumineux, quand il présente à la circulation un obstacle trop considérable, le malade succombe, comme cette femme, dans une syncope.

Qu'y a-t-il à faire aux individus atteints d'une affection de cette nature? Faut-il les considérer comme condamnés d'avance et se déclarer impuissants en présence d'un tel état? Non. L'aortite n'est pas toujours aussi intense; souvent elle ne procède que par des poussées progressives. J'emploie, pour combattre l'inflammation, deux modes de médications. La première consiste dans l'usage de l'iodure de potassium à petite dose. On agit ainsi sur l'inflammation qui existe dans les tissus, où elle chemine lentement, et on peut de la sorte obtenir une modification dans ce travail nutritif particulier, qui s'opère du côté des vaisseaux. Quant à la seconde médication, elle consiste dans l'emploi de révulsifs, de petits vésicatoires, de cautères volants appliqués sur l'aorte ascendante. Il m'a semblé ainsi obtenir des résultats favorables.

D'autres indications résultent des accidents qui surviennent dans le cours de la maladie. Contre les accès de suffocation, les antispasmodiques, la belladone, la jusquiame, le chloral, le bromure de potassium, vous seront d'un utile concours. Mais, comme ces médicaments n'agissent que lentement, et qu'il est des cas dans lesquels l'intervention du médecin doit être immédiate, je vous conseillerai les injections hypodermiques contre les accès longtemps prolongés. Si, par elles, vous êtes appelés au début de la crise, en très-peu de temps vous amenderez l'état du malade, parfois même, si la dose de morphine est suffisante, vous l'arrêterez subitement.

Reste le traitement à appliquer dans les cas où des complications cardiaques viennent modifier la marche de la maladie. C'est alors que les drastiques, les diurétiques, la digitale même à doses modérées, pourront être administrées avec efficacité.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Sichel.

Anomalie d'innervation de l'iris. Paralysie du nerf de la sixième paire du côté gauche, de cause spécifique avec mydriase du même côté. Guérison rapide.

(Observation recueillie par M. Henri Coursserant, chef de clinique.)

La troisième paire, en fournissant sa racine motrice au ganglion ophthalmique, tient ainsi sous sa dépendance les fibres musculaires du sphincter de l'iris. Mais il arrive quelquefois que cette racine lui vient du moteur oculaire externe. Cette anomalie souvent signalée dans les dissections a été plus rarement observée sur le vivant. C'est ce qui nous engage à publier l'observation suivante :

Le nommé Jean S..., âgé de vingt-six ans, domestique à Lagny, se présente le 3 mai 1875, à la clinique du docteur Sichel. C'est un homme vigoureusement constitué, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il n'a jamais été gravement malade ; la seule affection que les anamnestiques nous révèlent, est un chancre induré, contracté en 1872, et suivi de toute la pléiade des symptômes secondaires habituels. Ceux-ci cédèrent rapidement à l'administration d'un traitement approprié prescrit, à cette époque par un médecin de la localité.

Vers le milieu du mois de mars 1875, en se réveillant, le malade fut tout étonné de voir les objets en double, et de constater que la pupille du côté gauche était beaucoup plus large que celle du côté droit. Effrayé de ces symptômes il ferme alternativement les deux yeux, et il constate que séparément il voit parfaitement de chaque œil, lorsqu'il regarde au loin. Lorsqu'il veut regarder de près, pour lire par exemple, la vue, très-distincte du côté droit, est considérablement brouillée de l'œil gauche; s'il veut regarder avec les deux yeux, il est pris subitement d'une sorte de vertige; il se condamne donc à l'occlusion de l'œil gauche pour vaquer à ses occupations. Le quatrième jour après le début de l'affection il remarque que son œil gauche louche fortement en dedans; il continue néanmoins à

travailler avec son œil droit seul, espérant voir disparaître spontanément les accidents. Ce n'est que lorsqu'il constate que la diplopie fait des progrès incessants, et le gêne au point de le faire tomber, qu'il se décide à venir consulter.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la forte déviation de l'œil en dedans, déviation qui mesure environ 6 millimètres. Lorsqu'on fait fixer au malade un objet sur la ligne médiane à trois pieds de distance, et qu'on déplace cet objet dans le plan horizontal de la droite vers la gauche, on constate que c'est à peine si cet œil peut atteindre la position médiane.

Si maintenant on place au-devant de l'œil droit un verre dépoli, et qu'on force l'œil gauche à entrer en fixation, on est frappé de voir que la déviation de l'œil droit présente maintenant et mesure une amplitude presque double de celle que présentait l'œil gauche au début de l'examen. La déviation secondaire est donc de beaucoup supérieure à la déviation primitive.

Si on examine les phénomènes fournis par la diplopie homonyme, on s'aperçoit que l'écartement des doubles images, mesuré à 3 mètres, est de près de 2 mètres 50, écartement qui augmente encore d'une façon sensible lorsqu'on porte l'objet fixé vers la gauche.

Si on invite le malade à clore l'œil droit et que, lui faisant fixer un objet qu'on lui présente de la moitié supérieure gauche du champ visuel, on lui dise de saisir brusquement cet objet, le malade porte la main en dehors de l'objet, c'est-à-dire plus à gauche que le lieu occupé par cet objet. L'image de l'objet est donc située dans un point de l'espace différent de celui qu'il occupe réellement; il y a donc fausse projection.

Lorsque, poussant encore plus loin l'expérience, on invite le malade à se diriger rapidement, en fermant l'œil droit, vers l'extrémité de la salle, à 6 ou 7 mètres environ, on le voit bientôt, au bout de quelques pas, chanceler et manquer de tomber du côté gauche.

Enfin, en portant l'examen sur la pupille de l'œil gauche, on remarque que cet orifice présente une dilatation *ad maximum*. De forme régulière, elle mesure 9 millimètres 1/2 de diamètre, tandis que celle du côté droit n'en mesure que trois à peine. L'iris du côté malade ne se montre plus que sous la forme d'un étroit liseré. Le malade affirme de la façon la plus nette et la plus catégorique qu'il n'a jamais employé pour cet œil aucun collyre, et qu'il n'a pas non plus manié de substances capables d'amener la dilatation pupillaire.

En présence de ces faits, M. Sichel conclut à une paralysie complète de la sixième paire, d'origine syphilitique, et à une mydriase paralytique due à une innervation anormale de l'iris, provenant de ce que la racine motrice du ganglion ophthalmique est ici fournie par le nerf de la sixième paire au lieu de l'être par la troisième.

M. Sichel fait en outre remarquer qu'on observe du reste quelquefois une autre anomalie non moins intéressante, par suite de laquelle, lors de paralysie complète de la troisième paire, bien que tous les autres symptômes existent, la dilatation de la pupille manque, ce qui est dû alors à ce que certains nerfs ciliaires, au lieu d'être fournis par le ganglion ophthalmique, émanent directement de la sixième paire.

L'acuité visuelle mesurée à distance chez notre malade donne pour les deux yeux séparément $S = \frac{20}{20}$.

Si l'on vient à placer devant l'œil paralytique le verre concave le plus faible $-\frac{1}{72}$ la vision, distincte à distance jusque-là, disparaît.

De près cet œil ne peut lire aucun caractère; mais la lecture devient très-bonne avec l'aide d'un verre $+\frac{1}{10}$. Le pouvoir accommodateur a donc complétement disparu de ce côté, et nous constatons de plus que nous sommes en présence d'un œil emmétrope.

L'examen des yeux à l'aide du miroir ne révèle aucune lésion.

Les milieux réfringents sont parfaitement transparents; les tuniques internes ne sont le siége d'aucune lésion; les papilles optiques sont absolument normales.

L'ophthalmoscope, en outre, confirme la construction emmétropique des deux yeux.

De cet examen nous concluons à l'anomalie anatomique.

On institue immédiatement un traitement antispécifique, basé sur l'emploi simultané de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour et de l'onguent napolitain en onctions, à la dose de 2 grammes par jour.

Le malade revient le 14 du même mois. Déjà après quelques jours de ce traitement, la diplopie avait en partie disparue. Nous mesurons de nouveau l'écartement des doubles images : celui-ci n'est plus que de 75 centimètres dans la ligne médiane.

Le diamètre pupillaire, le malade faisant face au grand jour, ne mesure plus que 6 millimètres. L'excursion des mouvements d'abduction de l'œil gauche est déjà sensiblement accrue. Le centre de la cornée de cet œil peut alors dépasser la ligne médiane d'une quantité notable.

Nous faisons un nouvel examen du pouvoir d'accommodation et nous voyons qu'avec $+\frac{1}{24}$ la lecture est devenue possible; tandis que $-\frac{1}{24}$ est parfaitement supporté pour la vision à distance.

On ajoute au traitement quelques sudations et quelques frictions excitantes sur le front et sur la tempe du côté malade.

Le malade revient le 27, entièrement guéri; il n'existe plus qu'une très-légère vision confuse vers l'extrême limite du champ visuel du côté gauche.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs égards :

1° Parce qu'elle est un type parfait de la paralysie du moteur oculaire externe ;

2° Parce qu'elle met physiologiquement et cliniquement en lumière l'anomalie anatomique sur laquelle est basé le diagnostic, et qui nous a permis d'attribuer, dès le premier jour, un caractère bénin à cette forte mydriase ;

3° Par la marche progressive et rapide de la paralysie vers la guérison avec retour simultané du pouvoir accommodateur ;

4° Enfin par la rareté des faits de ce genre observés en clinique.

APPLICATION DU SIPHON A LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

par E. Tachard, médecin major des hôpitaux militaires (1).

Le titre modeste de cette brochure n'indique pas d'une manière suffisante l'avantage que tout praticien peut retirer de l'emploi méthodique du siphon. L'instrument de M. Tachard n'est pas destiné à aller augmenter l'arsenal déjà si encombré des chirurgiens, pour en sortir les jours d'une opération particulière. C'est un instrument d'usage quotidien, et que les médecins adopteront dans les cas d'épanchement des cavités. Le praticien des campagnes, dépourvu d'aides, effrayé par l'achat d'un appareil aussi coûteux que fragile, adoptera avec empressement un instrument simple, d'un maniement commode, et non exposé à se détériorer.

Le dessin que nous donnons de l'appareil remplacera avec avantage une description toujours fastidieuse.

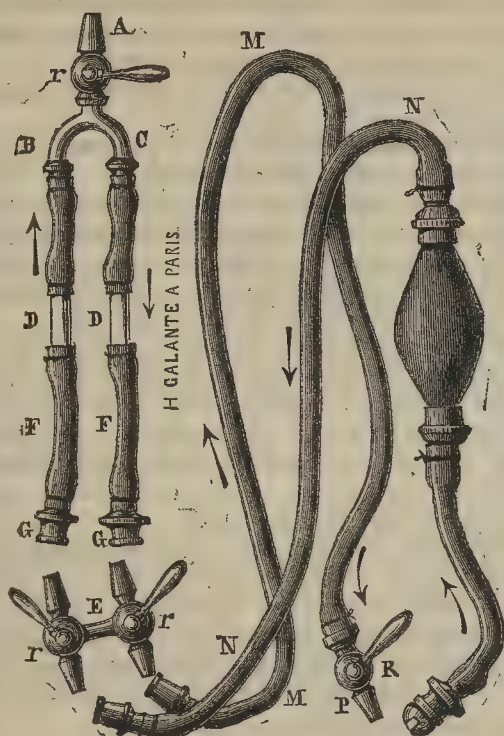
Il est facile de saisir le jeu et le maniement de l'aspirateur hydraulique amorcé.

Dans les cas de thoracentèse, on soustrait ou mieux on transvase doucement le liquide épanché. Il n'y a pas ainsi d'aspiration brusque sur les poumons, et on peut éviter les toux quinteuses et l'expectoration albumineuse. Dans les lavages de la cavité pleurale, après l'empyème, on se met à l'abri des injections brutales qui surprennent le poumon, détachent des caillots migrateurs et provoquent des morts subites.

C'est, en effet, pour les cavités à surfaces suppurantes que M. Tachard conseille son tube siphon. Le pus, comme toutes les excrétions, doit être éliminé dès qu'il est produit, afin de mettre l'organisme à l'abri des accidents que peut faire naître sa résorption. M. Tachard fait ainsi la *succion continue* des liquides pathologiques. On le voit, le mot et le procédé sont nouveaux. C'est plus qu'il n'en faut pour le succès de la méthode. Je l'ai expérimentée une seule fois, au Val-de-Grâce, et j'ai pu constater le fonctionnement parfait de l'appareil, la continuité de l'écoulement du pus. D'après M. Tachard la succion continue, ainsi faite, permet à l'aide d'une seule incision de minime étendue, de vider d'une manière complète des

(1) Paris. — Leclerc.

collections purulentes et d'assurer un écoulement constant. Le pus ne pouvant s'accumuler dans les parties déclives, les surfaces purulentes sont mises au contact et leur cicatrisation est favorisée par une hyperémie et une activité circulatoire continues.



A, Douille destinée à recevoir une aiguille tubulée.
BC, Tube métallique en U, muni d'un robinet *r*, fermé dans la figure, et de deux tubes en caoutchouc FF, terminés par les douilles GG, et portant dans le milieu de leur longueur deux index en verre DD.
E, Tubes jumeaux métalliques, assemblés par une traverse et pourvus de deux robinets incomplétement ouverts.
MP, Tube évacuateur en caoutchouc, de la longueur d'un mètre cinquante centimètres, terminé par un robinet R, et s'adaptant par une douille sur le tube jumeau.
N, Pompe foulante en caoutchouc, s'adaptant au tube jumeau, servant à amorcer le siphon ou à pratiquer des injections médicamenteuses.
Les flèches indiquent le sens du courant.

Au résumé, tous les praticiens qui ne visent pas à un traitement bruyant ou expéditif, qui ne cherchent pas dans une opération une action théâtrale et émouvante, qui modestement et sans grand apparat ne pensent qu'à soulager ou guérir leurs malades, se trouveront bien d'avoir sous la main l'appareil de M. Tachard.

A. LACASSAGNE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet deux exemplaires du nouveau règlement général de police sanitaire maritime, approuvé par décret du 22 février 1876.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

M. le docteur Conan prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté.

Le dépôt est accepté.

PRÉSENTATIONS

M. Delpech fait hommage à l'Académie, en son nom et au nom de son collègue M. Hillairet, d'un mémoire fait en commun sur les accidents auxquels sont soumis les ouvriers employés à la fabrication des chromates.

M. Bourdon, au nom de M. Saint-Vel, présente un ouvrage intitulé : *Traité clinique des maladies de l'utérus*, par MM. Demarquay et Saint-Vel.

M. Dechambre présente un ouvrage intitulé : *Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées*, par M. Diday et M. A. Doyon.

— M. Bergeron, à l'occasion de l'envoi officiel par le ministre du commerce du nouveau règlement général de la police sanitaire maritime, prend la parole pour exposer en quelques mots ce qui s'est passé au comité d'hygiène au sujet de ce règlement, dont tout le mérite, dit-il, revient à M. Fauvel, qui a su faire prévaloir au sein de ce comité sur toutes les considérations d'un autre ordre, les intérêts de l'hygiène et de la sécurité publiques.

— M. Bouley présente une pièce anatomique recueillie chez un cheval qui a succombé aux suites d'un coup de pied d'un autre cheval. Après des souffrances excessives, la formation d'excoriations multiples, cet animal est mort par épuisement.

L'examen des pièces anatomiques a fait découvrir l'existence d'une fêlure de l'extrémité supérieure de la symphyse du tibia, avec des ostéophytes et des périostoses, maladie fréquente chez le cheval, rare chez l'homme.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé national.

La liste de présentation porte *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Favre, Leudet et J. Roux.

Sur 68 votants, majorité 36.

M. Favre a obtenu.	46	voix.
M. Leudet —	14	—
M. J. Roux —	7	—
Un billet blanc	1	

En conséquence, M. Favre est proclamé élu.

RAPPORTS

M. Lefort au nom de la commission des eaux minérales, lit plusieurs rapports sur des demandes en autorisation d'exploitation de sources récemment découvertes.

Les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. Personne au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

M. Larrey, à cette occasion, réitère la proposition qu'il a déjà faite de dispenser l'Académie d'entendre à l'avenir ces rapports sur des propositions presque toujours sans aucune valeur, laissant à la discrétion de la commisson et de son rapporteur, qui ont la confiance entière de l'Académie, le soin de répondre en son nom aux demandes d'avis de l'autorité.

La proposition de M. Larrey sera examinée par le conseil.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission d'élection sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE

Note sur l'ostéotomie dans le traitement des courbures rachitiques. — M. J. Guérin a lu, sous ce titre, une note dont nous résumons les points principaux.

L'attention des chirurgiens a été récemment rappelée sur une opération toute française, oubliée ou méconnue (Voir le Premier-Paris du jeudi 6 avril), et qui n'a dû son retour sur la scène chirurgicale que grâce à une réimportation exotique. Dans ces conditions, M. J. Guérin a cru devoir rappeler ce qu'on paraît avoir oublié.

Au mois de juin 1843, dit-il, je faisais connaître le résultat de 360 cas de difformités rachitiques, dont 46 de courbures par cal vicieux. Mon relevé portait que, sur ces 360 cas, il y avait eu 76 guérisons complètes, 49 améliorations, 48 sans amélioration, et 233 non traités ou en traitement. Parmi les cas de courbures rachitiques, les unes régulières et récentes, les autres anguleuses et résultant de cals vicieux, il y avait eu des guérisons obtenues : 1° par un simple traitement général et sans appareil; 2° par ce traitement secondé d'ap-

pareils mécaniques; 3° par la rupture et le redressement extemporané des os courbés; 4° enfin par l'ostéotomie.

Après cette rectification historique, ajoute M. Guérin, deux points plus importants pour la science et l'art restent à régler. Les chirurgiens étrangers qui m'ont emprunté ma pratique, ont négligé d'en emprunter les principes qui en motivent et règlent l'application.

L'idée de l'ostéoclasie ou redressement extemporané des courbures rachitiques anciennes a été suggérée à M. J. Guérin par la connaissance de ce fait anatomique qu'il avait établi depuis longtemps, savoir : qu'à la seconde période du rachitisme les os sont le siége d'un travail d'ossification nouvelle, en vertu de laquelle les lamelles de l'ancien os sont plus ou moins dédoublées et réduites à des parcelles peu consistantes; tandis qu'une substance de nouvelle formation spongieuse, élastique, forme la plus grande partie de la trame de l'os et devient plus tard le siége de dépôts calcaires qui lui restituent sa résistance normale.

Voilà ce qui marque et précise le domaine de l'ostéoclasie.

Voici maintenant quelles sont les indications de l'ostéotomie.

Avant d'arriver à la troisième et à la quatrième période du rachitisme, la période d'éburnation, où le tissu osseux a acquis une consistance et une résistance supérieures à celles des os les plus sains et les plus complétement développés, il existe au niveau de l'angle de la fracture un tissu fibreux spongoïde, résistant, élastique, au centre duquel sont placées les lamelles de l'ancien os. C'est ce tissu trop consistant et trop peu extensible pour céder aux efforts de redressement qui est le terrain type de l'ostéotomie. Par la section partielle sous-cutanée de l'os, après la section préalable des muscles, on parvient en ce cas à faire céder la portion la plus résistante de la concavité de l'angle, tandis que la moitié correspondante à la convexité est conservée intacte.

M. J. Guérin formule en ces termes, les différences entre sa manière de faire et celle de ses imitateurs :

1° Ils appliquent indistinctement l'ostéotomie rachitique à toutes les périodes de la maladie, mais principalement à la période d'éburnation. A cette période je ne l'applique jamais; je ne l'applique qu'aux autres périodes, et aux cas de ces dernières qui sont réfractaires aux trois premières méthodes.

2° Ils enlèvent une partie de la convexité de la courbure, d'où résulte une somme de raccourcissement de l'os réduit par son redressement à la longueur de la corde de la courbure redressée. Par la section de la concavité de la courbure, au contraire, j'obtiens un allongement de l'os, résultant du redressement de la courbure, c'est-à-dire sans réduction aucune de sa longueur normale.

3° L'opération pratiquée avec la gouge et le maillet, laissant une plaie exposée ou mal réunie, est susceptible d'entraîner tous les accidents que l'ostéotomie sous-cutanée évite presque à coup sûr.

4° Enfin, à considérer l'ostéotomie comme ressource ultime dans les cas de courbure éburnée, il y aurait encore à préférer la section de l'os par la concavité de la courbure en vue de n'avoir aucune perte de substance, et par conséquent en vue de restituer à l'os redressé toute sa longueur.

Mais, comme complément de l'ostéotomie, et même de l'ostéoclasie de la façon dont je les pratique, j'ai reconnu indispensable la myotomie ou la ténotomie des muscles et tendons agents de la courbure, et raccourcis consécutivement à cette dernière.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV

Outre les chaires ordinaires que nous venons d'énumérer, il y a six chaires extraodinaires qui complètent l'enseignement clinique.

Une de ces chaires extraordinaires est consacrée à l'enseignement de l'histologie : trois leçons d'une heure par semaine, avec présentations de pièces; cet extraordinaire est chargé de diriger les travaux pratiques des élèves plus exercés aux manipulations microscopiques.

Une autre chaire extraordinaire est consacrée à l'enseignement de la pathologie comparée; les leçons de ce semestre ont trait à l'étude des maladies infectieuses chez l'homme et les animaux, avec expériences et démonstrations. Deux leçons par semaine.

Une troisième chaire est destinée à la clinique des maladies des enfants. Leçon clinique d'une heure tous les jours.

Un professeur extraordinaire enseigne la gynécologie; trois leçons cliniques, trois leçons théoriques par semaine.

La médecine légale est enseignée par un professeur honoraire, le docteur Martin, attaché aux tribunaux de la ville et du cercle : quatre leçons théoriques de médecine légale par semaine; tous les jours exercices pratiques (recherches des poisons, études des taches, etc.), ayant trait à la médecine légale de onze heures à midi.

Le directeur de la clinique des maladies des enfants est un professeur honoraire : clinique et leçons théoriques tous les jours.

La Faculté de médecine de Munich compte même parmi ses professeurs honoraires un dentiste (on ne peut en vérité pousser le culte de la spécialité plus loin). M. le professeur docteur Koch (Hofzahnartz), fait deux leçons (*privatim*) par semaine sur les maladies des dents et de la bouche.

Comme toutes les spécialités, cette branche restreinte (restreinte le plus souvent par le cercle des études de ceux qui s'y livrent), cette branche de la chirurgie a en Allemagne de nombreux adeptes: toutefois le grade d'officier de santé n'existant pas ici, les élèves en médecine qui veulent se livrer au métier de dentiste sont obligés de prendre le grade de docteur et de se soumettre ainsi au programme entier des études médicales (1).

Venons maintenant à l'enseignement donné par le corps des docenten.

Les lacunes laissées dans l'enseignement officiel sont généralement remplies par quelques-uns de ces jeunes professeurs. C'est ainsi que nous n'avons point eu à citer de chaire pour l'enseignement de la physique médicale. Un professeur extraordinaire à la Faculté de philosophie professe cette science, comme docent, à la Faculté de médecine : quatre leçons par semaine, et exercices pratiques, maniement des instruments (pour les élèves les plus avancés). Le même professeur ne s'en tient pas à l'enseignement de la physique, il fait aussi des leçons d'anthropologie, et de psychologie physiologique : quelque louable que soit ce zèle, l'on ne peut d'ailleurs s'empêcher de penser qu'il y a, de la part de cet honorable extraordinaire-docent, un luxe d'enseignement un peu trop grand; il est douteux que, à vouloir enseigner tant de matières différentes, on les enseigne toutes d'une manière complète et vraiment fructueuse.

C'est du reste un abus très-fréquent dans les universités allemandes que cette prodigalité de cours, et de leçons sur des matières où le professeur se trouve attiré par son goût, sa fantaisie personnelle, souvent plus que par un dessein très-raisonné d'utilité d'enseignement. Ceci est surtout vrai pour les Facultés de philosophie qui cor-

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 avril.

(1) Ce n'est point manquer au sérieux que doivent conserver des notes sur cet intéressant sujet de l'enseignement de la médecine outre-Rhin qu'ajouter, que si les Allemands n'ont point d'officiers de santé pour dentistes, les docteurs qui se livrent à cette honorable spécialité trouvent de redoutables et habiles concurrents en la personne des *barbiers*. Après avoir passé un petit examen sur la matière, les barbiers allemands en général, et Munichois en particulier, sont autorisés à se livrer à la pratique de la petite chirurgie : tout comme le héros de Beaumarchais, ils saignent, et rasent, et purgent, et font *in animâ vili* toute médecine populaire. A Munich, les échoppes portent sur leurs volets les plus attrayantes invitations :

Ici : Chirurgische, Verrichtungen werden *aufs Beste* besorgt. Frische Blutegel sind immer vorraethig.

Là : Frisiren, rasiren, haarschneiden und chirurgische Verrichtungen werden auf *das Beste* besorgt.

Et plus loin : Zaehne werden gereinigt, Zahnschmerz beseitigt, cariose Zaehne ausgerissen.

Rien ne manque : raser, friser, pose de sangsues fraîches, extraction de dents, exécution *parfaite* (auf das Beste) d'opérations chirurgicales.

On nous excusera d'avoir cité ce petit détail : c'est un des côtés des mœurs de médecine populaire locale.

respondent à nos Facultés de sciences et de lettres réunies, il s'y fait une multitude de cours qui, à notre sens, éparpille beaucoup l'attention des élèves; dans les Facultés de médecine il n'en est généralement point ainsi. Nous reviendrons du reste sur ce sujet en parlant du programme général des études en Allemagne et en Autriche, mais les prodigalités du docent extraordinaire, qui s'est chargé ce semestre de l'enseignement de la physique médicale nous remettait, malgré tout, en mémoire, cette judicieuse observation de Gœthe : « En général dans les universités, on s'occupe de beaucoup trop de choses, de beaucoup de choses un peu vaines. Chaque professeur donne à sa spécialité une extension abusive et dépasse considérablement les besoins de ses auditeurs (1) ». Gœthe avait d'ailleurs sûrement en vue les Facultés de philosophie.

Un professeur à l'école vétérinaire, fait comme docent des leçons de médecine et d'hygiène vétérinaires.

Des docenten s'occupent de l'enseignement des maladies syphilitiques (deux leçons par semaine), et des maladies de la peau (deux leçons par semaine); de la laryngo-rhinoscopie (huit leçons par semaine), deux docenten s'occupent de cette spécialité; de l'otologie. D'autres font des cours et des cliniques de médecine et de chirurgie.

Les parties de l'enseignement médical, particulièrement les sciences accessoires qui ne sont pas professées à la Faculté de médecine trouvent dans la section scientifique de la Faculté de philosophie une large place.

La minéralogie et la géologie (exigées pour l'examen préparatoire en Allemagne,— correspondant à peu près à notre premier de fin d'année —), sont enseignées dans des chaires ordinaires.

La physique, enseignée par un docent à la Faculté de médecine, l'est par un ordinaire à la Faculté de philosophie.

M de Siebold enseigne ici aussi la zoologie; il y a cumul, comme nous dirions en France, de la part de ce maître.

La botanique a deux chaires ordinaires; la chimie est dans le même cas. Nous avons noté l'absence de la chaire de botanique à la Faculté de médecine, et vu en même temps que le professeur de pharmacologie s'était chargé d'une partie de l'enseignement de la chimie.

Le docent, dont nous parlions plus haut, reproduit ici comme extraordinaire ses cours d'anthropologie et de psychologie physiologique.

Enfin parmi les privat-docenten de la Faculté de philosophie, il s'en trouve deux qui font des leçons d'histoire naturelle, l'un sur les cryptogames, l'autre sur les parasites des hommes et des animaux.

En parlant des leçons cliniques des docenten de la Faculté de médecine, nous avons négligé de dire que ces leçons se faisaient surtout à la *policlinique*, sous la direction de deux professeurs en titre, un ordinaire et un extraordinaire. Cette institution n'ayant point d'analogue en France et étant considérée comme ayant une valeur réelle dans l'enseignement clinique des Facultés de médecine allemande, nous lui consacrons une étude particulière.

(1) Entretiens de Gœthe et d'Eckermann.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 6 avril 1876, M. Béchade, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Versailles a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine.* — *Avis.* — Les vacances de Pâques 1876 commenceront le 16 avril et finiront le dimanche 23 du même mois. Toutefois, les cours n'auront lieu ni le vendredi 14 ni le samedi 15. Il n'y aura pas d'examens le vendredi saint, mais les jurys siégeront le samedi 15.

La bibliothèque et les musées seront fermés le vendredi saint, le jour de Pâques, le lundi 17 et le mardi 18 avril.

Ils seront ouverts à partir du 19 avril.

Les bureaux du secrétariat ne seront fermés que les 16, 17 et 18 avril.

— Au Sénat on compte six médecins, deux parmi les sénateurs inamovibles : MM. Littré et Testelin; quatre parmi les sénateurs élus dans les départements : MM. Bonnet et Charles Robin (Ain), Cazalas (Hautes-Pyrénées), Claudot (Vosges.)

A la Chambre des députés, on compte trente-neuf médecins.

Ain : MM. Tierrot (Bourg), Gros-Juran (Gex). — Aisne : M. Soye (Vervins). — Allier : MM. Laussédat (Moulins), Cornil (La Palisse). — Basses-Alpes : M. Allemand (Digne). — Aveyron : M. Mas (Millau). — Aube : M. Rouvre (Bar-sur-Seine). — Corrèze : M. Vacher (Tulle). — Corse : M. Bartoli (Sartène). — Creuse : M. Moreau (Guéret). — Dordogne : M. Albert Garrigat (Bergerac). — Drôme : M. Chevandier (Die). — Gard : M. Mallet (Uzès). — Gironde : M. Lalanne (Libourne). — Hérault : M. Vernhes (Béziers). — Isère : M. Couturier (Vienne). — Indre-et-Loire : Léon Joubert (Chinon). — Loiret : M. Devade (Gien.) — Loir-et-Cher : M. Dufay (Blois). — Lozère : M. Théophile Roussel (Florac). — Marne : M. Thomas (Reims). — Mayenne : M. Souchu Servinière (Laval). — Meuse : M. Liouville (Commercy). — Nièvre : M. Turigny (Nevers). — Pyrénées-Orientales : M. Massot (Céret). — Rhône : MM. Durand (Lyon), Guyot (Villefranche). — Sarthe : M. Lemonnier (Saint-Calais). — Seine : MM. Frébault, Marmottan, Clémenceau (Paris); Bamberger (Saint-Denis). — Seine-et-Marne : M. Menier (Meaux). — Somme : M. Mollien (Péronne). — Vaucluse : MM. Naquet (Apt), Poujade (Carpentras). — Vendée : M. Bourgeois (La Roche-sur-Yon). — Yonne : M. Paul Bert (Auxerre).

Du protoplasma végétal (thèse d'agrégation), par le professeur De Lanessan. — In-8° de 150 pages. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

The cholera epidemic of 1873, in the united states. Washington, governement printing office, 1875. — Un fort vol. in-8° avec cartes.

Contribution à l'étude de la réduction en masse dans la hernie étranglée, par le docteur Périchon. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, V. Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Otite avec vertige. — Maladie de Ménière.

M. le professeur Hardy, dans sa leçon clinique de samedi dernier, a présenté à son auditoire un malade atteint d'une affection qui se rapproche beaucoup de la maladie désignée sous le nom de maladie de Ménière, si même elle n'en est pas un exemple, et qui, dans tous les cas, offre quelques-uns de ses symptômes principaux.

Il s'agit d'un homme qui est affecté de surdité de l'oreille gauche, avec un écoulement par le conduit auditif et de la douleur dans tout le côté correspondant de la tête.

Il y a trois semaines environ, qu'ayant eu une recrudescence de ses douleurs d'oreille ordinaires, il fut pris d'un vertige tellement fort qu'il fit une chute dans l'escalier. Ayant été relevé et ramené dans sa chambre, il s'endormit. Le lendemain matin, il éprouvait de la pesanteur de tête avec un peu d'étourdissement, ce qui le décida à entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée dans les salles de la Clinique, le 11 mars, voici ce que l'on constata. Il se faisait un écoulement séro-purulent par l'oreille gauche. La membrane du tympan présentait une injection assez marquée (myringite). Le malade accusait de la douleur dans tout le côté gauche de la tête, et notamment dans toute la région péri-auriculaire, un sentiment particulier de lourdeur, avec tendance à l'assoupissement. Le facies avait une légère expression de stupeur. Enfin les facultés intellectuelles étaient sensiblement alourdies; et lorsque le malade marchait, il avait un sentiment de tournoiement.

On a appliqué à ce malade des vésicatoires autour de l'oreille et pratiqué des injections détersives dans le conduit auditif. Sous l'influence de ces moyens de traitement, son état s'est amélioré: il souffre moins, il a moins de vertiges, son aspect stupant est un peu diminué.

Ce malade présente donc, à n'en pas douter, une otite externe et une otite moyenne. Mais cela ne suffit pas pour expliquer tous les phénomènes que l'on constate chez lui. Il est évident qu'il y a un état morbide qui se propage plus loin et qui va jusqu'aux organes nerveux centraux. Les phénomènes de lourdeur, de stupeur et de somnolence accusent manifestement une compression cérébrale. Ce n'est ni dans l'arachnoïde, ni dans la pie-mère qu'il faut chercher les phénomènes inflammatoires; tout porte à penser que c'est la dure-mère qui en est le siége. Il est extrêmement probable, en effet, que l'inflammation qui a successivement envahi l'oreille externe et l'oreille interne, se sera propagée de proche en proche à la membrane qui recouvre le rocher. Il se sera passé là un phénomène semblable à ce qui a lieu dans la maladie de Pott, où l'on voit survenir des symptômes de paralysie attestant une compression de la moelle par propagation de l'inflammation des vertèbres à la dure-mère spinale, qui deviennent alors le siége d'une pachyméningite circonscrite. Tout porte à croire qu'il en est de même ici et que les symptômes de compression constatés sont dus à l'existence d'une pachyméningite cérébrale.

Toutefois, cette interprétation ne rendrait pas encore suffisamment compte de tout ce que présente ce malade. Il y a, en effet, chez lui autre chose que des symptômes de compression, il y a un phénomène tout spécial, le vertige subit avec perte de connaissance. C'est par ce vertige que l'état de ce malade se rapproche de la maladie de Ménière. Cependant M. Hardy n'a pas cru devoir lui donner ce nom. Il n'y a encore eu qu'un accès unique de vertige. S'en produira-t-il d'autres? c'est ce que l'avenir nous apprendra.

A l'occasion de ce malade, M. Hardy a rappelé quelques-uns des faits de maladie de Ménière qu'il a eu occasion de voir, et les observations particulières qu'ils lui ont suscitées. Il a rappelé, entre autres, l'observation d'une malade pour laquelle il fut appelé, il y a trois ans, au moment où elle venait d'être prise tout à coup, en se promenant dans son jardin, de vertige suivi d'une chute violente. C'était la troisième fois que cet accident survenait, à des distances de temps assez considérables. Il s'était produit chaque fois de la même manière. Au moment où le vertige la prenait, il lui semblait que la terre s'entr'ouvait devant elle, et elle se sentait poussée par une impulsion irrésistible dans ce précipice sans fond; et par le fait, elle tombait avec violence. Pendant ses accès les plus forts, elle n'avait jamais eu une perte absolue de connaissance. M. Hardy apprit alors en l'interrogeant que, depuis le début de ces accidents, elle était sourde.

Ayant suivi cette malade pendant quelque temps, M. Hardy a vu les accidents s'affaiblir graduellement, tout en devenant plus fréquents. Elle en était arrivée à n'avoir plus de chute, mais elle conservait la sensation de la chute, sensation qu'elle

éprouvait à chaque retour vertigineux, dans quelque situation qu'elle se trouvât, debout, couchée sur son lit ou assise sur son fauteuil. Cette sensation, ainsi que les vertiges qui y donnaient lieu, se dissipèrent à leur tour. La surdité qui avait augmenté pendant la durée des grands accès, diminua aussi et redevint ce qu'elle était avant l'explosion de la maladie, c'est-à-dire une simple dureté d'oreille.

Chez cette malade, le bromure de potassium qui fut prescrit d'abord ne produisit aucun amendement. Il n'eut d'autre effet que de donner lieu à des accidents cutanés et à un affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles. Il la soumit alors à l'usage des saignées, répétées à de courts intervalles d'abord, puis renouvelées plus tard de mois en mois, et enfin en dernier lieu de six en six mois. C'est à l'emploi de cette méthode qu'il attribue la guérison qu'il a obtenue.

— Comme un cas rare marche rarement seul, à côté du malade, qui a fait le sujet de cette leçon, et dans le même service (salle des femmes), il y a en ce moment une femme également atteinte d'otite avec névralgie. Cette femme a déjà eu quelques atteintes de vertige, et, au moment où M. Hardy terminait sa leçon, on est venu l'avertir qu'elle venait d'être prise d'un accès.

Il sera intéressant de suivre ces deux malades.

Deux cas de fracture pathologique.

Il se trouve en ce moment dans les salles de chirurgie de la Clinique deux cas de fracture sur lesquels M. Broca a appelé l'attention, comme présentant entre eux des analogies intéressantes, bien qu'ils se séparent à certains égards par des différences sensibles. Il s'agit de deux de ces cas que l'on a désignés sous le nom de fractures spontanées — expression impropre — et que M. Broca propose d'appeler fractures pathologiques. Ce sont des fractures dans lesquelles il n'y a pas de proportion entre la cause et l'effet produit, et dont on ne peut comprendre la production qu'en admettant un état morbide préalable de l'os.

Les deux malades qui présentent ce genre de fracture ont eu tous deux une tumeur blanche du genou. Mais là s'arrête la ressemblance et la condition commune aux deux cas. On verra plus tard en quoi diffèrent les autres conditions.

L'un de ces malades est un jeune garçon de quatorze ans, couché au n° 20 de la salle des hommes. Il a eu une tumeur blanche à l'âge de deux ans, à la suite de laquelle le genou est resté fléchi à angle droit. Il y a deux ans (il avait alors douze ans), il se fit en tombant une fracture du tibia au tiers supérieur, du côté malade, fracture sans déplacement comme cela a lieu d'ordinaire dans les cas de ce genre. — Dans ces sortes de fractures, en effet, les fragments restent généralement en place. Mais ce qui les caractérise, c'est la tendance qu'elles ont à ne se consolider que très-difficilement. On crut, au bout de quelques mois, que la fracture était consolidée chez cet enfant. Dix mois après, elle se reproduisit au même point. Le cal avait cédé de nouveau, sous la plus légère cause, alors qu'on le croyait solide.

La première fracture avait été traitée, faute de mieux, à cause de l'ankylose du genou, par une simple application d'attelles sur la jambe. Entré à l'hôpital des Cliniques à la suite de sa deuxième fracture, ce jeune garçon a été soumis à l'application d'un appareil plâtré. — M. Broca a hésité un instant avant d'appliquer cet appareil, se demandant s'il ne vaudrait pas mieux procéder d'abord au redressement du membre, après section préalable des tendons rétractés. Mais convaincu que dans les conditions où se trouvait ce membre, la section des tendons n'aurait pas suffi pour amener le redressement, il s'est décidé à traiter d'abord la fracture dans ces conditions très-désavantageuses. Heureusement le plâtre lui fournissait un moyen de parer aux premières nécessités.

On a emboîté la jambe dans une gouttière de plâtre avec des prolongements montant au-dessus du genou, de manière à bien maintenir le membre dans l'immobilité. Le malade a été mis à l'usage des toniques et du phosphate de chaux — avec cette arrière-pensée que si le phosphate de chaux n'avait pas, dans cette circonstance, l'efficacité spéciale qu'on lui attribue, il agirait du moins dans le même sens que les toniques.

L'usage de l'appareil plâtré et du traitement indiqué fut prolongé pendant deux mois, temps présumé nécessaire pour le travail de consolidation. Un mois et demi après, M. Broca a procédé au redressement de l'ankylose après section préalable des tendons fléchisseurs, après quoi le membre redressé a été placé dans un appareil silicaté.

Quelle avait été chez cet enfant la cause de ces deux fractures produites sur le même point à un aussi court intervalle de temps? Il n'y avait eu aucune violence extérieure, aucune cause traumatique suffisante à elle seule pour produire la fracture. Dans les deux circonstances, c'est en marchant dans la chambre que la fracture s'était produite. La cause réelle ici était la prédisposition constituée par un état pathologique spécial de l'os, lequel était le siége d'une de ces ostéites raréfiantes où il se fait à la fois une dénutrition des éléments osseux, et un grand développement de l'élément vasculaire. Ces ostéites, sur lesquelles M. Broca a déjà appelé l'attention, surviennent ordinairement chez les jeunes sujets atteints de tumeurs blanches, et elles affectent principalement les os situés au-dessous de la tumeur, ainsi que cela a eu lieu chez ce jeune garçon.

Dans quelques cas exceptionnels, l'ostéite se produit au-dessus de la tumeur. C'est ce qui a eu lieu chez la malade du service dont il a été question tout à l'heure. Cette femme, âgée aujourd'hui de quarante-cinq ans, a eu, à l'âge de seize ans, il y a aujourd'hui vingt-neuf ans, une tumeur blanche du genou. Elle a fait, au mois de mars dernier, une chute dans laquelle elle s'est fracturé le fémur, sans chevauchement ni déplacement des fragments, mais avec un immense épanchement de sang qui a distendu toute la partie postérieure et inférieure de la cuisse. Cet épanchement avait été certainement fourni par les fragments du fémur, atteint de ce même genre d'ostéite, dans lequel le tissu osseux raréfié est considérablement vascularisé. C'est là une des complications fréquentes de ces fractures pathologiques.

Chez cette malade, le pronostic est grave au point de vue de la consolidation, à raison de l'ancienneté de la lésion pathologique du fémur. Il est aggravé encore par la circonstance de ce vaste épanchement.

Nous tâcherons de tenir nos lecteurs au courant de ce qui surviendra chez cette femme.

Dr Brochin.

REVUE DE LA PRESSE

Érysipèle de la face ayant débuté par le pharynx. — C'est un fait assez commun que de voir l'érysipèle de la face se propager au pharynx, en traversant les régions intermédiaires, puis de là revenir à son point de départ ou en quelque autre zone cutanée de la face, mais ce que M. le docteur Saint-Philippe s'attache à donner comme une variété nosologique spéciale, c'est un érysipèle absolument propre au pharynx, « une angine érysipélateuse essentielle et

primitive avec des caractères propres et des indications spéciales, qui, dit-il, peut bien gagner le visage, parce que l'érysipèle est, de sa nature, ambulant et vagabond, mais qui a débuté *d'emblée* dans le pharynx; qui peut y rester confiné plusieurs jours, ou encore s'étendre par en bas sur la muqueuse, dans le voisinage si redoutable des replis arythéno-épiglottique et même beaucoup plus bas. » Disons tout de suite qu'en cela, M. Saint-Philippe ne fait du reste que suivre la voie tracée par MM. Pidoux, Gubler, Dechambre, Guéneau de Mussy, et enfin par MM. Cornil et Peter.

Voici la première observation qu'invoque M. Saint-Philippe :

Mme C... est prise, le 10 juin, en pleine santé, de frisson, nausées, vomissements s'accompagnant de constipation. Langue très-chargée, pouls à 130.

Le lendemain, ces phénomènes s'étaient accentués : une céphalalgie atroce, de la dysphagie s'y étaient jointes. La gorge de la malade était le siége d'une angine érythémateuse de couleur pourpre, diffuse, et d'un aspect luisant comme de la nacre. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires étaient tuméfiés.

Le jour suivant, l'appareil fébrile était aussi intense, quelques phlyctènes se montraient sur le voile du palais et la luette, en même temps qu'un certain degré d'œdème dans les autres parties de la bouche, qui permirent à M. Saint-Philippe de conclure à l'idée d'une angine érysipélateuse. Il prescrivit une potion avec aconit et digitale, des gargarismes émollients, application de cataplasmes chauds.

Le 13, l'état de la malade s'est encore aggravé. Elle se plaint d'une sensation très-vive de brûlure, d'ardeur et de sécheresse tout le long de la gorge et dans la région sternale. Diarrhée, délire.

Le pouls, alors fréquent, devient mou, petit, dépressible; la langue sèche. En un mot, il se manifeste des symptômes d'adynamie très-accentués.

Le 14, l'état typhoïde est complet.

En même temps, les phlyctènes se sont rompues en quelques endroits, et leurs débris sont rejetés avec l'expuition sous forme de petites plaques d'un blanc jaunâtre, minces et molles.

Enfin le 18, au matin, neuf jours après le début du mal, M. Saint-Philippe découvrit, au niveau du sourcil droit, un point rouge, douloureux, tuméfié, ce qui est l'érysipèle propagé par le point lacrymal correspondant, d'où il finit par envahir graduellement toute la face. La nuit précédente, la malade avait eu une épistaxis assez abondante. Elle guérit.

Le second cas cité par M. Saint-Philippe est emprunté à la clinique de son collègue, le docteur Verdalle.

M. X... est pris, le 11 juin, de frisson, fièvre et courbature. Le pouls est à 120; la peau chaude. Nausées, vomissements, engorgement des ganglions cervicaux du côté gauche, dysphagie, tels sont les principaux symptômes qu'accuse le malade. En même temps, la gorge est d'un rouge vif, de même que le voile du palais, les amygdales et le pharynx, qui sont, de plus, déformés par un œdème assez considérable.

Cet état continue à s'aggraver le 13 et le 14, époque à laquelle le malade est pris d'épistaxis qui se répètent les jours suivants. Enfin, le 17, la rougeur érysipélateuse se montre sur les bords des narines, d'où elle gagne le nez, puis toute la face, sauf le menton.

En même temps, la respiration est irrégulière, et le pouls, petit, varie entre 120 et 140. Subdélirium, diarrhée.

Enfin, après avoir envahi les oreilles, le cuir chevelu, la nuque, la partie postérieure du cou, l'érysipèle semblait s'être arrêté, et l'on constatait une légère rémission quand, le 20, la fièvre reparut, et avec elle le délire, puis l'érysipèle, reprenant sa marche envahissante, gagnait le bras et se propageait à un vieux cautère qu'entretenait le malade. La mort survint le lendemain.

De cet exposé incomplet, M. Saint-Philippe tire les conclusions suivantes :

1° Au point de vue du diagnostic, l'observation des phénomènes locaux et généraux permettra d'affirmer, sinon d'une manière absolue, au moins jusqu'à une certaine limite, la nature érysipélateuse de l'angine. L'esprit particulier de l'érythème, qui est d'un rouge nacré, lisse, vernissé, sec, superficiel, parfois accompagné de bulles et de phlyctènes, et fréquemment d'œdème, la sécheresse de la gorge, la tuméfaction des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, joints au frisson, à la fièvre, aux nausées, aux vomissements, à la douleur épigastrique et à la constipation, tous ces signes seront autant de probabilités pour le diagnostic. Les vomissements surtout seraient pour M. Saint-Philippe un signe presque pathogénique. Ils auraient lieu ici non-seulement par action réflexe, mais ils seraient surtout déterminés par la propagation par contiguïté de l'inflammation aux voies digestives.

Enfin, la tendance des symptômes digestifs à revêtir une allure maligne, jusqu'à simuler un véritable état typhoïde, est un point digne également de fixer l'attention.

2° Au point de vue du pronostic, l'érysipèle de la face est absolument bénin. Celui de la muqueuse est beaucoup plus sérieux, car M. Cornil a constaté sept morts sur neuf cas d'angine érysipélateuse ayant marché de la face vers le pharynx. Dans l'érysipèle du pharynx, la mort a lieu par les complications auxquelles donne lieu l'extension ultérieure de la lésion : envahissement du larynx, gangrène du pharynx ou des replis arythéno-épiglottiques, bronchite capillaire, broncho-pneumonie et même phthisie galopante.

En résumé, le pronostic de l'érysipèle occupant les muqueuses est généralement grave. Toutefois, il est presque toujours favorable si, né d'une écorchure des muqueuses, l'érysipèle a gagné tout de suite la face.

Si, après avoir occupé la face, l'érysipèle envahit l'arrière-bouche et y évolue, soit qu'il ait quitté son siége primitif, soit qu'il l'occupe encore, le pronostic est très-grave, souvent mortel.

Enfin, lorsque l'érysipèle débute d'emblée dans le pharynx, sous forme d'angine très-étendue, que de là il se répand au dehors ou en envahit plus rarement les parties inférieurs, le pronostic, tout en étant très-grave, est moins souvent mortel. Dans cet érysipèle à poussée ordinairement ascendante, le danger provient surtout de l'état adynamique du malade, de la gravité des symptômes gastro-intestinaux, des hémorrhagies de la muqueuse, ainsi que d'une tendance fâcheuse à l'extinction au-delà des limites habituelles de l'érysipèle de la face.

3° Enfin au point de vue du traitement, et relativement à l'érysipèle pharyngien d'emblée, il faut éviter, dans les premiers jours d'intervenir trop énergiquement pour conserver aux malades des forces dont il aura besoin dans la suite. On évitera donc les applications de sangsues, les eméto-cathartiques, et on se bornera à prescrire des gargarismes légers et à faire la médecine des symptômes. Les toniques seront surtout d'un grand secours. Localement, les applications de collodion pourraient enrayer l'érysipèle, si après avoir envahi la face, il manifestait des tendances par trop expansives.

Rectotomie triangulaire et en étages. — M. Verneuil a préconisé, dans le traitement du cancer du rectum, la section linéaire de l'intestin, à l'aide de l'écraseur de préférence à l'ablation complète des parties cancéreuses. M. le docteur Fochier, de Lyon, a employé avec succès ce procédé opératoire en y apportant toutefois quelques modifications.

Voici le résumé des deux observations rapportées par M. Fochier :

X... entre à l'hôpital de la Charité avec tous les signes du rétrécissement cancéreux du rectum : vives douleurs, ténesme dans la région anale, expulsion de glaires sanguinolentes et fétides, alternatives de diarrhée et de constipation, etc. Le doigt, introduit dans le rectum, s'engage dans un canal induré à parois fongueuses et ulcérées par places.

Anesthésie par l'éther. Le malade est couché sur le côté droit. L'introduction d'un stylet dans le rectum démontre que le rétrécissement se prolonge dans une étendue qu'on ne peut préciser. On engage à sa place un lithotome caché dont la lame est dirigée en arrière. Une première section est ainsi faite, mais insuffisante encore pour que le doigt atteigne la limite supérieure du rétrécissement. M. Fochier déprime alors avec l'index la paroi rectale et plonge un trocart courbe sur le côté gauche du coccyx, à 2 ou 3 centimètres en arrière de la pointe de cet os. Après avoir fait pencher la pointe de l'instrument dans le rectum, l'opérateur introduit une chaîne à écraseur dans le canule. La section est faite en une demi-heure.

A ce moment, le doigt pénètre dans l'étage supérieur du rétrécis-

sement et permet de s'assurer qu'il ne mesure pas plus de 1 centimètre. Le trocart est alors renfoncé en arrière et vient ressortir dans l'ampoule située au-dessus du rétrécissement, puis la section est achevée.

La première partie de l'opération avait été faite en une demi-heure, la seconde exigea un quart-d'heure. Il n'y eut pas la moindre hémorrhagie. Pas de pansement.

Dès le soir, le malade se déclare soulagé. Dix jours plus tard, il quittait l'hôpital se croyant guéri, et se plaignant seulement de ne pas reprendre ses forces.

Françoise F... entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 38, pour un rétrécissement du rectum. Les antécédents de la malade, les symptômes que l'on observe font diagnostiquer un cancer dans cette portion de l'intestin.

La marge de l'anus est rouge, indurée. De chaque côté, on observe deux petites fistules dont l'une, profonde de 6 centimètres, est située à deux centimètres au-dessus de l'anus. On constate en outre un rétrécissement qui ne permet pas le passage du petit doigt.

L'anesthésie obtenue par l'éther, M. Fochier introduit un lithotome dans le point rétréci, dont il opère la section en retirant l'instrument. Le doigt, introduit dans le rectum, n'atteint pas encore la limite supérieure du rétrécissement. Un trocart courbe est alors plongé sur le côté gauche du coccyx, à 2 ou 3 centimètres en arrière de la pointe de l'os et une chaîne d'écraseur introduite dans la canule.

Les tiges marquent 4 centimètres; la section est faite en une demi-heure.

Le doigt permet alors de constater qu'il existe dans le rétrécissement un étage supérieur de plus d'un centimètre dont on pratique la section par la même manœuvre. Pas de perte de sang durant l'opération, pas de pansement.

Immédiatement après l'opération, amélioration sensible de la malade. Quelques jours plus tard, l'appétit est revenu et l'opérée retient ses matières. Un mois environ après l'opération, elle quitte l'hôpital.

Ces deux observations démontrent d'après M. Fochier l'innocuité relative de la rectotomie linéaire dans les rétrécissements du rectum, employé par M. Verneuil. Elles témoignent en outre de l'efficacité du mode opératoire dont s'est servi M. Fochier et qu'il propose de dénommer : rectotomie triangulaire et en étages. La section du rétrécissement par étages serait préférable à la section du rétrécissement sur toute sa hauteur, alors même qu'elle serait possible, elle permet d'éviter des déchirures des parois dont la péritonite est la conséquence. La direction du trocart, la pénétration dans le rectum sont difficiles, il est vrai, mais on rendrait ces manœuvres plus commodes en employant un trocart à manche rugueux.

Cette opération toute bénigne soulage les malades qui la préfèrent à la colotomie lombaire. Enfin, elle apporterait un soulagement efficace, peut-être une guérison durable, à certains rétrécissements fibreux qu'on ne peut vaincre par la dilatation. (*Lyon médical*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 avril 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. Paulet présente, de la part de M. Jules Huë une observation *d'abcès des cornets moyens et inférieurs*, de cause probablement syphilitique.

M. Verneuil offre, de la part de M. Eugène Blanc, une thèse *sur le pansement ouaté dans le traitement des arthrites suppurées*; et, de la part de M. Couston une thèse : *sur les effets des brûlures étendues*. Ce travail renferme des observations bien prises, desquelles il résulte que les individus qui succombent lentement à la suite de grandes brûlures, meurent par stéatose du foie.

M. Boinet, présente, de la part de M. Saint-Vel, un *traité pratique des maladies de l'utérus*, par Demarquay et Saint-Vel; et offre en son nom une brochure *sur le traitement à domicile.*

M. Terrier présente, de la part de M. Abadie, le premier volume d'un *traité des maladies des yeux.*

LECTURES

M. Delens donne lecture d'un mémoire intitulé : *De la ligature élastique dans le traitement des tumeurs épithéliales de la langue.* Ce mémoire est renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de l'auteur.

Du traitement chirurgical des adhérences du voile du palais avec le pharynx. — M. Verneuil donne lecture d'un travail *sur le traitement chirurgical des adhérences du bord libre et de la face supérieure du voile du palais avec la face postérieure du pharynx*. Ces adhérences, suites de la syphilis, ne se rencontrent pas fréquemment. On peut trouver, dans les recueils scientifiques quelques rares documents, mais il existe très-peu d'observations où la thérapeutique soit nettement indiquée et où les malades aient été suivis assez longtemps pour que l'on puisse être certain de la persistance des résultats obtenus. M. Verneuil apporte une observation complète. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle qui fut atteinte de la syphilis peu de temps après son mariage.

Les accidents secondaires se manifestèrent vers le quatrième mois de sa grossesse, qui se termina à sept mois. La malade fut traitée par M. Lancereaux pour des accidents graves et rebelles dont les récidives furent fréquentes. Au mois d'octobre 1873, un an après le début de la maladie, survint une tuméfaction considérable du voile du palais qui était violacé. Vers le bord latéral gauche il se fit une perte de substance qui fut cicatrisée. La déglutition devint extrêmement difficile et douloureuse, et la douleur persistait même en dehors de cet acte. La voix était nasonnée. Tous ces accidents se calmèrent peu à peu, mais alors il se fit une projection du voile du palais en arrière et une adhérence entre son bord libre et sa face supérieure avec la paroi postérieure du pharynx, et de grands troubles s'en suivirent. La malade ne pouvait plus respirer par le nez ni se moucher. La douleur était violente et le froid causait une recrudescence du mal. Si la malade restait couchée, le mucus nasal tombait dans l'arrière-gorge où il s'accumulait, déterminant un peu d'inflammation, et causant de la surdité; si elle se tenait penchée en avant, le mucus coulait de son nez. Son moral était gravement atteint.

C'est dans cet état que M. Lancereaux l'adressa à M. Verneuil, au printemps dernier, pour être traitée chirurgicalement. La face antérieure du voile du palais était alors sillonnée par une série de cicatrices gaufrées; les amygdales avaient disparu; les piliers antérieurs et postérieurs étaient soudés ensemble; la luette avait persisté, et une sonde cannelée glissée derrière cet organe pouvait pénétrer dans les fosses nasales par un orifice de 2 à 3 millimètres au plus Il y avait encore quelques manifestations syphilitiques; le traitement institué par M. Lancereaux fut continué et trois mois après la malade put être opérée. Elle exigea l'emploi du chloroforme.

Pour détacher les adhérences qui avaient une épaisseur de 3 à 4 millimètres au milieu, mais plus considérable sur les côtés, M. Verneuil ne put, à cause de l'agitation de la malade, se servir du couteau galvanique. Malgaigne, dans un cas pareil, ayant détaché toutes les adhérences avec le bistouri, vit une hémorrhagie violente se produire par les artères pharyngiennes qui n'avaient plus leurs rapports ordinaires. M. Verneuil se servit cependant d'un bistouri plat, à long manche, pour inciser quelques adhérences, puis dilata l'ouverture avec une pince à polype, et enfin avec les deux doigts indicateurs qui pénétraient facilement entre le voile du palais et la paroi pharyngienne. Mais la difficulté était d'empêcher les adhérences de se reformer. M. Verneuil fit un petit appareil composé de deux bouts de tubes à drainage de 6 millimètres de diamètre et de 30 centimètres de longueur, placés parallèlement, et entre lesquels trois tronçons du même tube furent attachés en flûte de Pan. Les deux chefs supérieurs furent ramenés dans les fosses nasales et fixés au-devant de la cloison. Les chefs inférieurs sortaient par la

commissure des lèvres et étaient fixés vers les oreilles. La partie la plus large était au niveau de la surface saignante. La malade avait perdu très-peu de sang.

Il y eut à la suite de l'opération une dysphagie et une salivation considérables qui se calmèrent en deux ou trois jours; mais il se faisait déjà de petites ulcérations à la sous-cloison et aux commissures sous l'influence de la pression des tubes. Vers le dizième ou douzième jour l'angine augmenta et la plaie présenta le liseré rouge et le bord violet des ulcérations spécifiques de l'arrière-gorge. Au vingtième jour il fallut enlever l'appareil, et les accidents cessèrent, mais l'adhérence se reformait. Un mois plus tard, cependant, l'index pouvait encore pénétrer dans la plaie, M. Verneuil fit alors la dilatation temporaire et progressive renouvelée trois fois par jour au moyen d'une sonde rigide volumineuse enveloppée d'un sac de caoutchouc que l'on insufflait. Bientôt, la malade se trouvant mieux, partit à la campagne. A son retour, au commencement de l'hiver, elle était dans un état de santé très-satisfaisant, mais elle n'avait pas fait exactement la dilatation et avait perdu beaucoup de ce qui avait été gagné par l'opération.

M. Verneuil l'a revue cette année, en janvier et en mars. Le voile du palais est toujours fortement porté en arrière; la luette est restée verticale; il n'y a plus d'apparence de lésion pharyngienne; une sonde uréthrale d'homme peut osciller facilement dans une ouverture qui a 12 millimètres transversalement et 6 millimètres d'avant en arrière. Depuis trois mois, il n'y a eu aucun changement.

M. Verneuil n'a pas fait connaître ce fait comme un brillant succès opératoire, mais malgré l'insuccès relatif qui a suivi son opération, le résultat thérapeutique a été excellent. La malade se mouche et peut respirer la bouche fermée; il n'y a plus de rétention du mucus, la surdité a disparu; cependant l'olfaction est restée abolie. La voix est toujours un peu nasonnée, surtout quand la malade parle vite et fort.

DISCUSSION

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, à l'occasion d'une malade qu'il avait à opérer, a recherché les faits qui avaient été publiés, et n'en a trouvé que très-peu. Hopp (de Bonn) a fait cette opération avec un succès relatif; il en a publié l'observation après avoir suivi son malade pendant deux ans. M. Maisonneuve en a observé deux cas, dans lesquels il s'est contenté de faire un trou dans la voute palatine avec un trocart. Les malades n'ont pas été suivis. M. Richet en a opéré un cas qui n'a pas été publié. Il serait intéressant de rassembler ces observations. La malade qui a été l'occasion des recherches de M. Lucas a été opérée par lui deux fois, une première dans le service de M. Tillaux, avec un succès complet; une seconde à l'hôpital Temporaire, avec un succès relatif.

C'était une jeune fille de dix-neuf ans, qui avait, depuis trois ans, un épaississement considérable du voile du palais surmontant la partie supérieure du pharynx. De douze à quinze ans, elle avait eu de fréquents maux de gorge, qui ne paraissaient pas avoir été causés par la syphilis, dont on ne trouvait aucune trace, mais la scrofule n'était pas douteuse. Au lieu de l'insensibilité caractéristique des lésions syphilitiques, il y avait une grande sensibilité de la région affectée, et il a fallu donner de fortes doses de bromure de potassium avant de pouvoir y porter des instruments. La voix était devenue nasonnée, puis elle avait cessé de respirer par le nez; elle n'avait plus d'odorat ni de goût, et elle était devenue sourde. Il y avait oblitération complète des fosses nasales en arrière par une épaisseur considérable de tissu. Une sonde, introduite par le nez, n'était sentie qu'à peine en portant le doigt sur le voile du palais. Un reste de luette indiquait seul la ligne de démarcation entre le voile et le pharynx. M. Lucas détacha les adhérences tout autour avec le bistouri, et fit passer par la bouche et par les fosses nasales deux bandes de caoutchouc, destinées à maintenir l'ouverture tout en permettant la cicatrisation, qui se fait très-bien sous ce tissu. La malade put immédiatement se moucher, respirer par le nez et sentir les aliments.

M. Lucas s'absenta alors; on retira les tubes, tout alla très-bien pendant quinze jours, puis l'oblitération revint. Au mois d'octobre suivant, la malade vint à l'hôpital Temporaire. L'oblitération était plus considérable que la première fois. M. Lucas fit une incision sur le voile du palais, puis détacha les bords sur les deux côtés, et réunit la première incision par cinq points de suture. Il obtint ainsi une large ouverture en arrière, qu'il maintint béante par deux larges rubans de caoutchouc, qui restèrent en place trois semaines. Il y eut, pendant les deux ou trois premiers jours, gonflement de la face, mais pas de fièvre. L'opérée fut nourrie jusqu'à la guérison de la plaie, avec du lait et d'autres aliments liquides. Puis le caoutchouc fut remplacé par un tube d'argent courbe, qui fut fixé aux dents, analogue à celui employé par Hopp (de Bonn). Depuis ce temps, cette jeune fille a conservé son tube; elle respire bien par le nez, sent et goûte les aliments. La surdité qui avait disparu est revenue en partie. Elle parle bien avec cet appareil, mais parle mal dès qu'elle l'ôte. Le voile du palais est transformé en une masse charnue, sans mobilité. M. Lucas pense qu'il est nécessaire, après cette opération, de conserver un appareil.

M. LE DENTU a vu le malade de M. Richet dont a parlé M. Lucas-Championnière. C'était un jeune homme qui, à la suite d'une angine syphilitique grave, eut une adhérence complète du voile du palais au pharynx. L'épaisseur des adhérences était considérable vers les bords, *ce qui semble être la règle commune*. M. Richet décolla les adhérences jusqu'aux bords épaissis, mais il s'arrêta à cause de l'hémorrhagie, et se contenta alors de faire une ponction à travers le voile du palais et d'y passer un ou deux tubes de caoutchouc. Cette demi-opération fut suivie nécessairement d'une amélioration physiologique. Le tube resta assez longtemps en place. M. Le Dentu se demande si la prolongation du séjour du tube de caoutchouc n'assurerait pas une durée plus grande du demi-succès obtenu. La rétraction cicatricielle semble s'épuiser sur les tubes de caoutchouc que l'on maintient longtemps sur une commissure dénudée. C'est ainsi que M. Le Dentu explique un succès qu'il a obtenu, il y a un an, à la suite d'une opération de syndactylie : il avait placé à chaque commissure des doigts un fragment de tube de caoutchouc, et la cicatrisation s'est faite sans qu'il y ait eu jusqu'à présent de rétraction.

M. VERNEUIL pense qu'il vaut mieux, dans ce cas, déchirer les tissus que les sectionner, à cause de l'épaisseur des adhérences et des hémorrhagies à redouter. La dilatation temporaire faite plusieurs heures par jour lui semble le moyen le plus efficace de s'opposer à la rétraction inodulaire; mais encore faut-il que les malades soient dociles et s'y prêtent. — Dieffenbach a publié une observation de cette opération. La méthode qu'il a employée ne semble pas à M. Verneuil devoir être suivie.

M. PERRIN. C'est en effet contre la rétraction inodulaire que doivent tendre les efforts des chirurgiens. M. Perrin, en présence d'un rétrécissement de l'œsophage réduit au diamètre d'une plume d'oie, fit un débridement multiple suivi de trois ou quatre séances de dilatation forcée. Il y eut immédiatement un résultat satisfaisant qui se maintint pendant les deux mois que le malade passa dans son service. C'est dans la voie des déchirures plutôt que du bistouri qu'il faut chercher à lutter contre les rétractions cicatricielles. Peut-être cependant l'électrolyse donnera-t-elle de bons résultats à cause du peu de tissu cicatriciel qu'elle produit.

COMMUNICATION

M. POLAILLON communique un cas de *déchirure spontanée d'un très-large lambeau du col de l'utérus pendant l'accouchement, suivie de production d'une fistule vésico-utérine.* — Le 14 decembre dernier, une femme de trente-six ans, primipare, ayant été rachitique dans son enfance, entre à l'hôpital Cochin avec des contractions violentes de l'utérus. La poche des eaux s'était rompue cinq jours auparavant; un médecin avait appliqué le forceps sans résultat. Au moment de l'entrée, la sage-femme de service avait constaté par le toucher, la rigidité du col et son intégrité. Pendant la nuit, la dilatation se fit rapidement, et M. Polaillon, le lendemain matin, put extraire avec le forceps, un enfant mort. Avant l'accouchement il avait remarqué un large lambeau charnu qui sortait par la vulve et qu'il excisa. C'était un fragment du col de l'utérus, long de 9 centimètres et large de 4, représentant plus de la moitié antérieure du col. La délivrance se fit naturellement vingt minutes après l'accouchement. Au toucher, il constata alors une très-légère perte

de substance du col rétracté. La malade urinait alors normalement.

Ce n'est que vingt-trois jours après l'accouchement que la malade commença à perdre l'urine en marchant; peu après, elle la perdait même étant couchée, et M. Polaillon constata l'existence d'une fistule vésico-utérine. Quelle pouvait être l'origine de la rupture? Elle n'était pas due aux manœuvres antérieures à l'entrée de la malade, puisque le col était sain à ce moment. Elle s'est donc faite spontanément probablement au moment où, pendant la nuit, la dilatation se fit. La rupture transversale de l'utérus est rare, mais on l'a observé. On l'a vu quelquefois se faire en anneau. Elle peut s'expliquer par la pression de la têtedu fœtus sur le bassin, la poche des eaux étant rompue, qui comprime le col sur les branches horizontales du pubis. Mais ce qui reste inexpliqué, c'est l'établissement tardif de la fistule, qui fut, du reste, guérie rapidement par des cautérisations au nitrate d'argent et deux ou trois applications du fer rouge. Les incisions multiples sur les lèvres du col, suivies de l'application du forceps, auraient sans doute empêché les accidents qui se sont produits.

M. GUÉNIOT. Ces faits sont encore peu connus, au moins en France. En 1872 ou 1873, M. Héry a fait une thèse *sur la rupture circulaire du col de l'utérus pendant l'accouchement*. Un travail sur le même sujet a été publié en Allemagne. M. Guéniot en a observé un cas à la Clinique. On doit les attribuer à la rigidité persistante de l'orifice, jointe à des contractions violentes de l'utérus. M. Depaul, à cette occasion, a fait remarquer qu'il existe sur l'arc antérieur du détroit supérieur des crêtes qui deviennent tranchantes sur les bassins rétrécis par le rachitisme. Quant à la disproportion des lambeaux de l'utérus, qui sont quelquefois considérables, avec la perte de substance que l'on constate après l'accouchement, elle s'explique par ce fait qu'au moment de la déchirure l'utérus n'est pas encore rétracté.

M. TILLAUX doute que les cautérisations aient été la cause de la guérison de cette fistule. Il est de règle que les fistules qui succèdent à l'accouchement se rétrécissent beaucoup d'elles-mêmes et disparaissent même quelquefois complétement. On attend généralement pour les opérer au moins six mois après l'accouchement. A un autre point de vue. M. Tillaux fait remarquer à M. Polaillon que la fistule qu'il a décrite semble plutôt une fistule vésico-vaginale qu'une fistule vésico-utérine. Il demande à M. Guéniot comment il explique une déchirure de l'utérus par compression sur les pubis, sans déchirure de la vessie qui est interposée.

M. GUÉNIOT. On peut concevoir cette déchirure par suite de la flexibilité plus grande de la vessie et d'une prédisposition de l'utérus.

M. POLAILLON n'a constaté aucune saillie anormale sur la symphyse pubienne ni sur la crête pectinéale. Il répond à M. Tillaux que la cautérisation faite peu de temps après l'accouchement ne présente pas d'inconvénient sous le rapport de la septicémie. Pour faire une opération plus complète il est aussi d'avis qu'il faut attendre au moins quatre mois.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DESPRÈS présente un malade qu'il a opéré pour une ankylose des maxillaires, suite de coup de feu. Il a pratiqué l'opération d'Esmarch, modifiée, en réséquant de chaque côté une portion conique du maxillaire supérieur. Il a obtenu ainsi une fausse articulation qui permet au malade de manger. Ce malade avait été présenté il y a deux ans à la Société avant l'opération.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Albert Brochin.

Monsieur le rédacteur,

Voulez-vous me permettre quelques observations au sujet du compte rendu que vous avez donné de la séance du 24 mars, de la Société médicale des hôpitaux.

Les pièces que M. Féréol a présentées en mon nom, proviennent d'un malade qui m'a été adressé par mon maître M. Bazin, avec le diagnostic psoriasis herpétique. J'ai montré dans la discussion qui a suivi à la Société d'hydrologie la lecture de mon mémoire sur le psoriasis herpétique et le psoriasis superunguéal que toute autre dénomination, et particulièrement celle de dermatite exfoliatrice devait être écartée dans ce cas. Or, c'est justement sous la rubrique : dermatite exfoliatrice, que la *Gazette des Hôpitaux* rend compte de la présentation de ces pièces.

Je me suis efforcé dans mon cours à l'École pratique, d'éviter les innovations de mots basées uniquement sur la prédominance d'une des phases de l'évolution d'une dermatose. Le nom du genre disparaît alors sous le poids des adjectifs qualificatifs. Dernièrement une thèse était soutenue sur l'érythème desquamatif scarlatiniforme qui comprend des affections pseudo-exanthématiques de Bazin. L'emploi de ces dénominations nouvelles apporte une grande obscurité dans l'étude de la dermatologie.

Permettez-moi, en terminant, pour montrer jusqu'où peut mener cette fâcheuse tendance, de citer un passage de Baumès (*Nouvelle dermatologie.* — Lyon 1842, page 266), qui dit après avoir décrit l'impétigo :

« C'est là ce que les auteurs appellent *impétigo*, et que j'appelle tout simplement *éruption puro-vésiculeuse agglomérée* ; ou, s'il y a en même temps rougeur inflammatoire, *éruption érythémato-puro-vésiculeuse agglomérée*; ou s'il y a en même temps rougeur et croûtes, *érythémato-puro-vésiculo-crustacée agglomérée.* »

Tout simplement !

Veuillez agréer,

Dr A. VÉRITÉ.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1875.

443. Preel. Conséquences des variations de quantité du liquide amniotique pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

444. Herbaht. De la température dans l'éclampsie puerpérale.

445. Vaussit. Des phlegmons sous-péritoneaux de la paroi abdominale antérieure.

446. Bonne. Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies.

447. Berrue. Essai sur les tubercules sous-cutanés douloureux.

448. Guillou. Recherches sur le traitement des hémorrhagies artérielles.

449. Carpentier-Méricourt. Pathogénie et traitement des hémorrhagies utérines. (Hors de la grossesse et de l'accouchement.)

450. Maisonneuve. Étude sur le camphrier de Bornéo ou *dryobalanops-aromatica*.

451. Mocquet. Essai de pneumographie pour l'étude des maladies des enfants.

452. Polin. Étude critique sur la physiologie du sommeil, ses principaux rapports avec le sommeil provoqué.

453. Laget. Étude sur le purpura simplex à forme exanthématique.

454. Rémy. De l'atrophie choroïdienne.

455. Dauzat. Étude sur l'arthrite syphilitique.

456. Franchis. De l'emploi du chlorure de zinc dans quelques affections cutanées (adénites scrofuleuses et syphilide tuberculo-ulcéreuse).

457. Riht. Essai sur la nature et la contagion de l'érysipèle.

458. Federico Kohly. De la ligature et de la section du cordon ombilical.

459. Tétu. De l'arthrite dysentérique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Trente candidats se sont inscrits pour le concours du bureau central — deux places de médecin — qui doit s'ouvrir le 20 avril. Ce sont par ordre alphabétique : MM. Carrière, Dhouppe, Danlos, Debove, Dieulafoy, Gingeot, Gouguenheim, Gou-

raud, Hallopeau, Hirtz, Homolle, Huchard, Labadie-Lagrave, Labarraque, Lacombe, Landrieux, Legroux, Lorey, Percheron, Quinquaud, Rathery, A. Renault, J. Renaut, Rendu, Ruck, Sanné, Schweich, Sevestre, Straus, Tenneson.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un concours sera ouvert le mercredi 21 juin pour la place de chef de clinique médicale. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au vendredi 16 juin. En se faisant inscrire les candidats déposeront : 1° leur diplôme de docteur ; 2° leur acte de naissance.

Les épreuves du concours consistent en : 1° une question écrite sur un sujet de pathologie interne et de thérapeutique ; 2° deux leçons cliniques après examen préalable d'un ou de plusieurs malades ; 3° deux épreuves pratiques, savoir : 1° une nécropsie ; 2° un exercice d'anatomie pathologique et de microscopie clinique ; 3° l'appréciation des titres et des travaux antérieurs des candidats.

La durée des fonctions des chefs de clinique est de trois ans ; ils entrent en exercice le 1er novembre de l'année où ils sont nommés. Ils reçoivent une indemnité annuelle de 1,000 francs.

— Par arrêté du 5 avril 1876, des concours seront ouverts à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes :

Le 6 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie. — Le 14 novembre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. — Le 20 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

— La Légion d'honneur a des représentants de tous ses grades parmi les titulaires de l'Académie des sciences : depuis les grand'-croix, dont nous trouvons 2 (côté des physiciens : MM. Chevreul et Dumas). — Grands officiers, 5 (côté des mathématiciens) : il est vrai que parmi eux nous comptons un général, deux amiraux, et un ancien directeur-général des constructions navales : ce qui pourrait à la rigueur réduire le titre de grand officier à un seul ; mais nous aurons tout dit en nommant M. Leverrier. — Commandeurs 21, dont 6 mathématiciens et 15 physiciens, et sur ces 15 physiciens, 6 médecins ! toute la section de chirurgie ! — Officiers 24, dont 12 mathématiciens et 12 physiciens. — De simples chevaliers, il y en a aussi à l'Académie ; ils sont 15 (8 mathématiciens et 7 physiciens). — Mais il y a plus fort encore, il y a *un* membre de l'Académie des sciences, non décoré. Il est vrai que ce membre, dont la modestie rappelle la violette, appartient à la section de botanique. On le nomme M. Trécul.

Les académies libres comprennent : 1 grand-croix, 1 grand-officier, 1 commandeur et 5 officiers.

Les associés étrangers sont : *commandeurs* (1 Belge et 1 Anglais), ou *officiers* (1 Anglais et 1 Prussien).

Les membres correspondants sont : *commandeurs* (1 Français et 1 Russe). — *Officiers* 14 (1 Badois, 11 Français, 1 Italien, 1 Français détaché en Perse). — *Chevaliers* 10 (tous français).

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Cours de pathologie expérimentale et comparée.* — M. le professeur Vulpian commencera ce cours le mardi 25 avril, à deux heures. Ce cours aura lieu au grand amphithéâtre de la Faculté.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le cerveau et ses fonctions, par J. Luys, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. — 1 vol. in-8° de la Bibliothèque scientifique internationale, avec figures dans le texte, cartonné à l'anglaise. Prix : 6 francs. — Paris, Germer Baillière.

Pathogénie et traitement des hémorrhagies utérines, par le docteur Carpentier Méricourt. — In-8° de 70 pages. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur les alcools par fermentation, par MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé. — In-8° de 61 pages. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Des luxations irréductibles du pouce en arrière, par M. Marcano, interne de l'hôpital Beaujon. — In-8° de 23 pages. Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

De la valeur clinique de l'amputation sous-astragalienne, par M. le professeur Maurice Perrin. — In-8° de 15 pages. Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est en train de se recruter. Elle a élu dans les précédentes séances plusieurs associés nationaux. Hier, elle a élu un membre titulaire dans la section de thérapeutique, M. Oulmont, qui a obtenu la presque unanimité des suffrages, juste récompense de ses travaux et témoignage d'une sympathie générale. Mardi prochain, ce sera le tour de la section de pathologie médicale ; puis viendra immédiatement après celui de la chirurgie, pathologie chirurgicale et médecine opératoire.

Ces élections répétées, qui sont d'ailleurs pour l'Académie un impérieux devoir, ne laissent pas que de ralentir un peu les communications et diminuer l'intérêt des séances. Deux courtes lectures seulement ont pu trouver place hier entre l'élection et le comité secret.

La première, de M. le docteur Roussel (de Genève), sur la transfusion, est un appel fait au jugement de l'Académie et en même temps un rappel des efforts que l'auteur n'a cessé de faire, depuis une dizaine d'années, pour faire prévaloir sur toutes les méthodes en essai, la méthode de la transfusion immédiate, directe, à l'abri de tout contact avec l'air, qu'il réalise au moyen d'un appareil spécial très-ingénieux ; méthode qui aurait donné, tant en ses mains qu'entre les mains des chirurgiens allemands, russes et anglais, de nombreux succès, et sur laquelle la *Gazette des Hôpitaux* a déjà appelé l'attention de ses lecteurs en 1867.

La deuxième lecture, faite par M. Larrey au nom de M. Bérenger-Féraud, a trait à une question qui a longtemps divisé les médecins de la marine, et qui a reçu, de nos jours, une solution univoque, nous voulons parler de l'identité de la colique sèche et de la colique de plomb. Une discussion, dont le résultat sera très-probablement de faire ressortir cette unanimité d'opinion, — chose assez rare pour la constater, — s'engagera sans doute mardi prochain, après la publication du travail de M. Bérenger-Féraud dans le *Bulletin* de l'Académie. Nous nous tiendrons aux écoutes.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Pneumothorax avec transposition du cœur, consécutif à la rupture, dans la plèvre, d'une excavation tuberculeuse.

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

I

Le jeune garçon que vous avez sous les yeux offre un cas de diagnostic intéressant, non-seulement par l'affection qu'il présente, mais encore parce qu'on peut chez lui, à l'aide de l'examen des signes physiques et des symptômes, arriver à établir d'une manière très-positive la nature de sa maladie.

Il toussait depuis environ six semaines ou deux mois, quand, il y a dix jours, étant à la garde-robe, il fut pris tout à coup d'une suffocation considérable, à laquelle vint se joindre, quelques heures plus tard, une sensation douloureuse dans le côté gauche de la poitrine.

Loin de diminuer, ces symptômes allant, au contraire, en augmentant d'intensité, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, nous fûmes tout d'abord frappé de sa pâleur et d'une altération de la voix qui, au dire du malade, s'est produite à peu près au même moment que la gêne de la respiration : déjà enrouée avant son accident, elle est depuis complétement éteinte. Les lèvres, les mains, les oreilles du malade présentaient, en outre, une coloration violacée semblant indiquer un certain degré d'asphyxie. La respiration était anxieuse et haletante.

En outre, en examinant avec attention la poitrine, nous remarquâmes que le côté gauche offrait une ampliation plus grande que le côté opposé. Ce phénomène, qui sautait aux yeux, était rendu plus évident encore par la mensuration.

A la palpation, on ne trouvait, relativement aux vibrations thoraciques rien de bien marqué, ce qui s'expliquait, du reste, par l'altération de la voix. Mais on constatait, à la région précordiale, là où normalement on aurait dû les percevoir, l'absence complète des battements du cœur. On les sentait, au contraire, manifestement à droite. Il y avait évidemment là une transposition complète de l'organe.

En continuant l'examen des signes physiques, du côté de la poitrine, nous trouvions, à la percussion, de deux côtés de la cage thoracique, une sonorité à peu près normale. Mais à gauche, la main qui percutait, percevait une sensation d'élasticité bien plus grande qu'à droite, élasticité comparable à celle que l'on aurait eue en frappant sur un tambour.

A l'auscultation, le murmure respiratoire était absolument

nul dans presque toute l'étendue du poumon gauche, excepté toutefois dans le voisinage de la clavicule et la fosse sus-épineuse. En ce point, à l'endroit correspondant aux grosses bronches, on percevait un souffle très-marqué, ayant manifestement le caractère amphorique. Enfin, quand on faisait tousser le malade, on constatait une résonnance également amphorique, excessivement marquée. Il semblait qu'il toussât dans une cruche.

De plus, quand on venait à percuter avec une pièce de monnaie, et qu'une personne appliquait l'oreille sur le côté gauche, celle-ci entendait d'une façon très-appréciable, un son métallique, véritable bruit d'airain.

Enfin en appliquant l'oreille à la partie moyenne et un peu inférieure de la poitrine, toujours à gauche, en même temps qu'on imprimait quelques secousses répétées au tronc du malade, on finissait par percevoir un bruit de glouglou très-manifeste, qui n'était autre que le bruit de la succussion hippocratique.

En présence de ces signes, nous avons recherché s'il n'existait pas de tintement métallique. Pour mon compte, je ne l'ai pas trouvé, mais M. Renaut, notre chef de clinique, dit l'avoir rencontré. Quoi qu'il en soit, s'il existe, ce n'est pas d'une manière constante.

Tels sont les signes sur lesquels je tenais tout d'abord à appeler votre attention.

Mais, si l'on interroge ce garçon sur ses antécédents pathologiques, on reconnaît bientôt qu'il n'est pas malade seulement depuis quelques jours. Avant que l'accident pour lequel il est entré à l'hôpital ne lui arrivât, il toussait, il avait même de la fièvre la nuit. En l'auscultant, nous avons nous-mêmes trouvé dans le poumon droit des signes qui nous expliquent la cause de la maladie actuelle, c'est-à-dire les symptômes d'une tuberculisation pulmonaire déjà avancée, à savoir, de la submatité et de gros râles humides retentissants sous la clavicule et dans la fosse sous-épineuse.

J'ajouterai à cela que, depuis son entrée à l'hôpital, ce garçon a de la fièvre, qu'il a toujours une température élevée, oscillant entre 38 et 40, que son pouls, pris au sphygmographe, présente un tracé dénotant un cœur qui se contracte mal, d'une manière incomplète, c'est-à-dire une ligne d'ascension très-peu marquée et des pulsations inégales les unes par rapport aux autres.

Étudions d'abord le diagnostic de la maladie actuelle.

Relativement à celle-ci, j'ai hâte de dire que nous avons ici tous les signes d'un pneumothorax, c'est-à-dire de la présence d'un fluide aériforme dans la cavité de la plèvre.

Nous avons, en effet, une ampliation, une élasticité plus grande de la poitrine, et si la sonorité n'est pas exagérée, c'est que ce symptôme n'est pas constant dans l'affection qui nous occupe.

L'auscultation révèle également des signes objectifs très-marqués : absence du murmure respiratoire, bruit de souffle amphorique en certains points de la poitrine, retentissement amphorique de la toux, puis bruit d'airain, qui n'existe véritablement que dans cette maladie. Enfin, si nous n'avons pas d'une manière bien marquée le tintement métallique, son absence relative peut être expliquée par ce fait que le poumon est tout à fait collé en haut de la poitrine, qu'il est réduit à un moignon et que, dans ce cas, il ne peut exister dans les bronches les râles auxquels sa production est liée. J'ajouterai encore que si la respiration amphorique n'est pas extrêmement appréciable, cela résulte probablement du peu d'ouverture qui fait communiquer les bronches avec la cavité pleurale, peut-être même à ce qu'il y a obturation complète du point de communication.

Quant au bruit de succussion, il vous démontre positivement qu'en même temps qu'il existe de l'air dans la cavité pleurale, il y a dans celle-ci une petite quantité de liquide. La faible proportion, dans laquelle il existe, explique le peu d'intensité du bruit de succussion et la nécessité de le rechercher pendant quelque temps avant de le percevoir. La présence d'un épanchement très-modéré est encore prouvée par ce fait qu'on ne trouve pas dans le tiers inférieur du poumon la matité que l'on perçoit alors qu'une proportion assez forte de liquide se trouve mélangée à l'air.

Enfin, nous avons encore une nouvelle confirmation de notre diagnostic, dans la manière dont cet accident est arrivé. Il faut, en effet, savoir que le pneumothorax débute ordinairement brusquement, tout d'un coup, par une douleur vive au côté et de la suffocation. Dans certains cas, la douleur précède la gêne de la respiration; d'autres fois, et c'est ainsi que les choses se sont passées chez notre malade, la suffocation se montre avant la douleur. Ici, la rapidité avec laquelle ces symptômes ont apparu est un signe sur lequel j'insiste pour établir l'existence d'un pneumothorax.

Le déplacement du cœur que nous observons chez ce garçon est un fait très-rare, si rare même que Laënnec n'en a pas parlé et que M. le professeur Béhier, auquel on doit une excellente histoire du pneumothorax, déclare ne l'avoir jamais constaté. Trousseau cependant en cite quelques exemples. On a de la peine à concevoir comment le cœur peut être ainsi déplacé par des gaz épanchés dans la cavité pleurale, et surtout comment ceux-ci s'y trouvent à une pression assez forte pour refouler le cœur, à la manière d'un épanchement liquide. C'est en se fondant sur ce peu de tension que M. Béhier hésite à croire aux déplacements du cœur.

J'appellerai encore votre attention sur un phénomène particulier, l'altération de la voix. Cette altération, très-marquée chez notre malade, est un fait que Trousseau surtout a signalé. On l'attribue avec raison à l'insuffisance pulmonaire. En effet, pour que la voix se produise, il faut, vous le savez, une expiration assez forte. Or, chez notre malade il n'y a, dans les poumons, pour ainsi dire, pas de place pour la respiration. Le gauche, comme je vous l'ai dit, est ratatiné, réduit à l'état de moignon, perdu pour l'hématose, tandis que l'auscultation nous a révélé dans le droit la présence d'une excavation assez étendue qui prive de ses fonctions au moins le tiers supérieur de cet organe. C'est ainsi, qu'avec l'extinction de voix, s'expliquent et la dyspnée et les phénomènes d'asphyxie que présente ce garçon. Cette insuffisance pulmonaire n'est d'ailleurs pas particulière au pneumothorax seulement. Les individus atteints de phthisie pulmonaire, les emphysémateux, les vieillards, présentent les mêmes symptômes.

Tels sont les signes diagnostiques dont je voulais vous entretenir, et qui confirment que nous avons bien nettement sous les yeux un exemple de pneumothorax avec un léger épanchement liquide à la partie inférieure de la plèvre.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Fracture comminutive du bras. — Tétanos. — Chloral. — Mort.

Par M. Sonrier, médecin principal, en retraite.

On n'a sans doute pas oublié le retentissement que la découverte du chloral eut dans le monde médical, ni les nombreuses

publications de guérisons obtenues à cette époque, ni les discussions animées qui se sont agitées autour du tétanos. L'enthousiasme monta à un tel degré que ce fut presque une révolution, la panacée philosophale était trouvée; et de tous les remèdes réputés spécifiques que nous avions vu administrer avec une si robuste confiance, que ne lassaient jamais de fréquents insuccès; de cette nomenclature si riche de pauvretés thérapeutiques qui ne nous laissaient que l'embarras du choix ou mieux le choix de l'embarras, il ne nous restait plus rien qu'à leur décerner les honneurs de l'oubli; le chloral s'avançait triomphant sur les ruines de cette thérapeutique impuissante.

Pourquoi cette faveur si prompte? C'est que le chloral a paru remplir de prime abord, les principales indications puisées dans l'étude même du tétanos et inspirées par la nature du mal : en effet, briser la rigidité tétanique de cette névrose convulsive, dompter cette tension par des efforts continus; endormir ces divagations musculaires, et puiser dans un sommeil réparateur de nouvelles forces à opposer à de nouvelles luttes, en un mot faire passer l'acuité du mal à l'état chronique; tel était le programme qu'il promettait de remplir à cette époque.

Mais aujourd'hui que la fortune tourne à tous les vents de la frivolité, cet enthousiasme, à en juger par le silence des journaux, n'a pas plus duré que l'efficacité du remède, et rien n'égale la faveur dont notre esprit mobile préconise une nouvelle idée, si ce n'est l'ingratitude oublieuse qu'il lui inflige.

Et cependant, il nous a semblé qu'il y avait exagération de part et d'autre dans l'appréciation des faits, et que le chloral ne méritait ni cet excès d'honneur ni cette indignité. Dans l'observation suivante nous avons vu le mal revenir chaque fois qu'on cessait d'administrer le remède, et disparaître sous son influence sédative. Nous dirons plus, c'est que malgré notre insuccès, nous avons cru, plus d'une fois, entrevoir à travers sa férocité domptée, et les angoisses d'une situation toujours menaçante, des espérances de guérison.

Louis R..., quatorze ans, a eu, le 27 décembre, le bras droit broyé dans les rouages d'une machine à battre le blé. Fracture comminutive, plaie énorme à la partie externe avec chairs attrites dilacérées, au fond de laquelle on voit les saillies fragmentaires de l'humérus. Pas d'hémorrhagie.

En présence de tels désordres on propose une amputation immédiate; mais allez donc parler de chirurgie radicale à un pauvre domestique : son bras, c'est son pain, mieux vaut la mort; cet argument l'emporte, et puis le privilége de la jeunesse, l'air salubre de la campagne, autant de prétextes de guérison qui plaident en faveur de la chirurgie conservatrice.

On place un léger appareil, le bras est immobilisé sur des coussins creux qui l'étreignent : glace en permanence.

28, 29, 30, 31 décembre. — État satisfaisant; douleur nulle, endormie par la stupeur locale, sommeil calme et placide, réaction physiologique normale, le pouls monte de 72 à 104, soif modérée, appétit.

1er janvier. — On renouvelle l'appareil souillé par la suppuration qui s'écoule vers le bord axillaire : direction du bras excellente; coaptation parfaite entourée de chairs raffermies et comme tassées par une légère constriction, alimentation modérée, légère réaction le soir.

Du 2 au 10 janvier, notre jeune blessé se trouve dans les meilleures conditions possibles, l'appareil dextriné, avec fenêtre externe pour l'écoulement de la suppuration, est bien supporté, légère tuméfaction de l'avant-bras : bon sommeil, appétit, langue nette, selles normales. La glace est supprimée le 4 janvier. La plaie a bon aspect et laisse voir une germination trop active des bourgeons charnus et qu'il faut réprimer, le pouls est tombé à 86. Caractère irritable, aussi s'abstient-on de le contredire en rien.

11 janvier. — En rentrant le soir, après une absence qui dure toute la journée, on nous apprend que le jeune R... a éprouvé quelques difficultés à parler avec oppression, agitation, le tétanos apparaît aussitôt dans notre esprit et la triste réalité confirmait un instant après nos appréhensions.

12 janvier. — Insomnie, facies altéré, dysphagie, trismus, raideur du cou, oppression suspirieuse, pouls à 88, langue nette, contractions douloureuses des parois abdominales que la moindre impulsion réveille. Petit flux de ventre et grosse sueur qu'à l'exemple d'Ambroise Paré nous respectons, quatre cuillerées de sirop de chloral, injection de 2 centigrammes de morphine dans les massétérs.

Amélioration immédiate, la mâchoire s'abaisse à 22 millimètres, somnolence dans la journée, quatre cuillerées de chloral dans la soirée.

13 janvier. — Assez bon sommeil, trismus revenu, facies contracté, sardonique, opisthotonos, contracture des membres inférieurs et des pieds dans l'extension, raideur générale, et comme si aucun muscle ne devait échapper à ce spasme, le sphincter vésical l'emporte sur les puissances expultrices de la vessie (anurie), et les bulbo-caverneux font jaillir une érection vigoureuse, sèche et sans conséquence.

14 janvier. — Même état que la veille, sommeil d'épuisement, cyanose plus accentuée, symptômes d'asphyxie, 44 inspirations, pouls à 100 développé, trismus, 12 millimètres, soif vive, inappétence, déglutition facile, intelligence lucide, irritabilité excessive. Contractures permanentes répandues sur tout le corps. Aucune douleur dans le bras; la plaie a bel aspect; suppuration modérée; 4 cuillerées de chloral; injections massétérines morphinées, 2 centigrammes.

15 janvier. — État très-grave; n'a plus voulu prendre de chloral. Ouvre à peine la bouche pour laisser passer des paroles faibles et inarticulées, cyanose prononcée, dyspnée profonde, pouls à 120. Sueurs abondantes : le trismus, 12 millimètres, et les doigts introduits entre les arcades dentaires se heurtent à une résistance que nul effort ne peut briser. On administre le chloral par la voie anale. Injections morphinées *ut supra*.

16 janvier, cinquième jour tétanique. — Très-bonne nuit; le chloral a fait merveille, détente générale, facies meilleur, respiration plus libre 24, pouls à 95 plus développé, lavement de bouillon avec hydrate de chloral, 5 grammes. Il y a rémission, c'est vrai, mais éphémère, et le mal enchaîné par le remède, reparaîtra aussitôt que son action sera émoussée, ses effets éteints.

Inutile de fatiguer l'attention à suivre les diverses phases de ce martyrologe, nous allons voir chaque jour les accidents, un instant dominés par la puissance de l'anesthésique, reparaître plus terribles et se précipiter dans une logique inflexible et fatale.

Douzième jour tétanique. — État plus grave, insomnie, respiration stertoreuse 44, pouls 120 faible, trismus 8 millimètres, raideur plus accentuée surtout aux jambes; on soulève le corps comme une statue, dysphagie considérable, sputation continuelle, vomiturition imprégnées de chloral, la langue se prend entre les arcades dentaires, se tuméfie et ferme la bouche, asphyxie imminente, cyanose, strabisme, respiration insensible, pouls disparu, pupille immobile et dilatée, aucun signe sur cette face livide, la vie est sourde et muette, briser cette résistance des mâchoires, ouvrir un passage à l'air en refoulant la langue en arrière, provoquer la respiration artificielle, fouetter la face avec des poignées d'eau froide, fut l'affaire de quelques secondes, mais rien ne reparaît, enfin après une minute un soupir revient des profondeurs de la mort; la sensibilité réflexe ébauche une grimace, les pulsations du cœur ramènent sur cette face livide une nuance de vitalité, la sensibilité consciente reprend possession des réalités de la vie. Il était sauvé.

A la suite de cette crise, prostration profonde, respiration 25, pouls 118 fort, trismus 22 millimètres; déglutition plus facile. On peut pour la première fois fléchir les jambes jusqu'à l'angle droit. Chloral 8 grammes.

Treizième jour tétanique. — Nuit agitée. Raideur tétanique impossible à briser, les bras ont toujours été libres, agitation plaintive, 6 grammes de chloral. Injections de morphine 2 centigrammes, amélioration rapide, sommeil toute la journée, respiration calme,

sueurs profuses, trismus 22 millimètres, 28 inspirations, pouls à 104, érections continues, déglutition plus facile; 3 grammes de chloral le soir.

Quatorzième jour tétanique. — Nuit agitée, contracture des parois abdominales. Même état général; hydrate de chloral 8 grammes, 3 centigrammes de morphine en injection. Sommeil profond de midi à six heures du soir.

Quinzième jour tétanique. — Assez bon sommeil; humeur irascible et larmoyante, voix forte, parle distinctement, déglutition facile, facies toujours sardonique, sueurs abondantes, poisseuses, appétit naissant : semoule, un œuf, vin généreux, vin de quinquina. Le soir détente générale, fléchit les jambes au-delà de l'angle droit. Respiration 28, pouls 108, trismus 10 millimètres.

Seizième jour tétanique. — Même état qu'hier, 2 centigrammes de curare en injection, 6 grammes de chloral, même régime.

Dix-septième jour tétanique. — Très-bonne nuit, mais se réveille avec une humeur chagrine, crie, demande des choses impossibles; le chloral endort cette irritabilité excessive, réveil lent, agité, mange avec avidité; puis les mêmes accidents, signalés le 12, reparaissent, et nous parvenons encore à les conjurer, mais ils reviendront encore, l'indication de la trachéotomie nous est imposée, mais allez donc proposer, dans nos campagnes, d'ouvrir le cou à un enfant, par une opération qui n'est, rien moins qu'efficace, on ne manquera pas de dire que vous l'avez égorgé. Nous le laissons donc sans défense en face d'une menace d'asphyxie. Le chloral, donné dans la journée, est suivi de sommeil, mais à son réveil une dernière syncope survient qui emporte notre pauvre malade, mais après l'accident. Après dix-sept jours de tétanos, alors que la plaie était presque fermée, et la fracture consolidée.

C'est le huitième cas de tétanos qu'il nous a été donné d'observer, dans notre carrière médicale, cinq pendant la campagne d'Italie, un en Afrique, et le reste en France. Faut-il ajouter que nous n'avons obtenu qu'une guérison? C'est chez une femme du camp de Châlons qui fut piquée par un clou à la région plantaire, et traitée par notre aide-major, M. Aron; mais la complication, localisée aux masséters et à quelques muscles du cou, fut si bénigne, qu'il nous fut facile, avec le chloral à haute dose, d'enchaîner les premières manifestations du mal.

Dans nos observations d'Italie, nous remarquons que le tétanos apparaît trois ou quatre jours après la blessure par arme à feu, alors que le traumatisme existe dans toute sa virtualité. Chez notre petit blessé, au contraire, il ne se montre que le quatorzième jour après l'accident, envahit successivement divers groupes de muscles, étreint pendant dix-sept jours sa victime qui se débat sous l'asphyxie qui enfin l'étrangle.

Quand on interroge l'étiologie de cette complication redoutable, on la trouve sourde et muette; je ne parle pas de ces causes banales, étayées sur des hypothèses complaisantes, qui, en s'adaptant à toutes les maladies, accumulent le doute et perpétuent l'erreur. Non, il faut à notre art la rigueur mathématique des sciences exactes, et la cause du tétanos n'est rien moins que démontrée. Encore si par des pansements fréquents douloureux, des refroidissements subits qu'on signale, on pouvait remonter à la source d'une pathogénie rationnelle; mais rien, aucune irritation locale, nulle manœuvre intempestive; au contraire, pour ôter au tétanos jusqu'à l'ombre d'un prétexte, nous nous sommes abstenu de renouveler l'appareil : on ne peut pas même invoquer une répercussion cutanée produite par l'impression du froid, le blessé ayant toujours été plongé dans une immersion halitueuse entretenue par de nombreux édredons. Tout ce qu'on peut dire, encore sous toutes réserves, c'est qu'en ce point, où le bras a été fracturé, le nerf radial qui s'enroule autour de l'humérus a été contus, déchiré, irrité par les extrémités fragmentaires, et que de ces irritations partent des irradiations centripètes, qui ont augmenté le pouvoir excito-moteur de la moelle et provoqué, par action réflexe dans la direction centrifuge, ces contractures de tous les muscles sans exception.

Nous ne savons si le chloral, en vertu d'affinités chimiques électives avec le fluide nerveux, d'actions physiologiques sur les éléments de la moelle, deviendra, mieux administré plus tard, l'antidote du tétanos; mais ce qu'il nous a été permis de constater une fois de plus, c'est qu'il a une action manifeste sur le spasme tétanique, et chaque fois qu'il a été administré à doses suffisantes, il s'est opéré une détente, une dépression évidentes, suivies d'un retour offensif, quand on cessait de combattre le mal; il a été, qu'on nous passe la comparaison, le *quos ego* qui apaise la tempête des éléments mutinés.

Quelle que soit l'interprétation qu'on donne à ces faits, cette action nous a paru même si manifeste que nous avons regretté plus d'une fois, de n'avoir pas administré le chloral d'une manière préventive, avant l'explosion du tétanos; prévenir le mal n'est-ce pas se dispenser de le guérir? Surtout dans une affection aussi terrible, alors que la menace est toujours suspendue sur le plus léger traumatisme, et que la guérison est, jusqu'à présent, aussi rare que problématique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1876. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le directeur de l'Assistance publique demande que l'Académie veuille bien mettre à sa disposition des exemplaires des *Conseils élémentaires aux mères et aux nourrices*, publiés par les soins de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

M. Favre adresse ses remercîments à l'Académie pour l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant associé national.

M. Moty (Fernand), médecin aide-major, adresse un rapport sur la vaccination dans le cercle de Biskra. (Comm. de vaccine.)

PRÉSENTATIONS

M. Guéneau de Mussy fait hommage à l'Académie de sa *Contribution à l'histoire des maladies matrimoniales*, suivie de considérations sur l'hygiène et l'éducation des jeunes filles.

M. Larrey présente de la part de M. le docteur L. Leclère, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Histoire de la médecine arabe.*

M. Depaul présente de la part de M. P. Budin, sa dissertation inaugurale : *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.*

M. Gubler, de la part de M. le docteur Ch. Deshayes, une brochure sur le *Traitement de la fièvre typhoïde par l'aconit.*

M. le secrétaire perpétuel signale parmi les travaux imprimés adressés à l'Académie; les ouvrages suivants :

1° *Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis*, par MM. Krishaber et Ch. Mauriac;

2° *La transfusion*, par M. le docteur Roussel (de Genève);

3° *Des considérations sur l'hypothèse des nerfs frénateurs de la contractilité musculaire*, etc. (en italien), par M. le professeur Socrate Cadet.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'une membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Les candidats présentés par la commission sont classés dans l'ordre suivant :

1° M. Oulmont, 2° M. Boinet, 3° M. Delioux de Savignac, 4° M. Constantin Paul, 5° M. Dujardin Beaumetz.

Sur 72 votants, majorité 37.

M. Oulmont obtient . . . . 66 voix.
M. Boinet — . . . . 5 —

Deux voix perdues.

En conséquence, M. Oulmont est proclamé élu.

LECTURES

M. ROUSSEL (de Genève), donne lecture d'un mémoire sur la transfusion du sang. (Sera publié.)

Coliques sèches des pays chauds. — M. LARREY lit, pour M. BÉRENGER-FÉRAUD membre correspondant de l'Académie, une note touchant l'existence de la colique de plomb chez les créoles blancs et de couleur à la Martinique.

Les observations rapportées dans cette note, dit l'auteur en résumant son travail, paraîtront suffisante pour faire admettre l'existence de la colique saturnine chez les créoles blancs ou colorés des Antilles.

En constatant l'existence de la colique saturnine chez les gens de couleur, on peut à juste titre, ajoute l'auteur, être étonné qu'un esprit aussi sagace, un médecin aussi bon observateur que Dutrouleau ait formulé une opinion tout-à-fait en désaccord avec la réalité. Et moi-même, je me suis demandé, le jour ou j'ai connu le premier fait irrécusable de colique sèche chez un individu de race colorée, quelle pouvait être la raison de cette divergence. Je crois avoir trouvé cette raison. Du temps de Dutrouleau la maladie était exclusivement observée chez les Européens. Mais à mesure que la vapeur s'est généralisée, que les usines se sont servies de cet agent, on a employé de plus en plus les créoles des Antilles dans des machines et bientôt on a vu la colique saturnine se développer chez eux absolument comme chez les Européens. Si Dutrouleau a dit que les créoles blancs et noirs n'étaient pas sujets à la colique sèche, c'est que le fait était vrai au moment où il l'a avancé?

Les faits ultérieurs nous permettent aujourd'hui d'ajouter que cette immunité n'était qu'apparente et qu'elle était due simplement à ce que, à cette époque, les créoles blancs ou colorés ne se mettaient pas dans les conditions pour contracter la colique de plomb : et aujourd'hui qu'un certain nombre d'entre eux se livre aux professions qui exposent à l'intoxication plombique, on constate qu'il n'y a pas de protection réelle du fait de la race contre cette intoxication. Par conséquent on peut conclure actuellement en plus ample connaissance de cause, qu'aux Antilles comme au Sénégal et probablement dans tous les pays tropicaux, tous les individus, quelle que soit leur origine, quel que soit le teint de leur peau, sont égaux devant l'action pernicieuse des composés plombiques.

MM. GUBLER et HARDY présentent quelques courtes observations à l'occasion de cette lecture.

MM. LEROY DE MÉRICOURT et BRIQUET demandent également la parole. Mais l'Académie devant se former en comité secret, le bureau propose de renvoyer la discussion sur ce travail de M. Bérenger-Féraud à la séance prochaine.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Villemin au nom de la section de pathologie médicale, pour l'élection prochaine.

VARIÉTÉS

Le médecin de campagne en Angleterre

(Traduit du journal le *World.*)

Par M. C. DE LA MORINIÈRE.

La vie d'un médecin de campagne n'est le plus souvent qu'une existence surmenée ou de chômage. S'il a peu de clientèle et nulle fortune à lui, il est dans la classe des pauvres, et sa vie triste, quoique non nécessairement malheureuse, puisque, pour certaines natures, le loisir et la tranquillité d'esprit sont le plus grand des bonheurs. Il peut étudier l'histoire naturelle ou la littérature, et alors son temps se passe agréablement. Il peut même, jusqu'à un certain point, se livrer au sport; mais, s'il s'y livrait trop souvent, cela nuirait à son prestige professionnel et entraînerait des réciprocités d'hospitalité et d'autres dépenses qui dépassent ses moyens. Très-probablement, c'est un homme désappointé et qui, par bien de déceptions a, en grande partie, perdu ce qui constitue le charme de la vie. Peut-être a-t-il été déçu au début de sa carrière, ou a-t-il *raté* quelque position locale sur laquelle il comptait. Dans une telle hypothèse, avec des enfants qui déjà grandissent, et la presque impossibilité d'augmenter son revenu d'une manière sensible, il n'est pas étonnant qu'il regarde les choses d'un œil sombre. Quand il est une fois entré dans cette voie, il y a peu de choses qui puissent faire diversion à ses soucis. Sa pauvreté lui interdit les plaisirs du monde; le petit nombre de voisins avec lequel il ait conformité de goûts et d'intérêts étant, généralement, des personnes riches qui, du haut de leur fortune, ne sont que très-peu disposées à regarder le docteur pauvre, et que, en fût-il autrement, il ne pourrait pas fréquenter sur le pied d'une hospitalière réciprocité. S'il se livre à la boisson, sa chute est rapide; il perd bientôt le peu de malades qui le paient, et la seule chose qu'il lui reste à faire, c'est de devenir « le second » d'un autre médecin, place d'ailleurs qu'il ne peut conserver qu'à condition d'abandonner ses habitudes d'intempérance. Il est rare, toutefois, que le médecin pauvre devienne ivrogne. Dans la plupart des cas, il parvient à gagner sa vie, et, à force d'économie, à donner à ses enfants une éducation passable ; s'il est habile dans sa profession et assidu à ses devoirs, il n'est pas probable que son revenu diminue, à mesure qu'il vieillira et que ses dépenses augmenteront; tandis que, d'un autre côté, la mort ou le déplacement d'un concurrent en faveur, peuvent lui frayer un plus bel avenir; mais c'est une rude tâche, même dans les meilleurs conditions, d'augmenter une clientèle de campagne, d'autant plus que les exigences morales de la profession interdisent tout ce qui sentirait l'intrigue ou l'empiétement sur le terrain d'un confrère. Par conséquent, sur un champ de courses aussi glissant, on ne saurait trop prémunir un jeune médecin contre le danger d'un faux départ.

D'un autre côté, le médecin de campagne qui a une nombreuse clientèle se fait ce qui, pour la campagne, est considéré comme un beau revenu, quoique, pour y arriver, il faille qu'il travaille dur. En route, à toute heure du jour et de la nuit et par tous les temps, qu'il soit dans une voiture ouverte, ou bien à cheval, il lui faut une bonne constitution pour résister à cette fatigue; et il y en a plus d'un qui meurt à la peine. Les routes sont trop mauvaises, les distances trop longues et les chevaux trop chers, pour qu'il puisse s'étendre mollement dans une voiture fermée, comme son confrère privilégié de la ville. Il fatigue souvent trois ou quatre chevaux dans la journée quand, comme cela arrive fréquemment aux médecins, il y a une « bouffée » de malades; de sorte que l'attelage de deux chevaux que comporterait l'emploi d'une voiture fermée, est un luxe tout à fait hors de question pour le praticien de campagne qui ne peut compter que sur le produit de sa profession. Il est vrai aussi qu'il n'a pas à mener un train aussi considérable que le docteur à la mode de la ville, et son loyer est bien moins fort; mais il est obligé d'avoir plus de chevaux, et aujourd'hui l'entretien d'un cheval est un article si coûteux qu'il est obligé d'économiser autant que possible. Il peut avoir et, ordinairement, il a un « second », mais sa haute clientèle exige qu'il vienne lui-même, de sorte que ce n'est que quand il est vieux et indépendant que le médecin de campagne peut lutter pour prendre un peu de repos et de loisir. Le point le plus odieux du travail d'un docteur, c'est qu'il ne sait jamais quand il est fini. Après avoir fait toute sa tournée, avoir été dehors de dix heures à quatre heures peut-être, il arrive souvent qu'ayant à peine fini de préparer ses médicaments et au moment de se mettre à table, sa présence est réclamée d'urgence dans une ferme ou une habitation éloignée, où il est obligé de rester toute la nuit peut-être. Alors il lui faut dépêcher son dîner à la hâte et se mettre tristement en route. S'il a, ce jour-là, quelques amis à dîner, peu importe; il faut qu'il les abandonne à eux-mêmes. La vie ou la mort peuvent être la conséquence de son plus ou moins de promptitude à se rendre là où il est appelé, et toute considération de convenance personnelle et les devoirs de l'hospitalité disparaissent alors complétement. Quand il en est ainsi, il ne se plaint pas du sacrifice qu'il a à faire; mais si l'appel qui l'arrache à son confortable foyer et à ses amis n'est que le résultat d'une crainte nerveuse ou chimérique, ou même d'une fantaisie

morbide, comme cela arrive fréquemment, il lui est difficile de se contenir.

Il est naturel que des malades qui, étrangers à la physiologie et à la pathologie, ne savent jamais quand les symptômes de leur mal sont dangereux ou insignifiants, aient peu d'égards pour le dérangement ou la convenance de leur docteur. Leur vie est exposée, du moins ils le pensent, et ils ne peuvent pas se permettre de la risquer. Plus un malade est ignorant, plus son état lui cause d'agitation et d'inquiétude, et c'est ainsi que les pauvres sont, pour le médecin, bien plus importuns que les riches. Le malade d'une « Association mutuelle » qui donne, annuellement, la magnifique cotisation de dix francs pour les soins et les médicaments qu'un docteur lui donne, à lui et à sa famille, fera demander le docteur pour un bobo, pendant la nuit, bien plus fréquemment, il y a gros à parier, que le riche malade qui, pendant le même laps de temps lui donne deux ou trois mille francs. Ceci est bien naturel et ne comporte pas de plaintes ; car pour le pauvre travailleur comme pour le riche, la vie est le bien suprême. Jouissant ordinairement d'une santé robuste, un tel homme est d'autant plus facilement *démonté* quand il se sent malade, et pour lui une violente indigestion, est un phénomène si étrange que cela lui fait craindre d'être aux portes du tombeau. De même quand un membre de sa famille est souffrant, il ne sait pas le moins du monde quel degré de danger il peut y avoir, encore moins combattre les symptômes du mal. Les gens d'une classe supérieure sont souvent leur propre médecin dans tout cas peu grave, mais la pharmacie du travailleur, ordinairement, ne contient guère que des pilules et du sel d'Epsom qu'il s'administre de lui-même quand il est en parfaite santé et il n'a recours aux conseils et aux médicaments que quand il est réellement malade.

La position d'inspecteur de la « santé publique » créée par les lois sur l'hygiène est une situation maintenant ouverte au médecin de campagne, mais c'est une erreur de laisser jamais remplir un pareil emploi par un médecin à clientèle qui dépend surtout de ses malades pour son revenu. S'il fait son devoir, il se créera infailliblement des ennemis et perdra des malades. Il n'y a rien qui provoque plus certainement la colère des gros bourgeois et des fermiers, que toute mesure menaçant d'ajouter aux charges locales et toute mesure sanitaire a, naturellement, ce résultat. Avant que les récentes dispositions concernant l'hygiène eussent été adoptées, avant même qu'on eût nommé les anciens inspecteurs d'insalubrité, le médecin de campagne, comme le seul homme de la commune qui eût quelque connaissance des lois de l'hygiène, sentait souvent qu'il était de son devoir de signaler quelque cas flagrant d'insalubrité ; mais il le faisait rarement sans provoquer autour de lui une tempête que peu d'hommes se soucieraient de subir une seconde fois. La vieille « gent fermière » pensait : qu'une bonne petite *puanteur* n'était rien moins qu'insalubre et disait, triomphalement, comme quoi eux-mêmes, leurs pères ou leurs journaliers avaient vécu des soixante et des soixante-dix ans, dans la plénitude de la santé, avec un cloaque du parfum le plus accentué adossé à leur maison ; preuve concluante, ajoutaient-ils, de la gratuité des assertions fantastiques du docteur. Depuis lors le maître d'école s'est révélé, et la devise : *Sanitas sanitatum et omnia sanitas*, a fait son chemin. Mais il y a toujours la même répugnance à voir augmenter les taxes et une appréciation bien apathique des bienfaits de la propreté et d'un air pur.

Socialement parlant, le docteur de campagne est, dans une certaine mesure, le trait d'union entre les coteries, sinon entre les classes qui partagent la société rurale. S'il est d'un commerce agréable, dans l'aisance et, surtout, s'il est bon « tireur » il est ornairement en rapport de visites, non seulement avec le clergé, mais encore avec ceux que, à tort ou à raison, on nomme les « gros bonnets » du voisinage, tandis qu'en même temps, il est au mieux avec les fermiers d'une éducation supérieure, et quand il reçoit à son tour la réunion est généralement d'un caractère plus mêlé que dans toute autre maison de la paroisse. C'est ainsi que des gens qui, autrement, ne se verraient pas, se trouvent en contact aux réunions du docteur, et sentent leurs préventions se dissiper, en s'apercevant que leurs voisins et eux ont plus de points de rapport qu'ils ne l'avaient d'abord supposé.

Comme invité le docteur de campagne laisse beaucoup à désirer. Conviez-le à une partie de chasse, et il y a gros à parier qu'il viendra trop tard pour « le beau moment », ou bien, si par une chance inouïe il peut arriver à temps, ce sera bien miracle si avant la fin de la journée on ne l'envoie pas chercher. Invitez-le à un bon petit dîner et, malgré son acceptation formelle, il est possible qu'au dernier moment, il soit empêché de tenir sa promesse. Quand il vient, cependant, il y a peu de convives qui soient plus agréables que le docteur dans une maison de campagne. Il sait toujours tous les cancans du clocher, tandis que sur des matières d'un ordre plus relevé, il est ordinairement un des plus compétents.

CORRESPONDANCE

Cérébroscopie.

M. Panas nous adresse une lettre en réponse à l'article publié, dans la *Gazette* du 4 avril courant, par M. le docteur Bouchut. Pour donner à notre confrère la prompte satisfaction que pourrait reculer malgré nous la longueur de sa lettre, nous nous empressons de reproduire le résumé qu'il en donne lui-même.

« En me résumant, je dirai donc que, au point de vue du diagnostic, du pronostic, ainsi que de l'anatomie pathologique, mes idées sur la névro-rétinite traumatique, révélatrice des lésions traumatiques de l'encéphale, diffèrent et de beaucoup des opinions professées par M. Bouchut, libre à mon collègue de ne pas accepter ma manière de voir; mais ce qu'il ne pourra refuser à mon travail, c'est que loin d'être la copie du sien, il en est, sur plus d'un point et des plus essentiels, la contre-partie. »

NÉCROLOGIE

Traube.

La Faculté de médecine de Berlin vient de faire une perte sensible en la personne du professeur Traube, mort au commencement de cette semaine à la suite d'une longue maladie.

Louis Traube était né à Ratibor, petite ville de la Silésie prussienne, sur la frontière d'Autriche, le 12 janvier 1818. Il quitta le gymnase de sa ville natale, en 1835, pour suivre les cours de l'université de Breslau ; en 1837, il vint à l'université de Berlin où il fit toutes ses études médicales ; là il eut pour maîtres Jean Muller, Horn, Mitscherlich, Wagner, Wolff, Kluge, Bust, Dieffenbach, Juncken, Meyer. Le 3 février 1840, il fut nommé docteur après avoir présenté une dissertation qui avait pour titre : *Specimina nonnulla physiologica et pathologica*, et dans laquelle on trouve une étude complète de la dyspnée et de l'emphysème pulmonaire. En 1841, il soutint son examen d'état comme médecin et chirurgien. A cette époque il entreprit plusieurs voyages scientifiques en Europe et vint à Paris et à Vienne dans le but d'étudier, à l'école des maîtres illustres de ces grandes Facultés, les méthodes de recherches physiques appliquées à la médecine.

De retour à Berlin, Traube eut à essuyer mille déboires, et ses débuts furent des plus difficiles. Sans la révolution de 1848, il est constant que cet éminent clinicien ne fut jamais parvenu à une position même secondaire dans l'enseignement universitaire. Louis Traube était israélite et, à ce titre, il voyait les portes de l'université fermées devant lui ; de 1841 à 1848, il fit des cours libres sans être même privatdocent.

1848 fit disparaître en Allemagne des lois, sinon des mœurs, tout ce cortége de restrictions offensantes, de dispositions et de préjugés absurdes à l'endroit des israélites, dont la patrie de Frédéric II, le roi philosophe, n'était pas plus exempte que la catholique Autriche. Traube devint alors assistant à la Charité dans la clinique de Schœnlein, et docent à l'Université. En 1853 il fut nommé chef de service dans le même hôpital, et chargé de l'enseignement d'une clinique propaedeutique.

La clinique propaedeutique dans les universités allemandes est un service de médecine dans lequel les étudiants sont préparés par une étude élémentaire de la pathologie à l'audition des cliniques supérieures : les maîtres chargés de cet enseignement doivent exercer les élèves au maniement des malades et à la pratique des moyens physiques et chimiques de diagnostic. La clinique de Traube était célèbre dans l'Allemagne médicale, et paraissait justifier aux yeux de beaucoup de médecins l'utilité d'une méthode d'enseignement qui, pour les autres, n'est qu'un rouage parfaitement inutile, simple doublure des cliniques ordinaires, cachée sous un nom de bonne apparence. Que restera-t-il, en effet, à un professeur de clinique si les programmes lui enlèvent, pour en faire l'objet d'un enseignement spécial, tout ce qui touche aux méthodes de diagnostic et d'examen? En 1857, le docent Traube était nommé professeur extraordinaire; en 1865, conseiller privé de médecine; en 1872, professeur ordinaire; jusqu'à sa mort il resta chargé de la clinique propaedeutique.

Voici la liste de ses principaux ouvrages : *Des causes et de la nature des modifications qui se produisent dans le parenchyme pulmonaire après la section du nerf vague.* — *Contribution à l'étude de la production des suffocations.* — *Contributions à la pathologie et à la physiologie expérimentales* (1846-1847). — *De l'action de la digitale* (Ann. de la Charité, 1851). — *Symptômes des maladies des appareils respiratoire et circulatoire* (Berlin, 1867). — *Recueil des contributions à la pathologie et à la physiologie* (Berlin, 1871).

La presse médicale de Berlin, notamment *Berliner Klinische Wochenschrift*, et les *Annales de la Charité* ont reçu, en outre, de lui de nombreuses communications.

Depuis environ douze ans, c'est le huitième ou le dixième de ses membres les plus importants que perd la Faculté de médecine de Berlin, que Traube a honorée comme les Casper, les Remak, les Greesinger, les de Graefe, les Mitscherlich et les Romberg. Malgré l'affection pulmonaire dont il souffrait, Traube travailla jusqu'au dernier jour, et fit ses leçons hospitalières dans le semestre d'hiver qui vient de s'écouler. Il a succombé le 11 avril, et a été enterré avec les cérémonies du culte auquel il appartenait. Dr L. F.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Onze candidats sont inscrits pour le concours à une place d'aide d'anatomie. Ce sont MM. Amodru, Bergonnier, Duret, Faure, Garnier, Henriet, Kirmisson, Lebec, Marcano, Marot et Schartz. Les préparations de la pièce sèche (voile du palais) devront être remises le samedi 10 juin à trois heures.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours pour l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de :

MM. 1. Ménessier, Floquet, Blarez, Degrauwe, Hariot, Küss, Pihier, Jolivet, Lecœur, Rambaux.

11. Fleury, Dupont, Marsault, Gallard, Guignard, Debæcker, Bordenave, Mornet, Morin, Bresson.

21. Buls, Trapenard, Bossuge, Blache, Honoble, Saint-Martin, Monnin, O. Girard, Lespiau, Thérain.

31. Du Bouays, Labonne, Demandre, Bargullo, L. Girard.

— *Maladie des enfants. — Cours clinique du semestre d'été.* — M. le docteur Bouchut commencera ce cours le mardi 25 avril, à huit heures du matin.

La première leçon sera consacrée à l'ophthalmoscopie médicale et à la cérébroscopie par des projections lumineuses au magnésium.

— La commune de Roissy, canton de Gonesse (Seine-et-Oise), demande un médecin. — Pour tous renseignements s'adresser au maire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0 010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

(SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium..........................		
Matières organiques..........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

Koumys—Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Dragées anti-épileptiques

au bromure arsenical et à la **picrotoxine** du Dr GELINEAU. En priant nos confrères de faire l'essai de nos dragées, nous sommes en mesure de leur affirmer que, le plus souvent, ils verront disparaître les crises dès le premier mois du traitement. — Le flacon : 8 francs. — Paris, pharmacie du Dr Détray, 1, rue des Tournelles, Paris.

L'eau de Léchelle hémostatique

combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses*.

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci-contre.

Raoul Bravais

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 milligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

Nota. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. Vigier, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Nous rappelons que les *Granules trois cachets* renferment, sous une couche de sucre, un noyau pilulaire exactement dosé et qui ne durcit pas, ce qui assure sa dissolution.

Comme ils contiennent tous des substances énergiques : arsenic, digitaline, morphine, etc., ils ne sont délivrés que sur ordonnance du médecin et ne portent aucune indication de doses ni d'usage.

Liqueur de Carrié au tartrate

ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Eau de Contrexéville

(Source du Pavillon).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complétent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot.

Laroche

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication*.

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES de PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Pilules de Blancard, approuvées

par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies*, *métrorrhagies*, *ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie Dupuy, montagne de la Cour.

Le sulfo-tartrate antimonieux

de quinine et de fer de **Th. LAGARDE** est reconnu scientifiquement comme le véritable fébrifuge. — Paris, pharmacie centrale. Prix : 6 francs.

N° 47. — SAMEDI 22 AVRIL 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 22 AVRIL 1876. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Plusieurs cas de maladie de Bright.

Personne n'ignore plus aujourd'hui que la maladie désignée sous le nom de maladie de Bright ne constitue plus une unité morbide, et que, sous cette dénomination devenue générique, on comprend des altérations rénales diverses et différant entre elles non-seulement par leur siége, c'est-à-dire par le tissu rénal qui est seul ou premier atteint, mais encore par la nature même de la lésion, par son évolution et surtout par son étiologie. Les distinctions qui ont été établies entre les différentes espèces de néphrites ne sont pas, en effet, fondées uniquement sur les différences de siége et de constitution anatomique, elles reposent surtout sur des différences symptomatiques essentielles et sur les rapports de ces diverses sortes de lésions avec une évolution et avec une étiologie spéciales.

C'est là ce qu'ont établi les recherches les plus recentes faites tant en Angleterre qu'en France sur les affections des reins, c'est là surtout l'un des points sur lesquels M. Lancereaux a le plus insisté dans son *Atlas d'anatomie pathologique* et dans divers articles du *Dictionnaire encyclopédique*. C'est en poussant plus loin qu'on ne l'avait fait jusque-là les limites de l'analyse, et en cherchant à s'éclairer sur l'étiologie de ces diverses altérations, qu'il est parvenu à bien saisir leurs caractères distinctifs et à les rattacher à leurs causes spéciales. C'est ainsi que, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, il a divisé les néphrites en cinq ou six groupes : les néphrites catarrhales ou épithéliales ou encore parenchymateuses, généralement produites par des maladies fébriles ou infectieuses, la fièvre typhoïde, le choléra, la scarlatine, la fièvre puerpérale, parfois par la seule influence d'une impression de froid ; les néphrites interstitielles, qui sont plutôt l'effet de maladies chroniques ou diathésiques, telles que la syphilis, la goutte, l'intoxication saturnine, les lésions athéromateuses de l'aorte, et en général de tout le système artériel ; les stéatoses des reins provenant d'une intoxication phosphorique ; les néphrites leucomateuses consistant en une dégénérescence amyloïde du rein.

L'importance de cette distinction ne consiste pas seulement dans une plus grande précision donnée au diagnostic, elle consiste surtout dans les éléments précieux qu'elle fournit au pronostic et à la thérapeutique.

Pendant que M. Lancereaux était chargé du service de la clinique à l'hôpital de la Charité, il s'est trouvé dans ce service plusieurs cas de maladie de Bright, qui nous fourniront l'occasion de mettre sous les yeux de nos lecteurs des spécimens de deux de ces espèces distinctes de néphrite, la néphrite parenchymateuse ou épithéliale et la néphrite interstitielle.

Néphrite épithéliale.

Le premier malade qui a présenté un exemple de néphrite épithéliale, est un homme âgé de vingt-trois ans, entré à la Charité dans le courant du mois de septembre dernier, qui n'a pas d'antécédents morbides, pas de rhumatismes, ni d'alcoolisme. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il s'est aperçu qu'il avait les jambes enflées. Deux ou trois jours plus tard, l'œdème avait gagné la face et les autres parties du corps. Huit jours après le début de ces phénomènes, il s'est aperçu que ses urines étaient légèrement rougeâtres. Pas de frissons, pas de malaise, pas de douleurs dans les lombes. Malgré l'œdème, cet homme continua son travail pendant encore trois jours. Le troisième jour, il fut obligé de garder le lit.

Voici l'état que présentait cet homme à son entrée à l'hôpital :

Œdème occupant la face et tout le corps. Peau pâle, terne, tendue, dure, se laissant difficilement déprimer. Rien au cœur; pouls fort, fréquent, plein, régulier, dicrote. Un peu de matité à la partie postérieure du thorax, surtout à gauche. Diminution du murmure respiratoire et des vibrations thoraciques ; pas de souffle, peu de râles. Le malade tousse un peu cependant et rend quelques crachats blanchâtres. Les urines sont rouges, peu abondantes, laissant un dépôt par le repos.

On prescrit des ventouses scarifiées dans la région des reins et la tisane de chiendent.

Le jour suivant, on constate un bruit de souffle un peu râpeux à la pointe du cœur et au premier temps. Rien de changé dans les autres symptômes. — Saignée de 300 grammes. Chiendent. Régime lacté.

Le 17 septembre (troisième jour du séjour à l'hôpital), on constate que les urines, plus rares et plus foncées, contiennent 12 grammes d'albumine par litre. Les urines, examinées au microscope, contiennent des cylindres, les uns parfaitement hyalins, les autres granuleux, des globules sanguins, des noyaux libres et quelques cellules épithéliales.

Le souffle à la pointe est plus doux et on constate un souffle à la base, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. A l'aus-

cultation, on trouve une expiration légèrement soufflante. Six ventouses scarifiées sur la région du cœur. 1 gramme de calomel.

Le 18, l'œdème a un peu diminué, mais les urines continuent à être rares, elles ne contiennent plus que 4 grammes d'albumine. Matité en arrière et à gauche de la poitrine, diminution du murmure respiratoire; égophonie; souffle à l'expiration. Vésicatoire à la base de la poitrine.

Le 19, on trouve un peu d'hydropéricarde.

Les jours suivants, les phénomènes thoraciques paraissant s'accroître, on réapplique de nombreux vésicatoires; plus tard, des cautères à la région lombaire.

Le 1er octobre, le malade commence à se trouver mieux, il urine davantage. L'urine ne contient plus qu'une très-petite proportion d'albumine. L'examen microscopique y fait constater la présence de cylindres colloïdes, de globules de pus graisseux, de globules sanguins, de cellules épithéliales, de cylindres sanguins, épithéliaux et cellulaires, cristaux d'acide urique.

Le 24 octobre, l'état du malade est très-notablement amélioré. Il n'y a plus rien au cœur; l'enflure a beaucoup diminué. L'appétit et le sommeil qui avaient été à peu près supprimés sont revenus.

Dans les premiers jours de novembre on constate un nouvel épanchement dans les plèvres, qui se dissipe au bout de trois ou quatre jours.

L'anasarque a complétement disparu. Les urines sont devenues normales, comme abondance et comme composition, sauf un peu de persistance d'albumine.

Le malade sort de l'hôpital, guéri, le 20 novembre. On lui recommande de continuer le régime lacté auquel il avait été soumis pendant la plus grande partie de son séjour à l'hôpital.

M. Lancereaux n'hésite pas à considérer ce malade comme ayant été atteint d'une lésion rénale, dont il a présenté d'ailleurs tous les symptômes, et qu'il rattache à l'espèce qu'il a décrite dans son atlas sous le nom de néphrite épithéliale.

— Dans le second fait il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans, entré le 20 du même mois, dont les antécédents pathologiques consistent en une dysenterie grave, suivie d'une bronchite, qu'il a contractée étant au service en Cochinchine, en 1868. Le malade avoue quelques habitudes de boisson, mais sans en avoir ressenti jamais beaucoup d'inconvénients. Cinq mois environ avant son entrée à l'hôpital, il s'est aperçu qu'il avait les jambes enflées. Trois jours après l'œdème avait gagné la face et le tronc. Quinze jours plus tard il a ressenti quelques douleurs vagues dans les reins. En même temps ses urines devenaient plus rouges. Pas de frisson ni de fièvre.

Voici l'état de ce malade à son entrée. — Le tronc et les membres sont œdématiés; la figure est un peu bouffie; la peau est tendue, lisse, se laisse difficilement déprimer. Pas de fièvre. Les urines ont leur coloratiou normale et laissent déposer une quantité assez considérable de mucus. — Dédoublement du premier bruit du cœur, s'entendant surtout à la partie moyenne. Rien dans les poumons. Le malade accuse un peu d'abaissement de la vue depuis quelque temps.

L'examen des urines y révèle l'existence des tubes hyalins, des tubes granuleux, des tubes infiltrés de leucocytes, de cellules épithéliales, de noyaux libres, de leucocytes et de granulation; elles contiennent, en outre, de 3 à 4 grammes d'albumine.

A ces symptômes : anasarque, pâleur de la peau, douleurs de reins au début et urines sanguinolentes et surtout à la présence des éléments ci-dessus énumérés dans les urines, M. Lancereaux n'a pas hésité non plus à diagnostiquer une lésion rénale partout sur les épithéliums, due probablement au refroidissement chez un individu dont la santé avait déjà été atteinte par une dysenterie et par quelques excès alcooliques.

Ce malade soumis à peu près au même traitement que le précédent et particulièrement à la diète lactée, allait un peu mieux, mais n'était pas encore guéri au moment où M. Lancereaux a quitté le service.

La caractéristique de ces deux faits ressortira bien mieux encore de leur rapprochement avec les deux autres cas de maladie de Bright dont la physionomie, comme la marche et l'étiologie sont toutes différentes, comme on le verra par la courte analyse que nous en présenterons dans la Revue prochaine.

Empoisonnement aigu par le plomb.

Autant l'empoisonnement saturnin chronique est commun, autant l'empoisonnement aigu est rare. De là le peu de notions précises que nous possédons sur ses symptômes et sur son traitement. Une observation recueillie, il y a quelques années, dans le service de M. Bourdon à la Charité, par M. René Moreau, attaché alors à ce service, a donné à ce jeune médecin l'idée de rechercher dans les annales de la science les faits épars qui pouvaient s'y rencontrer, de réunir quelques-unes des rares observations récentes qui pouvaient avoir quelque ressemblance avec celle qu'il venait de recueillir; et ajoutant à ce petit groupe de faits une série d'expériences qu'il a entreprises sur les animaux, il a pu parvenir à constituer ainsi un premier essai de monographie de l'empoisonnement aigu par le plomb et ses composés.

Nous emprunterons à ce travail quelques-uns des traits de la symptomatologie qui y est décrite et quelques indications de thérapeutique.

Les observations réunies par M. Moreau sont au nombre de vingt; seize relevées dans les journaux et recueils médicaux (la plupart sont des exemples d'empoisonnement par l'acétate de plomb, quelques-uns par le carbonate, un très-petit nombre par le chlorure ou le chromate de plomb); quatre inédites, celle qu'il a relevée dans le service de M. Bourdon, une observation recueillie à peu près à la même époque par M. Lefèvre dans le service de M. Pidoux à la Charité, et toutes deux relatives à des empoisonnements volontaires par l'acétate de plomb, et deux observations de M. G. Bergeron sur des empoisonnements suivis de mort, produits par du chlorure de plomb trouvé dans de la saumure.

Ses expériences, plus nombreuses, sont au nombre de trente-cinq.

Si l'on examine les observations, dit M. Moreau, on est frappé des différences que présentent les symptômes, plusieurs d'entre eux même semblant contradictoires, comme la diarrhée par exemple, constatée chez les uns, la constipation chez les autres; d'où la difficulté d'une description générale.

Les premiers symptômes dépendent du mode d'ingestion même de l'agent toxique et ils varient suivant la composition et suivant les diverses circonstances de l'empoisonnement. Il est évident que si le plomb ou ses composés sont mêlés à des boissons ou à des aliments, les premiers symptômes pourront tarder plus ou moins longtemps à se produire. Il en sera de même si c'est un composé insoluble.

Pour avoir une symptomatologie un peu nette, il faut la demander aux cas d'empoisonnement par un des composés solubles et sans mélange susceptibles de l'envelopper et d'en dissimuler ou annuler les effets : soit le cas d'un individu qui avale une solution saturnine, comme l'extrait de saturne, l'acétate de

plomb dissous, ou tout autre sel de plomb en quantité notable dans un liquide.

Dans ces conditions le poison produit d'abord au goût une impression douceâtre et sucrée, puis une saveur styptique; bientôt après il se manifeste une véritable sensation de brûlure dans la bouche, plus prononcée dans l'arrière-gorge et se prolongeant le long de l'œspohage jusqu'au niveau de l'estomac où est ordinairement son maximum.

Presque en même temps apparaissent des nausées et des vomissements.

Le sentiment de brûlure dans l'arrière-gorge augmente rapidement et il s'y joint une sensation de constriction. L'œsophage est aussi le siége d'une douleur cuisante, ainsi que la région épigastrique. Souvent de l'épigastre les douleurs s'étendent dans tout le reste de l'abdomen, où elles prennent alors le caractère de la colique de plomb. L'abdomen est généralement retracté et dur, dans quelques cas plus rares il est ballonné. La langue est quelquefois gonflée.

Les gencives présentent promptement le liseré caractéristique de l'intoxication chronique. Il se forme en même temps sur la surface cutanée, surtout dans les points où la peau est fine, des taches noirâtres lorsque le malade a pris un bain sulfureux.

Il y a, comme il a été dit plus haut, tantôt constipation tantôt diarrhée.

Le foie n'est ordinairement le siége d'aucun symptôme notable. Les troubles sont rares aussi du côté des poumons.

La figure présente l'aspect de l'anxiété et de l'abattement, ou même de l'hébétude.

Le pouls est ordinairement petit et dur. Dans la majorité des cas il n'y a pas de fièvre au début, ce n'est que consécutivement qu'elle apparaît.

La faiblesse peut aller quelquefois jusqu'à des défaillances, des vertiges et de véritables syncopes.

Les phénomènes nerveux ne sont pas constants, ils se montrent surtout dans les cas graves et d'imminence de mort; l'un des plus fréquents consiste en des douleurs oculaires ou des crampes qui ont leur siége le plus souvent dans les mollets, puis dans les cuisses ou bien dans un sentiment de fourmillement avec tiraillement à la plante des pieds ou la faiblesse des membres inférieurs.

Outre l'agitation qui peut être produite par des douleurs atroces, il y a quelquefois de véritables convulsions.

Qnant aux paralysies et aux anesthésies, M. Moreau n'en a constaté aucun exemple. Enfin dans une des observations qu'il rapporte on voit un cas bien caractérisé d'encéphalopathie saturnine, avec délire, agitation, convulsions épileptiformes et coma.

Nous exposerons dans un autre article ce qui se rapporte à l'anatomie pathologique et au traitement.

Traitement des brûlures.

A l'occasion de l'article de M. le docteur E. Journal sur le traitement des brûlures, inséré dans le numéro du 11 avril de la *Gazette des Hôpitaux*, notre honorable correspondant M. le docteur Sonrier nous adresse la communication suivante, que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs. Nous laissons parler notre savant confrère.

« Ce traitement, comme on le sait, consiste à s'abstenir de pansements ou même à ne les renouveler que tous les huit jours.

Comme notre confrère semble ignorer à qui il faut attribuer le mérite de ce traitement, qu'il tient depuis 1861, de M. le professeur Béchet (de Nancy), qui le tenait sans doute d'ailleurs; nous nous empressons de lui faire connaître la paternité bien légitime de cette heureuse idée et de réclamer pour nos anciens maîtres, une priorité incontestée.

Au surplus ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on préconise les pansements rares, et qu'on réinvente les idées anciennes. Les pansements ouatés, par occlusion, ou autres, ne sont que des éditions corrigées et considérablement augmentées, des pansements inamovibles, employés avec tant de succès par le baron Larrey dans les guerres de la République et du premier Empire; ce qui reviendrait à dire que nous n'inventons plus guère maintenant que ce que nous avons oublié, et Dieu sait si notre fécondité est inépuisable (1).

Or voici ce que professait en 1841, M. Bégin, chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

Nous copions nos notes.

Dans les brûlures de troisième et quatrième degré, vous avez surtout à redouter l'action de l'air sur les papilles nerveuses irritées, et l'abondance de la suppuration. On s'est exagéré les propriétés toxiques d'une suppuration toute physiologique qui n'est, en définitive, altérée que par l'impression de l'air et les pansements douloureux, supprimez l'élément douloureux qui provoque l'inflammation et vous supprimez la suppuration qui épuise, et les combustions morbides qui allument la fièvre. Ne craignez donc pas d'appliquer un appareil protecteur que vous laisserez en place le plus longtemps possible, quand bien même il serait souillé par une suppuration abondante.

Et comme il savait toujours appuyer ses théories sur une clinique aussi riche de faits que de souvenirs, il nous citait l'exemple d'un enfant de Strasbourg, qui avait eu le pied brûlé (troisième et quatrième degré) par de l'eau bouillante. L'inflammation était si vive, et la suppuration si abondante, que le médecin de la ville crut devoir le panser deux fois par jour; mais à chaque pansement la douleur était si atroce, soit par l'impression de l'air, soit par l'agglutination des linges avec la plaie, que le pauvre petit redoutait le fatal moment du pansement. Il était réduit à une faiblesse et un marasme extrêmes quand on vint chercher M. Bégin qui trouva une plaie rouge et enflammée. Il fit faire un bandage simple et conseilla de n'y plus toucher. Le lendemain les douleurs cessèrent, la suppuration diminua, le sommeil revint, et au bout de neuf jours, sous l'appareil levé pour la première fois, on trouva une guérison parfaite.

Combien de fois il nous a été donné, dans les hôpitaux ou sur les champs de bataille, alors que la besogne sanglante ne nous laissait pas assez de temps pour panser, même rarement, les blessures de guerre, brûlures, fractures comminutives, de vérifier la sagesse de ces préceptes, et l'efficacité des pansements rares: combien de fois nous nous sommes félicité, malgré la suppuration qui débordait de l'appareil, les souillures infectes dont il était imprégné, les parasites qui l'avaient envahi, d'avoir fermé l'oreille aux sollicitations des blessés incommodés par l'odeur, pour ne nous rappeler que les paroles de notre illustre maître, et lui reporter, tout entier, par un sentiment de gratitude, le succès de ces guérisons aussi rapides qu'inespérées. »

Dr Brochin.

(1) Ce n'est assurément pas au pansement ouaté en lui-même qu'on a prétendu donner récemment la valeur d'une invention, mais bien à la connaissance plus scientifique de son mode d'action comme double moyen d'occlusion et de filtration de l'air et à un mode d'application conforme à ce principe. (*Note du rédacteur.*)

TRANSFUSION DU SANG

par M. le docteur Roussel (de Genève).

L'injection de sang défibriné est abandonnée. La transfusion directe du sang artériel animal est nuisible par l'incompatibilité des sangs d'espèces différentes. La transfusion directe artérielle ne peut s'accomplir sur l'homme qu'au prix trop coûteux de la section et de la double ligature d'une artère importante du donneur de sang.

La transfusion veinoso-veineuse a besoin d'un appareil qui supplée à l'insuffisante pression du sang sortant de la veine.

Les divers appareils à ciel ouvert, seringues ou hématophores à entonnoirs, exposent le sang au contact de l'air avant et pendant son séjour dans l'instrument. A l'air le sang perd sa tension, ses gaz, sa température, sa vitalité; il recueille des germes, des poussières, il se prépare à une coagulation qu'achève le contact du métal, du verre composant l'appareil.

Le tranfuseur Roussel évite tous ces dangers. Pour obtenir du sang en quantité suffisante, sans en perdre une parcelle, et prévenir la phlébite produite par la ligature d'une canule chez le donneur de sang, il commence par un cylindre entouré d'une ventouse annulaire animée par un ballon spécial. Elle ne sert qu'à fixer le cylindre sur la peau avant l'ouverture de la veine; ni le sang ni l'eau ne pénètrent dans cette ventouse.

Le cylindre initial est ouvert par le haut, ce qui permet de voir très-facilement la place exacte que l'on désire saigner. Il faut choisir pour donneur de sang un adulte robuste, bien musclé, appliquer sur le bras le bandage classique pour faire gonfler les veines, et choisir la médiane un peu au-dessus du pli du coude, en avant des attaches du biceps sur lequel elle est plus loin de l'artère, plus fixe et mieux soutenue que dans le pli du coude.

Quand l'appareil est en place sur le bras qui doit donner le sang, on introduit dans le cylindre une lancette montée sur un curseur par lequel la présentation et la direction de la lame sont math ématiquement fixées.

Mais le transfuseur est encore plein d'air; si le sang y était introduit, il s'y altérerait, ainsi qu'il arrive dans les hématophores commençant par une canule ou aiguille dans la veine. Pour chasser cet air, un tube aspirateur se plonge dans un vase plein d'eau chaude et légèrement sodique. Cette eau monte dans le cylindre, baigne la peau avant la saignée, elle remplit entièrement l'appareil et sort en chassant l'air par la canule finale que l'on introduit pleine d'eau dans la veine du blessé préparée et ouverte d'avance. Cette canule finale est munie d'une bifurcation qui permet de la fermer en ouvrant une issue latérale au liquide.

A ce moment, le donneur de sang et le blessé sont réunis par un canal direct, hermétique plein d'eau, vide d'air. C'est alors seulement que la veine est ouverte par un coup rapide frappé sur la tête de la lancette.

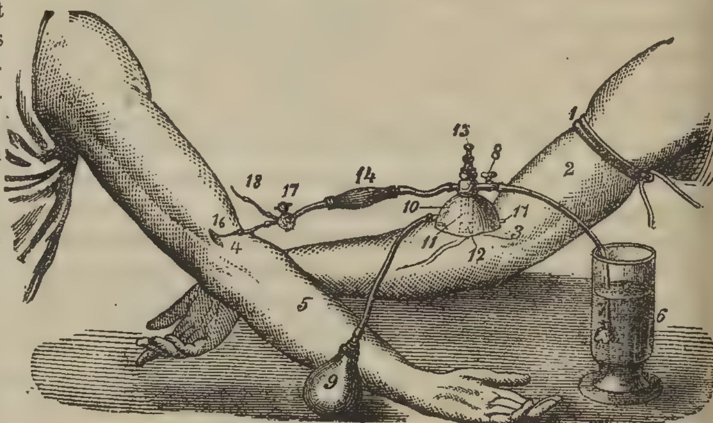
Le sang jaillit dans le cylindre plein d'eau, il la chasse devant lui comme l'eau avait chassé l'air, elle sort avec les premières gouttes de sang dilué par la bifurcation, et quand le sang apparaît pur, le chirurgien commence la transfusion en rouvrant l'entrée de la canule et fermant le tube à eau.

Le ballon-moteur envoie alors au blessé du sang qui n'a jamais été au contact de l'air, et a conservé toute sa vitalité première.

Une bonne transfusion doit être de 200 à 250 grammes pour être efficace et suffisante. Pour ne pas engorger le cœur et le poumon, le ballon-moteur, qui contient 10 grammes, doit être pressé huit fois par minute, de façon à envoyer 80 grammes, soit 1 gramme par diastole du cœur. L'opération totale dure cinq à six minutes, mais chaque dose de sang est moins d'une seconde hors d'un vaisseau humain. Les deux bras sont pansés par le bandage en 8 de chiffre. La réunion s'obtient par première intention.

Manuel opératoire. — Laver et chauffer le transfuseur dans l'eau sodique. Préparer la veine du blessé par une incision à la peau, piquer la veine d'une fine érigne, l'inciser en V avec des ciseaux.

Bander le bras qui doit fournir le sang, faire gonfler la veine médiane en avant du biceps, s'éloigner de l'artère, apprécier l'épaisseur de la peau et la profondeur de la veine pour régler la longueur de la lancette (12) au moyen du curseur (13). Appliquer le cylindre (11) juste au-dessus du point à saigner, le fixer par sa ventouse (10) en pressant le ballon (9). Mettre en place la lancette dans le cylindre. Plonger dans le vase d'eau (6) le tube aspirateur (7). Presser dans la main le ballon-moteur (14). Aspirer l'eau (14). Chasser l'air par la canule finale. Introduire une des canules au choix, selon le calibre, dans la veine du blessé (16). Fermer la bifurcation (17) et le tube à eau (3). Frapper la tête de la lancette, laisser sortir l'eau et le sang dilué par la canule (18). Quand le sang est pur, retourner la bifurcation (17). Presser lentement et régulièrement le ballon-moteur en comptant le nombre des battements.



Pour faire une transfusion *infusoire* d'eau pure ou médicamenteuse, laisser ouvert le tube aspirateur, doser le médicament au millième dans un vase gradué par gramme.

Pour pratiquer la transfusion *électrisée*, lier le pôle positif d'une machine à courant constant, la tige de la lancette, le pôle négatif, à une aiguille d'acupuncture; le courant électrique suit le courant sanguin jusque sur la paroi interne du cœur.

L'opération est facile pour celui qui l'a étudiée et comprise, elle est minutieuse ainsi que l'exige la manipulation du sang vivant. C'est à la seule condition de n'altérer en rien le sang dans sa température, ses gaz, ses globules, sa fibrine, d'en régler la quantité et la vitesse, selon l'état du malade, que l'on obtient les beaux résultats de la transfusion directe. Le transfuseur a été employé plus de cinquante fois en Autriche, Russie et Suisse; il a été reconnu pour le meilleur de tous les appareils à transfusion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 avril 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Un mémoire en italien intitulé : *Du traitement antiseptique des blessures; proposition d'une nouvelle méthode de traitement des plaies.*

M. Houel présente, de la part de M. C. Fauvel, un *Traité des maladies du larynx*, accompagné d'un *Traité pratique de laryngoscopie*, et fait suivre cette présentation des paroles suivantes :

Ce travail, qui est considérable et d'un grand intérêt, se compose de deux parties principales : la première, entièrement didactique, renferme la description des divers appareils et des instruments destinés à l'examen des tumeurs du larynx, avec un exposé très-bien fait des diverses lésions qui siégent dans cet organe. La seconde partie comprend un recueil de plus de 300 observations personnelles à l'auteur et prises dans sa pratique de 1862 à 1875. Un chapitre de ce livre, et ce n'est pas le moins intéressant, est aussi consacré à une lésion rare, aux cancers primitifs du larynx. La plupart des tumeurs

ont été examinées dans le laboratoire de micrographie du Collége de France.

De nombreux dessins forment un appendice très-intéressant de ce livre, ils représentent les uns les instruments, les autres les diverses tumeurs avec leur siége, leur structure et leur coloration naturelle.

Le livre de M. Fauvel est donc des plus intéressants, et des remercîments sont adressés à l'auteur au nom de la Société de chirurgie.

RAPPORTS

M. POLAILLON devait faire, au nom d'une commission composée de MM. Guéniot, Blot et Polaillon, un rapport sur un appareil en soie appelé *Sériceps* par son auteur, et sur un nouveau *tracteur obstétrical mécanique*, que M. Poullet (de Lyon) avait présentés à la Société dans sa séance du 7 avril 1875, et dont la *Gazette des Hôpitaux* a donné la figure dans son numéro 42 de l'année dernière; mais le mémoire de M. Poullet ayant été imprimé et publié à Lyon, le règlement de la Société s'oppose à ce qu'il soit donné suite au rapport.

M. LE DENTU donne lecture d'un rapport sur une observation de *ligature de l'artère iliaque externe*, pratiquée par M. Fochier (de Lyon) pour un anévrysme. Le malade qui fait le sujet de cette observation était âgé de trente-cinq ans et se livrait depuis longtemps à l'abus des liqueurs alcooliques. Cette circonstance explique la facilité avec laquelle se forma un anévrysme artériel par suite d'un effort violent pour soulever un fardeau. Cette tumeur, du volume du poing avait son origine à la naissance de l'artère iliaque gauche. L'accident était arrivé le 15 juin 1874; l'opération fut faite le 3 août suivant, et la guérison, un moment entravée par une inflammation intense de la plaie, se fit néanmoins assez vite. L'observation a été publiée quinze mois après, en octobre 1875, dans les Bulletins de la Société des sciences médicales de Lyon, et l'absence de toute trace de la tumeur et de l'artère iliaque à cette époque éloignée prouve que l'opération a été suivie d'un succès assuré.

L'observation de M. Fochier sera déposée aux archives et les remarques qui l'accompagnent seront insérées aux Bulletins avec le rapport de M. Le Dentu.

M. TERRIER donne lecture d'un rapport sur une observation de calcul volumineux de la vessie extrait par la taille bilatérale par M. Fleury (de Clermont-Ferrand). Le malade, âgé de quarante-quatre ans, avait suivi sans résultat, au mois de mai 1875, un traitement à Vichy lorsqu'il vint se faire opérer à l'hôpital de Clermont. La sensibilité et l'étroitesse du canal déterminèrent M. Fleury à ne pas tenter la lithotritie. L'opération de la taille fut faite en juillet et permit d'extraire, avec assez de difficulté, un calcul ovoïde de 7 centimètres sur 6, et du poids de 225 grammes. Une fistule succéda à la plaie et retarda un peu la guérison, qui fut enfin obtenue. L'observation de M. Fleury sera déposée aux archives, et des remercîments lui seront adressés.

ÉLECTION

On procède au vote pour la nomination d'une commission chargée de faire un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont nommés MM. Le Dentu, Tillaux et Blot.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. ROUSSEL (de Genève) présente un instrument destiné à la transfusion directe du sang veineux en empêchant son contact avec l'air. Cet instrument déjà présenté deux fois à l'Académie de médecine en 1867 et dans la séance de mardi dernier, est accompagné d'un mémoire dont nous publions plus haut un résumé. (Commis. : MM. Duplay, Guéniot, Tillaux.)

M. CHASSAGNY (de Lyon) présente un appareil destiné à faciliter l'accouchement prématuré artificiel et à arrêter les hémorrhagies utérines par inertie, qu'il appelle *double ballon hémostatique*.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

QUATRIÈME LETTRE

DE L'INSTITUTION DES POLICLINIQUES.

I

Vienne, 10 janvier 1876.

Monsieur le directeur,

Faire servir les malades qui veulent des *consultations gratuites*, ou malades *ambulants*, comme on dit ici, à l'enseignement clinique des étudiants, tel est le but d'une policlinique.

Le fonctionnement de l'institution est des plus simples; ou la policlinique est une dépendance de la Faculté de médecine, et les malades venant à la visite du professeur ou de ses assistants, la leçon est faite à l'amphithéâtre du service hospitalier devant les étudiants qui suivent la clinique du maître; ou la policlinique est un institut tout à fait libre, entièrement indépendant de la Faculté de médecine, fondé dans un local acheté ou loué par la générosité de donateurs particuliers et les cotisations personnelles de médecins, souvent sans titres académiques; ou bien enfin on appelle encore policlinique, la consultation publique et gratuite d'un médecin, attaché à l'université comme extraordinaire, docent, ou simplement libre, qui reçoit les malades ambulants dans un local, à lui appartenant, il peut de cette sorte faire aux étudiants, attachés à sa fortune moyennant rétributions, des cours et des démonstrations pratiques.

Telles sont les trois formes sous lesquelles se présente cette institution de la policlinique allemande, qui se trouve ainsi avoir quelque ressemblance avec notre enseignement particulier français.

Étudions chacune de ces trois formes de la policlinique plus en détail.

L'introduction de l'enseignement clinique fait, au lit du malade dans les Facultés de médecine allemandes, est d'une date relativement récente; primitivement tout l'enseignement pratique se réduisait à une leçon du maître à l'*ambulatorium*, c'est-à-dire à une leçon faite sur les malades qui se présentaient, demandaient une consultation et s'en retournaient avec leur ordonnance (ordination).

J'ignore si à cette époque, réduites à ces termes, la visite des malades ambulants et la leçon du maître étaient désignées sous le nom de *policlinique* (poliklinik), mais il est constant que partout, dans toutes les universités, la *policlinique* fut ainsi la forme primitive de l'enseignement clinique.

L'université donnait une certaine somme dans le but de soulager les malades pauvres : le professeur, qui, ainsi que nous avons eu occasion de le dire précédemment, enseignait souvent en même temps que la médecine, la botanique et la chimie, recevait ces malades à une heure fixée dans une des salles de cours de la Faculté et faisait sa leçon, souvent même accompagné de ses élèves, il allait au domicile des malades, et là, tout en soignant ses clients indigents, enseignait encore.

Tout en remarquant que cette méthode primitive d'enseignement initiait les étudiants aux misères de la vie sociale, aux difficultés de la pratique, on ne peut s'empêcher de noter tout ce qu'elle avait d'incertain et d'insuffisant dans l'application d'un traitement rigoureusement suivi et par conséquent valable pour la démonstration du maître; de plus ce système n'était réellement praticable que dans les petites villes, où il n'entraînait pas moins une grande perte de temps de la part du professeur et des élèves. Ce n'était certainement pas ainsi que pouvait se faire une éducation médicale vraiment scientifique, tout au plus l'étudiant pouvait-il atteindre à une certaine pratique toute d'expédients et de routine.

La fondation des cliniques hospitalières ou *stationnaires* (par opposition à l'ambulatorium) dans les Facultés de médecine allemandes sous l'influence de Boerhaave, à Leyde, et de Van Swieten,

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 avril.

à Vienne, ne mit pas fin à l'institution des policliniques universitaires : là même où la policlinique resta dépendante de la Faculté, c'est-à-dire fut réunie à un service fixe, le fond de l'institution fut maintenu, en ce sens que des leçons furent toujours faites par un extraordinaire, par des assistants, des docenten, ou même un ordinaire sur les malades ambulants.

Il est évident que dans les petites universités, celles qui comptent moins de cent, de quatre-vingt-dix étudiants en médecine aujourd'hui et en contenaient naturellement moins il y a quelque cent ans, la division entre le service clinique stationnaire et la policlinique ne pouvait subsister : il ne se trouvait pas là plus de malades que d'étudiants pour alimenter deux cliniques, l'une ambulante, l'autre fixe. La réunion était indiquée, elle a été maintenue et subsiste encore aujourd'hui. Il y a cependant maintenant, comme nous le dirons plus loin, des petites villes universitaires qui ont une policlinique libre.

Comme détails historiques, ce fut le 6 octobre 1753 que, sous l'influence de Van Swieten, fut fondée la première clinique d'université à l'hôpital civil de Vienne (1) ; l'illustre médecin de Marie-Thérèse ne s'était du reste engagé dans cette voie de réforme qu'à la suite de Boerhaave : c'est donc dans l'université hollandaise de Leyde (les Allemands ne font point figurer les universités hollandaises à côté des leurs dans la *statistique des universités allemandes*), que fut installée la première clinique d'outre-Rhin. Outre Van Swieten, les historiens de la médecine en Allemagne nomment de Haën et Joh. Peter Frank, comme les maîtres qui firent le plus de louables efforts pour donner à l'enseignement médical un cours plus pratique.

Ces modifications dans la méthode ne furent pas introduites d'ailleurs en même temps dans les autres universités. En 1729, Wurtzbourg avait une policlinique entretenue par l'université représentant l'État ; Erlangen était encore dans le même cas en 1779, et Greifswald en 1794. Les autres universités avaient quelques lits fixes et ne pouvaient prétendre aussi posséder une clinique stationnaire.

A partir de 1780 cependant, les historiens des Facultés allemandes peuvent assigner à la création des cliniques stationnaires des dates certaines : Gottingue eut sa clinique stationnaire en 1780, Prague en 1871, Kiel en 1788, Leipsig en 1798, Marbourg en 1806, Erlangen en 1823, Wurtzbourg en 1824, Greifswald en 1825.

A l'heure présente toutes les universités allemandes ont des policliniques, bien que toutes aient naturellement des cliniques stationnaires : nous parlons ici des universités autrichiennes et suisses tout aussi bien que de celles de l'empire allemand.

Les policliniques existent donc, comme *ambulatoires*, au même titre que les cliniques fixes.

Cette première forme de l'institution ressemble assez à notre consultation du matin dans les hôpitaux. Les malades défilent devant le maître dans l'amphithéâtre des cours, au lieu de se rendre dans une petite salle spéciale en dehors du service fixe. Le professeur ordinaire appelle tel élève, attaché à sa clinique, et celui-ci devant ses camarades doit étudier le malade, formuler son diagnostic, indiquer un traitement ; le maître écoute, rectifie et fait une leçon ; et ainsi de suite selon l'intérêt que présentent pour l'enseignement les malades ambulants. Le professeur de clinique dans les Facultés allemandes devant faire tous les jours une leçon de deux heures le matin (cette leçon n'a le plus souvent qu'une durée d'une heure et demie mais réglementairement elle devrait être faite deux heures durant), ces emprunts faits aux malades ambulants alimentent d'une manière avantageuse un enseignement clinique si actif.

La policlinique à l'hôpital est aussi professée par des professeurs extraordinaires, par des docenten, et par les assistants. Le plus souvent les assistants sont docenten ou aspirent à le devenir. Les malades ambulants, amenés du dehors par le docent lui-même, servent à ces leçons qui sont faites dans les amphithéâtres des chaires ordinaires devant des étudiants qui payent des honoraires, ainsi que cela se pratique dans toutes les universités où l'on professe en langue allemande. Beaucoup d'extraordinaires, qui ne peuvent naturellement avoir dans l'Hôpital-Général un service fixe, sont réduits à enseigner avec le seul secours des malades ambulants. Ici se place comme de coutume le défilé de toutes les spécialités enseignées avec une véritable ardeur dans toutes les Facultés d'outre-Rhin : cours de laryngoscopie, cours de rhinoscopie, cours d'otologie, cours d'électrothérapie, de balnéothérapie, etc. Chaque docent, chaque extraordinaire annonce la matière qu'il veut traiter par petite affiche, indique le chiffre de ses honoraires, la durée de son cours, et convoque les étudiants qui veulent suivre ce cours dans l'amphithéâtre de tel professeur ordinaire, dans celui du professeur de Ziemssen ou celui du professeur Bamberger par exemple. Le mode de recrutement des professeurs extraordinaires et ordinaires, uniquement pris dans le corps des docenten, c'est-à-dire parmi ce que nous appelons en France les professeurs libres ou particuliers justifie cette communauté de locaux, qui ne laisse pas d'avoir une réelle importance pour l'enseignement des docenten : il est inutile d'insister sur ce point.

Telles sont, croyons-nous, les observations les plus exactes que l'on peut présenter au sujet de cette forme de la policlinique dans l'intérieur d'un hôpital général, c'est-à-dire dans les services cliniques d'une Faculté.

En résumé, le professeur en titre fait de la policlinique, avec le concours actif de ses aides, dans son amphithéâtre, transformé ce jour-là en *ambulatorium*, c'est-à-dire des leçons sur les malades qui viennent chercher des consultations gratuites. La policlinique d'autre part entre les mains des professeurs extraordinaires sans service fixe, et des docenten ou professeurs libres, est l'instrument capital de cet enseignement semi-officiel ou particulier (1), mais donné un peu sous le patronage de la Faculté, puisque maître et élèves se réunissent dans les amphithéâtres de l'hôpital.

(1) Joh. Peter Frank. *Plan d'école clinique* ou *Méthode d'enseigner la pratique de la médecine dans un hôpital académique*. — Vienne, 1790.

(1) Dans son beau cours à la Faculté, M. le professeur Pajot a coutume de rappeler qu'étant professeur particulier à l'École pratique, il présentait à ses élèves des femmes que ceux-ci devaient examiner ; les élèves étaient ainsi exercés aux divers touchers, à l'auscultation, etc. C'était vraiment là une policlinique, c'est-à-dire un cours avec clinique sur des malades ambulants ; seulement la leçon n'avait point lieu dans l'amphithéâtre d'un hôpital.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1875.

460. Bouchard. Étude sur les troubles viscéraux de l'ataxie locomotrice progressive.

461. Giovanni. Des accidents pernicieux de la malaria.

462. Hybre. Contribution à l'étude de la diphthérie des voies aériennes chez les enfants.

463. Puistienne. Des helminthes et des accidents qu'ils déterminent.

464. Couty. Étude expérimentale sur l'entrée de l'air dans les veines et les gaz intra-vasculaires.

465. Hanot. Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie (cirrhose hypertrophique avec ictère chronique).

466. Gries. Du rhumatisme blennorrhagique.

467. Ricardo-Piedra. De la paralysie saturnine.

468. Leblanc. Essai sur les modifications de la pupille produites par les agents thérapeutiques.

469. Rhein. De l'embolie de l'artère mésentérique supérieure.

470. Queyssac. Du mal plantaire perforant (considérations sur sa pathogénie).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 avril 1876, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : MM. Dugé de Bernonville et Girard de la Barcerie.

— M. Bouchut fera, à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres, 149, le mardi 25 avril, à neuf heures du matin, une conférence d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie, pour les médecins délégués des départements à la réunion de l'association générale.

— *Hôpital de la Charité. — Clinique médicale.* — M. le professeur Germain Sée reprendra ses leçons le lundi 24 avril, à neuf heures et les continuera les vendredis et lundis suivants.

Le mercredi, clinique au lit du malade, visite à huit heures un quart.

— *Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur Potain commencera ce cours le mardi 25 avril, à trois heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure (grand amphithéâtre).

— *Cours complémentaire des maladies des yeux.* — M. le docteur Panas, agrégé, commencera des leçons théoriques d'ophthalmologie le lundi 24 avril 1876. Elles auront lieu à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les leçons cliniques et les opérations ont lieu à l'hôpital Lariboisière les lundi et jeudi de chaque semaine, à neuf heures du matin.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 22 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Jules Simon recommencera ses conférences sur les maladies des enfants, mercredi 3 mai, à neuf heures et demie, et les continuera tous les mercredis, à la même heure.

— M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences cliniques sur les maladies syphilitiques, le dimanche 30 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. — Visite des malades à neuf heures.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours de zoologie (mammifères et oiseaux.* — M. Alph. Milne Edwards, commencera ce cours le lundi 24 avril 1876, à deux heures.

Ce cours sera consacré à l'histoire naturelle des mammifères et portera principalement sur l'organisation, la classification et la distribution géographique des espèces vivantes et fossiles les plus remarquables.

Ses leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie ; et elles seront complétées par des conférences faites en partie dans les galeries, en partie dans la ménagerie, à des jours et heures qui seront indiqués ultérieurement.

Cours de physique appliquée aux sciences naturelles. — M. Ed. Becquerel, aide du cours de physique, suppléant de M. le professeur Becquerel, ouvrira ce cours le mercredi 26 avril 1876 à midi et demi et le continuera les vendredi, lundi et mercredi de chaque semaine à la même heure. — Le professeur traitera de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques, atmosphériques, géologiques et physiologiques.

Cours de géologie. — M. le professeur Daubrée commencera ce cours le mardi 25 avril 1876, à quatre heures un quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et de géologie, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des actions mécaniques dont l'écorce terrestre présente les vestiges. Il exposera ensuite le rôle des causes actuelles dans la géologie des environs de Paris.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, à qui est confiée la direction des excursions géologiques.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 24 avril 1876.

L'HÉMOSPASIE

En 1827 ou 1828, nous ne saurions dire la date exacte, un jeune étudiant, au début de ses scolarités médicales, visitait les Alpes, les Pyrénées et le mont Etna, afin d'y observer les effets des climats des montagnes. A mesure qu'il approchait des cimes les plus élevées, il remarquait que le pouls augmentait de fréquence et diminuait graduellement de volume; il crut devoir attribuer ce phénomène à ce que, sous une tension moins grande de l'atmosphère, il s'opérait une dérivation naturelle sur le réseau capillaire des surfaces cutanée et pulmonaire; et il se demanda si une chambre pneumatique, qui permettrait de reproduire à volonté ces mêmes effets, ne constituerait pas un dérivatif énergique, et si, par contre, un bain d'air comprimé n'aurait pas des propriétés médicales. L'expérience seule pouvant confirmer ce que la théorie lui faisait pressentir sur l'utilité de l'aérothérapie, il fit construire une première chambre ou cloche pneumatique. Cela fait, il se soumit à diverses pressions, depuis les plus légères jusqu'à celle de 5 atmosphères, et il constata sur lui-même que les pressions les plus fortes étaient parfois suivies de réactions, si l'on ne ménageait pas les transitions; que deux cinquièmes d'atmosphère offraient plus d'efficacité que des pressions plus hautes, et qu'en général on ne devait pas dépasser une demi-atmosphère. Ces expériences physiologiques conduisirent notre jeune étudiant à des recherches thérapeutiques, qui lui démontrèrent l'efficacité des bains d'air comprimé dans le traitement de certains états généraux, de l'anémie en particulier et de l'emphysème.

Ces premiers résultats obtenus par les bains d'air comprimé, il se soumit à des expériences analogues sur les effets du bain d'air raréfié. Dès qu'il amenait la raréfaction de l'air à un degré approchant de celui qui s'observe au sommet du Mont-Blanc, il ressentait cette même tendance à la défaillance qu'il avait éprouvée à de grandes altitudes. Il constata ensuite les bons effets dérivatifs du bain d'air raréfié dans le traitement de certaines phlegmasies aiguës ou chroniques.

Des médecins, témoins de ces premiers résultats, lui adressèrent des malades; l'un d'entre eux le conduisit un jour près d'une jeune personne affectée d'une méningite cérébrale. L'idée lui vint alors pour la première fois d'isoler toute une extrémité pour la soumettre à l'action du vide; il obtint une dérivation énergique sur la jambe, qui fut suivie d'une amélioration notable; trois heures après, une seconde application faite sur l'extrémité opposée fit cesser le délire et amena la convalescence.

Une fois en possession de ce nouvel agent thérapeutique, notre inventeur en fit l'application d'abord dans tous les hôpitaux de Paris, puis dans les cliniques de Montpellier et de Strasbourg, puis dans celles de l'Italie, de l'Autriche et de l'Allemagne. — La méthode hémospasique était constituée.

Le moment de la thèse était venu, et le 31 août 1833, M. Junod — c'était le nom du jeune étudiant, — signalait dans sa dissertation inaugurale les avantages de l'hémospasie, et soumettait à ses examinateurs les différents appareils qui s'y trouvaient décrits.

A dater de l'année suivante (1834), notre confrère soumettait successivement à l'Académie des sciences une série de mémoires contenant les résultats de ses recherches sur les effets de la compression et de la raréfaction de l'air, soit sur le corps entier soit sur les membres isolés.

C'est le résumé de tous ces mémoires et de toutes les communications faites sur l'hémospasie, ses procédés et son instrumentation, aux divers corps savants, depuis 1834 jusqu'en 1870, auquel l'auteur a ajouté une nombreuse collection d'observations et de nouvelles considérations de physiologie pathologique et de thérapeutique sur l'aérothérapie, qui constitue l'ouvrage sur lequel nous avons voulu appeler aujourd'hui l'attention de nos lecteurs (1).

Quand on jette les yeux sur la série des premiers travaux de M. Junod, on ne peut s'empêcher d'être frappé d'un certain caractère de grandeur et de généralité, et l'on se prend à regretter qu'il ne leur ait pas donné la suite qui semblait être d'abord dans sa pensée, et que d'un pareil point de départ, qui impliquait tant et de si beaux problèmes à résoudre, il se soit arrêté à un point de pratique, utile sans doute — c'est justement ce que nous tenons à établir ici, — mais, en somme, d'un ordre relativement restreint dans sa portée, comme dans son objet.

C'est à l'occasion de ces premiers travaux de M. Junod, que Magendie exprimait son étonnement que les médecins fussent restés aussi longtemps sans songer à tirer parti, dans un intérêt thérapeutique, d'un agent aussi puissant sur le jeu de nos

(1) *Traité théorique et pratique de l'hémospasie*, par T. Junod. — 1 vol. in-8°. Paris, 1875 (imprimé par ordre du Gouvernement à l'Imprimerie nationale).

organes que la pression atmosphérique. M. Junod venait de donner l'impulsion, d'autres l'ont suivie; et si Magendie vivait aujourd'hui, il aurait la satisfaction de voir les efforts qui ont été faits dans différentes directions pour l'élucidation de cet intéressant problème de physiologie, d'hygiène et de thérapeutique. Et la méthode de traitement par le bain d'air comprimé instituée par Tabarié, vulgarisée par Bertin et propagée aujourd'hui en Angleterre, en Allemagne, en Russie, en Suède et en Danemark; et les belles recherches expérimentales de M. le professeur Bert et des deux Pravaz; et le magnifique ouvrage publié l'année dernière par M. Jourdanet sur l'influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme, si plein d'observations utiles et intéressantes sur l'influence des climats d'altitude et les climats de montagnes, lui prouveraient que ses vœux ont été entendus, et que les médecins aujourd'hui ne sont plus aussi indifférents que ceux de son temps à l'étude de ces grandes et belles questions.

Mais revenons à M. Junod. Sans rester assurément étranger à ce mouvement qu'il avait imprimé lui-même, il s'est pratiquement confiné dans la poursuite de ses études sur l'hémospasie et dans le perfectionnement de l'appareil instrumental auquel la voix publique a donné son nom. C'est de cette partie seule de son œuvre qu'il nous reste à parler maintenant.

Le principe de l'hémospasie, qui n'est autre que celui de la machine pneumatique, et les appareils, qui ne sont autres que de grandes ventouses embrassant tout un membre ou une partie notable du corps, sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les décrire ici. Mais il est indispensable d'indiquer quelques-unes des modifications que l'auteur y a introduites depuis qu'une longue expérience l'a mis à même d'apprécier jusqu'aux plus petits détails de sa méthode. L'une des modifications les plus heureuses parmi celles que M. Junod a introduites dans son instrumentation, est son nouveau système obturateur, consistant en un manchon de métal s'adaptant au récipient par emboîtement, en un deuxième manchon en soie recouvrant le manchon de métal et destiné à offrir un appui souple et résistant à la fois à un troisième manchon ou surtout en caoutchouc, destiné à envelopper hermétiquement la jonction de l'appareil avec les parties qu'il doit envelopper; le tout maintenu par une bande de caoutchouc s'appliquant sur les bords de chacune des extrémités de ce manchon multiple, ainsi rendu imperméable.

A la pompe destinée à faire le vide dans l'appareil, M. Junod a adapté un petit manomètre.

Les récipients en métal ou en cristal, ainsi armés, prennent divers noms suivant les parties du corps auxquelles ils sont destinés. On connaît généralement sous le nom de botte Junod, le plus usuel de tous, celui qui est destiné à emboîter le membre inférieur.

Pour le membre thoracique, M. Junod qui se servait dans le principe d'une tige droite analogue à la botte, dans laquelle le membre devait être placé dans l'extension, ce qui rendait l'application de l'appareil extrêmement pénible pour peu qu'elle fut un peu prolongée, y a substitué un récipient coudé qui permet de placer le bras fléchi à angle aigu, ce qui obvie aux inconvénients signalés.

On peut voir dans les nombreux dessins dont est orné cet ouvrage, des modèles divers pour les applications variées qui peuvent être jugées utiles : un récipient destiné à la moitié inférieure du corps; un récipient pelvien; un récipient abdominal; des récipients pour les deux moitiés thoraciques; un récipient cervical; enfin un récipient destiné à embrasser la totalité du corps, la tête exceptée.

On trouvera ensuite la description des appareils et de leur mode d'application; puis, après un chapitre de physiologie pathologique sur les principaux groupes de phénomènes morbides auxquels s'applique plus particulièrement l'hémospase, tels que la congestion, l'hypercrinie ou turgescence sécrétoire, l'inflammation, etc., vient le chapitre des indications et des contre-indications. — C'est là la partie vraiment médicale du livre; nous regretterions peut-être que l'auteur ne lui ait pas donné plus de développements, si plus des deux tiers de son livre n'était rempli par une nombreuse collection d'observations qui parlent mieux encore à l'intelligence que des raisonnements théoriques et des exposés graphiques. C'est, en effet, dans cette collection d'observations parmi lesquelles il y a, sans doute, un choix à faire, toutes n'ayant pas la même valeur, que les lecteurs pourront trouver des exemples pour presque tous les cas prévoyables d'application de la méthode hémospasique.

Un dernier mot. Comment se fait-il qu'une méthode de traitement aussi rationnelle, fondée sur un aussi grand nombre d'observations et qui, lors de sa promulgation, a reçu les adhésions et les encouragements des premiers corps savants, semble — nous ne dirons pas abandonnée — mais négligée au point qu'à peine a-t-on de rares occasions de la voir appliquer dans les services de nos hôpitaux?

Il y a à cela plusieurs raisons: la première est dans le courant actuel des idées médicales, que nous sommes loin de blâmer dans sa direction générale, mais qui, comme tous les courants d'opinions, tend trop souvent à substituer une exagération à une autre. Ne voyant qu'anémie presque partout où l'on ne voyait jadis que congestions, hyperémie et pléthore, mis en possession par des observations et des études histologiques plus exactes d'une notion plus vraie et plus physiologique du processus inflammatoire, dans lequel le fait d'hyperémie ne joue plus qu'un rôle accessoire, on en est venu à restreindre de plus en plus et non sans de légitimes raisons l'usage des méthodes antiphlogistiques; et l'hémospasie révulsive a momentanément subi le discrédit qui s'est attaché à la saignée. Mais si cet abandon si général de la saignée était justifié à la fois par l'abus même qu'en avaient fait les générations médicales précédentes et par une connaissance et une appréciation plus justes des faits pathologiques, n'est-ce pas outrer la signification réelle de ces faits eux-mêmes et outrepasser les limites du bon sens pratique, que de la proscrire d'une manière aussi absolue que le font la plupart des médecins aujourd'hui? Et s'il est vrai, ainsi que l'ont déjà démontré quelques tentatives heureuses de réaction contre cet ostracisme, que l'on ait eu tort de renoncer à la saignée dans les cas où un raptus sanguin, une congestion réelle menacent d'une manière grave la vie, ou le libre fonctionnement des principaux organes, combien n'aurait-on pas eu plus tort encore de renoncer à cette méthode de dérivation puissante par hémospase, qui a l'avantage considérable, toutes les fois qu'elle est applicable, de produire instantanément l'effet principal de la saignée sans en avoir les inconvénients, sans faire subir à l'économie une déperdition dont l'idée seule arrête souvent la main du praticien.

Une seconde raison, qui n'est peut-être pas étrangère à l'oubli ou à l'indifférence des médecins à l'égard de la méthode qui nous occupe, est d'un ordre plus général. Personne plus que son inventeur n'avait le droit de la signaler et de s'en plaindre, ce qu'il ne fait d'ailleurs qu'avec une extrême réserve et une grande modération dans l'expression. Cette raison la voici. Nous laisserons parler M. Junod lui-même, et c'est par là que nous terminerons cet article.

« Telle est, dit-il, la tendance de l'esprit humain qu'il se refuse longtemps à reconnaître l'efficacité d'un moyen qui ne s'adresse qu'au bon sens sans frapper l'imagination. Affligeant contraste : on loue ce moyen, et on le néglige ; on vante le progrès, et on reste dans la routine ; on désire que l'art marche et se perfectionne, et on redoute toute nouvelle tentative, tout effort un peu sérieux d'examen. On aime mieux rester stationnaire et creuser encore l'ornière tracée par les siècles que d'en sortir, pour essayer de voir, de rejeter ou d'adopter ce qui peut changer les méthodes ou les procédés thérapeutiques ».

Placez à côté de ce tableau d'une teinte un peu mélancolique, comme contre-partie, l'engouement, souvent d'autant plus entraînant qu'il doit être plus éphémère, pour certaines nouveautés, surtout lorsqu'elles sont de provenance étrangère, et vous serez en possession d'une bonne part de la vérité sur les difficultés et sur les déboires que rencontrent trop souvent les inventeurs.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Pneumothorax avec transposition du cœur, consécutif à la rupture, dans la plèvre, d'une excavation tuberculeuse (1).

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

II

Le pneumothorax n'est pas une maladie primitive; c'est toujours, au contraire, une affection consécutive. Il y a longtemps déjà qu'on a fait justice de ces histoires dans lesquelles des gaz se développeraient dans la plèvre par suite de la décomposition d'un épanchement. Ce pneumothorax est toujours lié à l'entrée de l'air dans la cavité pleurale, soit que celle-ci communique avec les bronches, comme cela peut survenir à la suite de tubercules, de gangrène, d'abcès d'emphysème, etc., soit qu'au contraire la rupture se soit faite de dehors en dedans, comme on le voit, par exemple, lors de certaines fractures de côtes.

Ici, la cause de l'affection est évidemment dans le poumon droit, où l'auscultation atteste l'existence des cavernes dues à une tuberculisation arrivée au passage de la deuxième à la troisième période. Chez les tuberculeux, en effet, on voit fréquemment survenir le pneumothorax à la suite de la rupture d'une caverne dans la plèvre. Toutefois, pour que cet accident ait lieu, il faut des conditions particulières : à savoir que la caverne soit superficielle, voisine de la plèvre, et que, d'autre part, celle-ci soit indemne de l'oblitération, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de pleurésie, pas d'adhérences qui empêchent les gaz de distendre librement la cavité pleurale et de comprimer le poumon. De là cette conséquence, que les ruptures ont lieu à un degré peu avancé de la tuberculisation pulmonaire, par ce fait que, quand la maladie est ancienne, il existe toujours des adhérences pleurales, et que, dans la phthisie avancée, c'est toujours dans les parties les moins malades que ces ruptures se produisent.

Il y a de plus, chez notre malade, un fait qui rentre du reste dans la règle générale, c'est que le pneumothorax siége à gauche. En effet, sur un assez grand nombre d'observations que l'on a relevées, on a trouvé que, dans les deux tiers des cas, c'était dans ce côté de la poitrine que se développait l'affection. Cela tient probablement à ce que la tuberculisation est plus commune à droite, où elle envahit plus vite le poumon, qu'à gauche, où elle est ordinairement consécutive au développement des tubercules à droite, à cette tendance, dont je viens de vous entretenir, qu'a le pneumothorax à se développer toujours dans le poumon le moins malade.

Il y a dans la manière dont est arrivée la maladie, chez ce jeune homme, quelque chose de particulier. Ordinairement, c'est après un effort de toux que le pneumothorax se produit ; ici, il est survenu dans l'acte de la défécation; il est donc arrivé un moment où la glotte étant fermée, l'air contenu dans le poumon a subi un certain degré de pression entre celle-ci d'une part et les côtes de l'autre. Peut-être même ce malade a-t-il fait un effort qui, combiné à la distension momentanée du poumon, en a déterminé la rupture.

Le pronostic de cette affection est excessivement fâcheux. Dans les cas ordinaires, le pneumothorax, chez un phthisique, est une cause de mort plus prompte : la malade s'affaiblit, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et la mort arrive par asphyxie. D'autres fois, les choses se passent moins vite, mais la terminaison fatale n'en est pas moins menaçante. On ne cite aucun exemple de guérison.

Aussi, le traitement est-il purement palliatif. Tout ce que le médecin peut faire, c'est uniquement de chercher à calmer la douleur et à soutenir les forces du malade. Pour remplir la première de ces indications, c'est à l'opium que l'on devra s'adresser : notre malade s'est bien trouvé de 11 grammes de sirop de morphine dans un julep. Le vin, quelques gouttes d'alcool dans de l'eau sucrée, en soutenant les forces, prolongeront la lutte de quelques jours.

Quant au traitement curatif, il est nul. Il faut bien se garder, dans ces cas, d'avoir recours à la thoracentèse aussi souvent que l'ont faite et conseillée quelques auteurs. C'est soumettre le malade à une opération inutile, qui n'a qu'un effet passager de très-courte durée, qui ne déterminera pas l'évacuation de l'air contenu dans la cavité pleurale. Le poumon ratatiné, réduit à l'état de moignon, fixé d'ailleurs à la partie supérieure de la poitrine, où le maintiennent souvent des adhérences, a désormais perdu son élasticité. Si parfois les malades sont soulagés par cette opération, l'amélioration ainsi obtenue n'est que momentanée. La communication entre la plèvre et le poumon continuant à persister, l'air ne tardera pas de nouveau à s'accumuler dans la cavité pleurale. La thoracentèse est seulement indiquée dans les cas où la suffocation est extrême, et où la distension déterminée par la présence de l'air dans la plèvre est telle, que la mort est imminente.

Deux ou trois jours après cette leçon, l'état du malade commença à s'aggraver de plus en plus.

La dyspnée, déjà intense, devint extrême; les phénomènes d'asphyxie déjà signalés dès l'entrée à l'hôpital, devinrent de plus en plus accentués ; enfin, il fut pris d'une sorte de vertige, de délire, pendant lequel il voulut se lever de son lit. Mais à peine avait-il fait un pas dans la salle, qu'il tombait pour ne plus se relever. Dans les dernières heures de la vie, le malade avait présenté un certain degré d'infiltration œdémateuse du membre inférieur droit.

Il est évident que le déplacement du cœur a été pour quelque chose dans cette mort rapide. Une terminaison semblable n'est pas rare chez les individus qui présentent cette transposition d'un organe, qui est dès lors entravé dans son fonctionnement.

L'autopsie, pratiquée quelques heures après la mort, a permis de vérifier l'exactitude du diagnostic, qu'elle a d'ailleurs pleinement confirmée. Une ponction aspiratrice faite au moyen

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 avril.

de l'appareil Dieulafoy, dont on enfonce l'aiguille dans la plèvre, donne issue à une quantité d'air qu'on évalue à deux litres et demi. Immédiatement après cette évacuation, les côtes s'affaissent et les dépressions intercostales deviennent manifestes.

La proportion de liquide que l'on retire de la cavité pleurale, au moyen du même aspirateur, est faible; elle explique ainsi le peu d'intensité du bruit de succussion, qu'on ne parvenait à percevoir qu'après avoir imprimé sept ou huit secousses au malade. C'est un liquide mousseux, mélangé à de l'air, albumineux, semblable à celui de la pleurésie séro-fibrineuse et pas du tout purulent, contrairement à ce qu'on observe en général dans l'hydro-pneumothorax.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve le cœur fixé dans le côté droit par des adhérences pseudo-membraneuses; il occupe dans cette région la situation qu'il aurait dû avoir à gauche, où il existe, au contraire, un vide énorme.

Le poumon gauche est complétement refoulé en haut, sous la clavicule et le long de la colonne vertébrale. Il est maintenu par une adhérence seulement dans sa partie supérieure, et il reste libre dans tout le reste de son étendue, ce qui explique comment l'air et le liquide ont pu s'épancher dans la cavité pleurale. Le petit volume auquel cet organe est réduit ne permet pas de constater à quel endroit se trouve l'ouverture qui faisait communiquer le poumon avec la plèvre.

Le poumon droit est couvert, surtout à sa partie postérieure, de fausses membranes qui se sont évidemment produites dans les derniers jours de la vie. Il est gorgé de sang, parsemé dans toute son étendue de quelques granulations tuberculeuses. Au sommet, quelques cavernules expliquent les râles sous-crépitants qu'on y percevait pendant la vie.

A l'examen du larynx on trouve, sur l'épiglotte, des ulcérations tuberculeuses auxquelles il faut évidemment rattacher l'enrouement de la voix, que le malade présentait déjà avant son accident. Quant à l'extinction, elle était due, comme on l'a dit, à l'insuffisance de la respiration.

Le cœur est rempli de caillots noirs, asphyxiques.

Enfin, l'œdème du membre inférieur droit est déterminé par l'oblitération de la crurale, au niveau de la partie supérieure du pubis, où l'on trouve un caillot mou, de formation récente, qui s'est certainement établi dans les dernières heures de la vie.

SUR L'ANATOMIE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Par MM. Malassez et de Sinety.

Après avoir rappelé combien est variable et encore obscure la nature des tumeurs désignées sous le nom de kystes de l'ovaire, les auteurs exposent le résultat de leurs recherches sur deux ovaires kystiques. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-huit ans, ovariotomisée. L'un des ovaires portait un vaste kyste multiloculaire, l'autre d'aspect et de dimensions normales fut extirpé également, à cause de quelques petites cavités kystiques que l'on voyait à sa surface, et qui avaient absolument, à l'œil nu, l'aspect de follicules de Graaf. A l'examen histologique, on voit que l'ovaire, dont l'épithélium de revêtement et le stroma étaient normaux, contenait un grand nombre de cavités kystiques de formes et de dimensions très-variées. Aucune de ces cavités n'atteignait le volume d'un follicule de Graaf mûr. Ces kystes étaient revêtus tantôt d'épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles, tantôt d'épithélium caliciforme. Dans quelques cavités on trouvait réunies les trois formes d'épithélium. Sur aucun point de cet ovaire, il n'y avait d'ovules ni de follicules à aucun degré de développement, et ce qui était très-remarquable, pas de cicatrices de corps jaunes, qui sont d'ordinaire si abondants chez une femme de cet âge. On avait donc affaire, dans ce cas, à des produits kystiques, n'ayant rien de commun avec des follicules de Graaf, et la conduite du chirurgien se trouvait parfaitement justifiée. Le second cas avait trait à un ovaire très-augmenté de volume, trouvé à l'autopsie chez une femme de quarante-cinq ans, n'ayant jamais présenté pendant la vie de symptômes d'affection ovarienne. Cet ovaire contenait un kyste deux ou trois fois plus gros qu'un follicule de Graaf mûr. A l'intérieur de ce kyste, deux plus petits faisaient saillie. L'examen histologique montrait que ces trois cavités consistaient en follicules de Graaf; sur les deux petits kystes, on a même pu recueillir les ovules. Les parois de ces kystes étaient plissées et montraient un commencement d'atrésie. Ces kystes ressemblaient beaucoup à ceux contenus dans les ovaires kystiques des nouveaux-nés, décrits par M. de Sinety. En dehors de ces trois cavités kystiques, on ne trouvait ni follicules primordiaux, ni follicules de Graaf dans aucun point de l'ovaire. A peine a-t-on pu signaler la présence de un ou deux ovules, mais en revanche, on voyait plusieurs corps jaunes, à différentes périodes de régression. On voit, d'après ces faits, qu'il existe deux sortes de cavités kystiques de l'ovaire. Les unes dépendant de follicules hydropiques, les autres de néoformations. Dans les opérations d'ovariotomie, le chirurgien doit donc se tenir en garde contre ces prétendus follicules de Graaf, qui se montreraient à la surface d'un ovaire, ayant encore, du reste, les dimensions et l'apparence de l'état le plus normal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 avril 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. — M. de Synety au nom de M. Malassez et en son propre nom, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Influence du croton-chloral sur le vomissement. — M. Chouppe rappelle que depuis les recherches de M. le professeur Vulpian, confirmées par celles de MM. David (de Genève), Coyne et Budin, on sait qu'un animal plongé dans le sommeil anesthésique, ne vomit plus sous l'influence des agents émétiques, tant que dure l'anesthésie. Il a voulu voir s'il en était de même avec le croton-chloral. Il a endormi un chien avec cette substance, et lui a injecté de l'apomorphine sous la peau; l'animal n'a pas vomi. Le croton-chloral produit donc, sous ce rapport, les mêmes effets que les autres anesthésiques (éther, chloroforme, chloral).

Troubles digestifs produit par l'hydrate de chloral. — M. Chouppe a eu dans ces derniers temps l'occasion d'observer quelques troubles de la digestion produits par le chloral. Au bout de deux jours d'emploi d'une dose modérée de chloral, des malades qui jusque-là n'avaient aucun trouble gastrique, ont été pris de pesanteur d'estomac, de bouffées de chaleur revenant après chaque repas. Il suffisait de supprimer l'usage du chloral pour voir les accidents cesser. M. Chouppe se demande si l'on doit attribuer cet effet à l'action propre du chloral, ou à ce que ce médicament, actuellement très-peu cher, n'est pas très-pur? Il est un fait constant, c'est que le chloral, même le plus pur, irrite fortement la muqueuse gastrique. Cependant jamais il n'avait vu les troubles de la digestion ni aussi fréquents, ni se produire aussi vite.

M. Laborde fait remarquer que l'influence du chloral sur les troubles gastriqnes est aujourd'hui un fait bien connu. Toutefois la communication de M. Chouppe semble démontrer que ces troubles gastriques, consécutifs à l'administration du chloral, se produisent bien plus fréquemment qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

M. Leven a étudié l'action du chloral au point de vue de l'insensibilité de l'estomac. Assez souvent l'hydrate de chloral, suivant lui, détermine une excitation assez forte de la muqueuse stomacale, parfois même de véritables dyspepsies. C'est donc un calmant dangereux.

Éruption vaccinale anomale. — M. DUMONTPALLIER communique un fait intéressant, dont il a déjà entretenu la Société médicale des hôpitaux.

Il s'agit d'un enfant de la crèche de l'hôpital Saint-Antoine, qui a été vacciné à l'Académie de médecine et qui, à la suite de cette vaccination, a présenté plus de soixante pustules anomales. Sur quatorze enfants vaccinés le même jour, neuf ont présenté la même éruption phlycténoïde à des degrés différents. Tous ces enfants offraient un état général très-bon. Plusieurs ont été revaccinés un an après et ont, cette fois, présenté une vaccination à peu près normale. Le premier a succombé quelques mois après à une granulie aiguë. M. Dumontpallier signale ce fait en se demandant s'il n'y aurait pas à le rapprocher de ceux qui ont été observés chez les animaux auxquels avaient été injectées des substances diverses, et qui ont présenté, à la suite, des lésions analogues à celles de la granulie.

A l'occasion de cette communication, qui d'ailleurs doit faire l'objet d'un mémoire spécial, M. Dumontpallier signale plusieurs faits relatifs à la variole et à la vaccine, et qu'il a cru pouvoir déduire des observations et des expériences qu'il a faites.

Relativement à la varicelle, par exemple, M. Dumontpallier dit que cette affection peut se développer avant et après l'éruption vaccinale. Ses expériences lui ont démontré, en outre, que la varicelle n'est pas inoculable. Elle est contagieuse au moins autant que la variole elle-même, mais elle n'est pas inoculable. Il y a donc une différence de nature bien nette entre la variole et la varicelle.

Quant à la vaccine, elle est auto-inoculable du quatrième au neuvième jour, mais à des degrés très-divers. Ainsi l'inoculation faite le quatrième jour est celle qui réussit le mieux; celle qui est faite le neuvième jour donne des résultats à peine appréciables. Après le neuvième jour, on n'obtient plus rien. On peut en conclure que c'est à partir de ce jour que l'on a tout le bénéfice de la vaccination, et qu'on n'est plus apte à contracter la variole.

M. PARROT pense qu'il ne doit être établi aucun rapport entre la vaccine, fût-elle même anomale, et la granulie dont a parlé M. Dumontpallier. Il est tout à fait exceptionnel de voir les enfants succomber à la granulie à la suite d'une vaccination, et lorsque ce fait se produit, comme dans le cas cité par M. Dumontpallier, ce n'est là qu'une simple coïncidence. L'enfant dont il s'agit aurait eu de même la granulie s'il n'avait pas été vacciné; il est même probable qu'il l'avait avant sa vaccination. L'opinion qu'émet M. Parrot sur l'absence de toute relation entre la vaccination et la granulie est basée sur un nombre très-considérable de faits observés par lui.

M. DUMONTPALLIER s'est bien gardé de conclure; il a signalé un simple rapport entre deux faits. Il ajoute que cet enfant, lorsqu'il a été vacciné, présentait des signes manifestes de broncho-pneumonie.

M. PARROT fait observer, en outre, qu'au point de vue anatomique, il n'existe pas la moindre analogie entre les lésions de la granulie et les masses jaunes, caséeuses, qu'on rencontre chez les animaux qui ont été soumis à des injections de substances diverses.

M. LEVEN demande si les enfants présentant ainsi une vaccination phlycténoïde doivent être revaccinés un an après.

M. DUMONTPALLIER répond affirmativement.

M. LEVEN en conclut que ces éruptions phlycténoïdes ne sont pas du vaccin.

M. DUMONTPALLIER dit que c'est là une question de degré, et surtout une question de terrain, mais que, dans les deux cas, le virus vaccin est toujours le même.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Calculs hépatiques. — M. GALIPPE présente de volumineux calculs contenant une très-grande quantité de cholestérine qui ont été recueillis chez une femme de trente-quatre ans, qui a succombé à une pneumonie et qui, pendant la vie, n'avait présenté absolument aucun phénomène pathologique du côté du foie.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ADDITION A LA SÉANCE DU 8 AVRIL 1876.

Localisations cérébrales. — M. RAYMOND communique l'observation suivante : Depuis que l'étude des localisations cérébrales, dit-il, est entrée dans une voie clinique, grâce aux méthodes d'études données par M. Charcot, un certain nombre d'observations des plus importantes, ont été produites en faveur de la doctrine. Je viens d'observer à Beaujon, dans le service de M. Gubler, un fait qui me paraît avoir, relativement à la théorie défendue, une très-grande valeur.

Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, entré à l'hôpital dans le courant de janvier, pour une tuberculose, encore peu avancée, et paraissant devoir suivre une marche chronique.

Vers le milieu de février, cet homme commença à se plaindre de maux de tête assez violents, et, en même temps, il se mit à vomir tous ses repas; il éprouva en outre des douleurs vives dans le bras droit et dans l'hypochondre du même côté; vomissements et douleurs ont continué jusqu'à la fin de sa vie.

Dans les premiers jours de mars, il commença à s'apercevoir que son *bras droit* devenait lourd; à certains moments, il était complétement paralysé, tandis que, dans d'autres moments, il pouvait le lever jusque sur sa tête; la paralysie, avec ce caractère d'intermittence, persista jusqu'à la fin de la vie; la sensibilité a toujours été intacte; de temps à autre le malade avait des douleurs, mais ce fut tout; jamais, à aucun moment de sa maladie, il n'a existé de paralysie dans d'autres points de l'économie.

L'autopsie a révélé les lésions suivantes; au niveau des circonvolutions marginales antérieures et postérieures, sur le lobe gauche du cerveau, proche du lobe paracentral, existaient des amas de granulations tuberculeuses; dans ces points, les méninges épaissies, infiltrées de pus et de tubercules, étaient très-adhérentes; on ne pouvait les détacher sans enlever de la substance cérébrale; un peu plus bas, sur les mêmes circonvolutions le long des divisions superficielles de l'artère sylvienne, il y a aussi des traces de méningite, mais nulle part ailleurs, on ne constate de lésions cérébrales.

C'est donc précisément dans ces points indiqués par Ferrier, comme étant le centre moteur du bras, qu'on trouve la lésion pouvant rendre compte de la paralysie isolée; ce fait, si je ne me trompe, a, dans l'espèce, une grande valeur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 avril 1876. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Kyste hydatique du foie, ponction, urticaire consécutive. — M. LAVERAN donne lecture d'une observation de kyste hydatique du foie guéri par une seule ponction, à la suite de laquelle est survenue une urticaire. (Sera publié.)

M. LABBÉ fait observer que l'urticaire peut aussi bien apparaître en dehors de toute ponction; il cite l'exemple d'une femme atteinte d'un kyste du foie, et chez laquelle cette complication est survenue bien avant qu'on ne lui fît la ponction.

M. BERGERON pense que l'urticaire n'a rien de spécial à la ponction des kystes du foie. Les chirurgiens voient souvent se développer une urticaire à la suite d'une opération quelconque.

M. LAVERAN dit que l'urticaire, à la suite de la ponction du kyste du foie, est un phénomène très-fréquent, tandis qu'il est très-rare à la suite d'une opération quelconque. Il n'est pas douteux pour lui qu'il y a là une relation bien certaine dont il est très-difficile d'ailleurs de fournir l'explication.

Hémiplégie, hémianesthésie, aphasie dans le cours d'une fièvre typhoïde. — M. BROUARDEL communique, au nom d'un de ses anciens élèves, M. le docteur Calmette, l'observation d'un malade qui, au seizième jour d'une fièvre typhoïde, dont le diagnostic n'était pas douteux, a été atteint d'aphasie bientôt suivie de trou-

bles de la motilité, de la paralysie de la moitié droite du visage et d'une hémiplégie incomplète du même côté.

La déglutition était gênée; il y avait des troubles de la sensibilité générale et la perte de l'ouïe et de l'odorat du côté droit; aucun trouble du côté des yeux; la parole resta pendant quelque temps très-difficile à comprendre; cependant l'état du malade s'améliora sensiblement, et finalement il guérit.

Ce malade avait eu autrefois des fièvres intermittentes, qui s'étaient accompagnées de phénomènes graves, en particulier d'hémorrhagies intestinales. Or, l'apparition de ces accidents de paralysie était-elle due à la fièvre typhoïde elle-même ou à ces fièvres intermittentes antérieures? M. Calmette discute cette question. Il fait suivre cette intéressante observation d'un historique assez complet, et en rapproche les cas analogues, en rappelant que, dans ceux qui ont été suivis d'autopsie, on a trouvé presque constamment une lésion de la capsule interne.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

Arrivons maintenant à la seconde forme de l'enseignement policlinique, c'est-à-dire à la policlinique complétement indépendante de la Faculté: c'est à Vienne que se trouve la plus intéressante policlinique de ce genre dans toute l'Allemagne, c'est elle qui nous servira pour présenter les observations que vous nous demandez. Il existe telle policlinique séparée à Berlin, à Leipsig, à Wurtzbourg, à Prague, à Zurich, comme à Munich; il en existe aussi à Fribourg-en-Brisgau, à Tubingue, à Kiel. En ce qui concerne ces dernières villes nous avons déjà dit que la nécessité d'une policlinique indépendante nous semble fort douteuse; les cliniques stationnaires de ces universités ne contiennent vraiment pas une si grande quantité de malades pour que l'on puisse ainsi diminuer l'activité de l'enseignement hospitalier en lui enlevant une bonne partie des malades qui s'y rendraient, si la policlinique n'existait pas à titre indépendant. Cependant comme cette question dépend des arrangements locaux, et de conditions tout à fait particulières, il n'appartient point à un étranger de se prononcer à propos d'un sujet sur lequel tous les intéressés ne sont point ici d'accord. Nous devons ajouter qu'un grand nombre de personnes, très-versées dans la question de l'enseignement médical, pensent qu'il serait bien plus avantageux et utile pour les étudiants que ces policliniques fussent réunies aux cliniques stationnaires.

La policlinique indépendante de Vienne n'existe que depuis quelques années seulement. De quel mouvement d'opinion, de quelles idées sérieuses est née cette institution à titre libre? C'est ce qu'il importe d'indiquer avec quelques détails.

Il faut bien le dire, le répéter souvent, dans aucune ville universitaire d'Allemagne, à Vienne même, il n'existe un enseignement clinique des hôpitaux aussi riche de matériel, de malades, et surtout de maîtres que dans notre Paris. Vienne a son grand Hôpital-Général et quelques hôpitaux ou hospices dans ses faubourgs; l'Empereur ou la Ville garnissent les hôpitaux secondaires de médecine, le plus souvent sans titre académique, et c'est au demeurant sur l'Hôpital-Général et ses chaires cliniques que reposent toutes les difficultés de l'enseignement.

Or il y a à Vienne, outre les ordinaires, un grand nombre de professeurs extraordinaires et de docenten. On compte de quarante-cinq à cinquante docenten enseignant à l'heure présente à Vienne. Tous ces maîtres pour avoir des élèves ont besoin de malades; tous ces maîtres pour travailler eux-mêmes, observer, écrire, publier, (le concours n'existant pas, la publication est, ainsi que nous le dirons plus tard, le seul moyen de fixer sur soi l'attention des conseils académiques et de conquérir une situation officielle dans l'enseignement), ont besoin de malades. Où trouver des malades? La nécessité d'avoir des malades pour servir à l'enseignement, telle a été la cause capitale de la fondation de la policlinique libre de Vienne.

Ce n'est pas qu'on n'eut proposé d'autres moyens de fournir des malades aux études et aux leçons des extraordinaires et des docenten.

En haut lieu, dans les régions officielles elles-mêmes, la question avait préoccupé plus d'un esprit.

Dans un récent programme de réforme d'enseignement publié par M. le professeur ordinaire de Ziemssen, directeur de la clinique médicale à Munich, ce maître avait proposé tout simplement de mettre à la disposition des maîtres libres les malades des services stationnaires de clinique. Il est inutile de faire ressortir tout ce qu'a d'impraticable un pareil système, quelle confusion, quel trouble il apporterait dans l'enseignement. Livrer les malades d'un service de clinique, déjà confiés aux soins du professeur titulaire, à l'examen, aux observations, aux conseils d'autres médecins moins scientifiquement qualifiés, ce serait tout simplement révolutionner un hôpital! Dans ce véritable tohu-bohu de consultations, de réflexions, d'examens, de conseils, de diagnostics, de pronostics, de traitements, on se demande ce que deviendraient d'une part la confiance du malade, sa soumission, son respect vis-à-vis le médecin (les salles divisées entre deux médecins sont déjà un système fâcheux), et ce que deviendrait d'autre part l'esprit de l'élève ballotté au milieu d'un tel chaos. Vous sentez, monsieur, que le nouveau programme de M. le professeur de Ziemssen, n'a pas eu plus de succès dans les Facultés de médecine allemandes qu'il n'en eût eu dans les nôtres. L'esprit d'outre-Rhin est très-chercheur, c'est un point incontestable, et cette agitation perpétuelle qui lui fait tendre vers le mieux ou ce qu'il croit tel, est une chose certainement louable, mais dans l'espèce on ne pouvait trouver une plus fâcheuse voie : tout cela a été dit ici avec beaucoup de force et de raison. Le point de vue humanitaire n'a point été oublié, il y a véritablement de quoi choquer une conscience, même peu sensible, dans le spectacle de ces malheureux malades fatigués par la visite du matin, l'examen du maître, des assistants, des élèves, par la visite de l'assistant le soir, et livrés dans la journée aux recherches des maîtres particuliers suivis de leurs élèves payants.

Où donc trouver ce *matériel de malades* sans lesquels cours, observations, mémoires et livres sont impossibles pour les extraordinaires et les docenten? La policlinique, une policlinique libre devait le fournir.

La policlinique de Vienne a été fondée par des donateurs particuliers, et par les cotisations d'un certain nombre de médecins viennois, réunis en association libre pour enseigner la médecine. Elle occupe un local assez spacieux loué dans un de ces splendides immeubles nouvellement construits sur le Ring de la ville : elle n'a rien de commun avec la Faculté de médecine. Cependant, comme nous devons ici tout dire, cet institut quoique parfaitement libre et indépendant, quoique destiné à un enseignement non-officiel, a demandé des secours à l'État, qui les a accordés : est-ce un don extraordinaire à titre d'encouragement, ou bien cela deviendra-t-il une subvention annuellement continuée? L'avenir répondra à cette question. Il est bien difficile ici aussi, où cependant l'initiative individuelle est assez développée justement à cause de l'importance de l'enseignement particulier, de s'abstenir de dons de l'État :

Timeo Danaos et dona ferentes,

ici aussi les établissements particuliers ne craignent point d'introduire dans la place l'influence du grand et dangereux donateur.

Le local affecté à la policlinique occupe deux étages avec des salles disposées pour l'enseignement de chacune des principales spécialités. Le matériel en est complet en ce qui concerne les besoins d'un cours d'otologie, d'ophthalmologie, d'électrothérapie, de laryngoscopie, etc.; les instruments de chirurgie sont conservés soigneusement dans les vitrines des salles. Tout ce côté matériel est convenable.

Quinze cours sont faits en ce moment à la policlinique de Vienne : douze docenten et médecins praticiens libres y professent, les trois

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 avril.

autres cours sont faits par des professeurs extraordinaires. Tous ces cours sont *payants* : les honoraires varient de 5 à 15 florins d'Autriche (le florin d'Autriche vaut 2 fr. 50) : en moyenne le prix en est de 5 à 10 florins pour les étudiants, de 10 à 15 pour les médecins. Une petite affiche indique l'heure de la leçon, les honoraires et la durée du cours : la durée d'un cours varie de quatre semaines à deux mois.

Nous notons sur le *stunden plan* de la policlinique, deux cours sur les maladies du système nerveux et sur l'électrothérapie ; ces deux cours sont faits par deux professeurs extraordinaires, MM. Benedict et Rosenthal ; un cours sur les maladies de la peau et la syphilis fait par M. le professeur extraordinaire Auspitz, directeur de la policlinique ; deux cours d'ophthalmologie avec exercices pratiques ; un cours d'otologie avec exercices pratiques ; deux cours sur les maladies internes des enfants ; deux cours sur les maladies chirurgicales des enfants ; un cours sur les maladies de l'abdomen (bauchorgane) ; un cours sur les maladies du pharynx et du larynx ; un cours sur les affections du cœur et des poumons ; un cours de pathologie interne ; enfin un cours de gynécologie, par M. de Rokitansky fils. Ce dernier cours ne peut être suivi par plus de dix auditeurs à la fois ; il a cinq leçons par semaines et dure deux mois. (Honoraires 25 florins). M. de Rokitansky est directeur de l'hospice de femmes Marie-Thérèse et en même temps docent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Béclard, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1875-76, par M. Mathias Duval, agrégé.

M. Guyon, agrégé, est chargé du cours complémentaire des maladies des voies urinaires.

M. Farabœuf, agrégé stagiaire, est appelé à l'activité, à dater du 15 mars 1876, en remplacement de M. Polaillon, dont la prorogation temporaire est expirée.

M. Longuet, docteur en médecine, aide du laboratoire des cliniques, est délégué dans les fonctions de chef dudit laboratoire, en remplacement de M. Liouville, député.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Millet (Joseph), né à Saffloz (Jura), le 7 décembre 1851, est nommé aide de botanique et d'histoire naturelle en remplacement de M. Lemaire, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. C. Friedel, docteur ès sciences, est nommé professeur de minéralogie, en remplacement de M. Delafosse, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. Dastre, docteur ès sciences, est chargé de suppléer M. Bert, professeur de physiologie générale.

M. Boudreaux, licencié ès sciences physiques, préparateur au lycée Henri IV, est nommé préparateur de physique (laboratoire de M. Jamin).

— *École des hautes études.* — M. Jannetaz (Pierre-Michel-Édouard), docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de minéralogie à l'École pratique des hautes études (section d'histoire naturelle).

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'académie, les personnes dont les noms suivent :

M. le docteur de la Savinière, travaux sur la botanique, et M. Tassin, pharmacien des hospices à Soissons.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — *Cours de botanique.* — *Classifications et familles naturelles.* — M. le professeur Édouard Bureau commencera ce cours le samedi 29 avril 1876, à midi, et le continuera à la même heure les mardi et samedi de chaque semaine.

Il passera en revue les familles des plantes formant l'embranchement des monocotylédones. Ce cours sera à la fois théorique et pratique. Les leçons théoriques auront lieu le samedi, à midi, dans le grand amphithéâtre, les leçons pratiques le mardi à midi et le samedi à deux heures, dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

Des herborisations font partie du cours ; elles auront lieu ordinairement le dimanche.

Cours de paléontologie. — M. le professeur Albert Gaudry traitera des fossiles du terrain tertiaire. Il s'attachera particulièrement à l'histoire des animaux qui peuvent être considérés comme les ancêtres des espèces actuelles.

Ce cours commencera le mercredi 26 avril 1876 à trois heures et demie et continuera les lundis et mercredis suivants à la même heure. Il aura lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée.

Les lundis, à trois heures et demie, le professeur fera une conférence pratique soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries.

Cours de minéralogie. — M. des Cloizeaux, professeur, commencera ce cours le mercredi 26 avril, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des combustibles, des pierres et des métaux. Des conférences auront lieu le jeudi dans la galerie ou dans l'amphithéâtre. L'heure et la date auxquelles elles auront lieu, seront ultérieurement annoncées.

— *Cours d'accouchement.* — M. Charpentier, agrégé de la faculté, suppléera M. le professeur Pajot, à partir du mardi 25 avril.

Il continuera à développer le programme de M. Pajot.

Les cours auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à midi.

— M. le docteur Archambault reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital des enfants malades, le vendredi 28 avril à neuf heures et demie. — Visite à huit heures et demie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Dragées arsenico-ferriques
aux sels naturels de la Dominique.

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — Biett. — Bouchardat, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : **3** francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Sirop de digitale de Labélonye

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches : PNEUMONIE, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Thérapeutique des affections rhumatismales.

Baume à l'huile concrète de LAURIER D'ARABIE

contre la goutte, les rhumatismes, les douleurs, les névralgies, etc. (AL-GHAR DU Dr ALI.) — Lorsqu'on frotte avec ce baume la partie malade, il s'y développe bientôt une très-vive chaleur, mais qui ne produit aucune irritation de la peau, contrairement aux autres produits qui enflamment généralement les parties sur lesquelles on les applique et ne soulagent momentanément qu'en substituant une douleur à une autre.

Ph. Mariani, 41, bd Haussmann, et princ. pharm.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie Dupuy, montagne de la Cour.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).
Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Elixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot. *Laroche*

Névralgies calmées à l'instant

même par les PILULES antinévralgiques du docteur CRONIER. — 3 fr. la boîte. — Dépôt : Paris, pharmacie Levasseur, 23, rue de la Monnaie.

Huile de foie de morue
pancréatique de DEFRESNE

M. Cl. Bernard a démontré que le *suc pancréatique* avait pour mission de digérer les corps gras; s'emparant de ce fait physiologique, M. Defresne a eu l'idée d'employer le suc pancréatique à l'émulsion de l'huile de foie de morue, de manière à la rendre assimilable.

L'huile qu'il traite par la pancréatine, perd sa forme liquide et prend celle d'une crème blanche, dans laquelle la saveur particulière de l'huile de foie de morue est entièrement dissimulée et rendue même agréable par l'intervention du laurier-cerise.

Dans ces conditions, elle se délaye dans l'eau, le lait, le chocolat, le café, le bouillon, suivant le goût du malade.

Elle ne cause jamais ni renvois, ni diarrhée, et ne donne lieu à des selles graisseuses comme cela a lieu avec l'huile de foie de morue ordinaire; elle est au contraire absorbée, sans aucun travail, par l'estomac le plus délicat; c'est le problème longtemps cherché, et enfin résolu, de faire prendre ce médicament sans répugnance.

De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux ont confirmé tous les faits avancés.

DOSE : 4 à 8 cuillerées à café par jour, avant les repas.

Dépôt à la PHARMACIE DEFRESNE, 2 et 4, rue des Lombards, et dans les principales pharmacies.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Pilules Duroy **à l'extrait de sang,**
— ou Hématiques —

RECONSTITUANT GÉNÉRAL renfermant tous les principes extractifs azotés, les sels et minéraux du sang de bœuf, *sans exception*, c'est-à-dire *tous les matériaux de l'organisme*. Ce nouveau médicament, approuvé et ordonné par un grand nombre de médecins distingués, remplace et complète les ferrugineux, les phosphates, le quinquina, la pepsine, etc. — Dose moyenne : 4 pilules par jour; — 4 francs le flacon de 100 Pilules dragéifiées inaltérables. — J. P. L. DUROY, pharmacien lauréat de l'Institut, 10, rue du Faub.-Montmartre, a Paris, et toutes les pharm.

Liqueur de Carrié au tartrate
ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Dynamomètre de poche

DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromur en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pilules de Blancard, **approuvées par l'Académie de médecine de Paris.**

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Blancard* *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 miligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

Nota. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. Vigier, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Nous rappelons que les *Granules trois cachets* renferment, sous une couche de sucre, un noyau pilulaire exactement dosé et qui ne durcit pas, ce qui assure sa dissolution.

Comme ils contiennent tous des substances énergiques : arsenic, digitaline, morphine, etc., ils ne sont délivrés que sur ordonnance du médecin et ne portent aucune indication de doses ni d'usage.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption; de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci-contre. *Raoul Bravais*

Eau de Contrexéville
(Source du Pavillon).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

N° 49. — JEUDI 27 AVRIL 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 27 AVRIL 1876. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lasègue, que tant de titres et de ceux surtout que l'on apprécie le plus dans les académies désignaient depuis longtemps pour un siége à la rue des Saints-Pères, va enfin y prendre place. Ce n'est pas tout à fait sans lutte qu'il y sera arrivé. Mais le nombre et le mérite même de ses compétiteurs ne font que rehausser son succès.

L'Académie, après cette élection, a entendu plusieurs communications intéressantes, entre autres une lecture de M. Burdel (de Vierzon), l'un de ses nouveaux correspondants, sur un cas de corps étranger dans les bronches, qui a donné lieu à un ensemble curieux de phénomènes morbides, et la relation d'une opération de fistule vésico-vaginale à l'aide d'un procédé particulier approprié à l'étendue de la perte de substance et aux difficultés spéciales du cas, par M. Cazin (de Boulogne). Mais la communication qui a le plus vivement fixé l'attention de l'Académie, est celle de M. Léon Labbé. Qui n'a entendu parler de l'homme à la fourchette, auquel les journaux, grands et petits, ont fait une célébrité presque légendaire! L'histoire de cette fameuse fourchette dont l'authenticité avait soulevé des doutes, au point qu'un membre de l'Académie nous disait hier, en sortant de la séance, qu'il avait été convaincu jusque-là qu'elle était complétement apocryphe; cette histoire a trouvé son heureux dénouement entre les mains de M. Léon Labbé, qui est venu dire hier à l'Académie par quel ingénieux procédé il était parvenu à pratiquer sur les parois de l'estomac une ouverture d'une dimension suffisante pour permettre l'extraction de l'hôte étrange auquel ce viscère avait donné asile pendant deux ans. On lira plus bas la note textuelle dont M. Labbé a donné lecture.

La séance a été remplie ensuite par des lectures de rapports de prix, rapport pour le prix d'Argenteuil, lu en séance publique par M. Dolbeau, et discuté ensuite en comité secret, et sur le prix Civrieux par M. Le Roy de Méricourt, lu en comité secret.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LAVERAN.

Kyste hydatique du foie; guérison après une seule ponction; urticaire consécutive à la ponction.

L'observation suivante vient à l'appui des faits déjà nombreux qui attestent l'innocuité et l'efficacité des ponctions aspiratrices dans le traitement des kystes hydatiques du foie; de plus elle confirme la relation singulière notée par différents auteurs entre l'ouverture des kystes à échinocoques de l'abdomen et l'apparition de l'urticaire, c'est à ces deux titres qu'elle m'a paru digne d'intérêt.

M... (Gilbert), soldat au 30e d'artillerie, âgé de vingt-trois ans, entre au Val-de-Grâce, le 25 novembre 1875, le malade est un ancien saltimbanque, il s'est toujours bien porté jusqu'à la fin de 1873; à cette époque il s'aperçut qu'il portait à l'épigastre une tumeur grosse environ comme un œuf; élancements douloureux dans la partie supérieure de l'abdomen, nausées, parfois même vomissements après les repas; malgré ces troubles digestifs l'état général resta satisfaisant.

La tumeur augmenta lentement, mais d'une façon continue; au mois d'août 1875, le malade entra une première fois au Val-de-Grâce, on appliqua un vésicatoire à l'épigastre, afin de calmer les douleurs.

Le 25 novembre 1875, M... rentre au Val-de-Grâce dans mon service; l'état général est toujours satisfaisant, cependant il y a de l'amaigrissement, les douleurs épigastriques reparaissent de temps à autre, les digestions sont difficiles. La tumeur occupe la région épigastrique, elle est lisse, régulièrement arrondie non mobile, mate à la percussion et la matité se confond d'une part avec celle du foie, d'autre part avec celle du cœur, le lobe droit du foie n'est pas augmenté de volume, la palpation permet de reconnaître une encoche profonde entre ce lobe et la tumeur. Il existe une légère voussure de la région épigastrique et de l'hypochondre gauche, surtout lorsque le malade fait un effort, le diaphragme repoussant alors le foie; on ne sent ni fluctuation, ni frémissement hydatique.

Le diagnostic de kyste hydatique du lobe gauche du foie est porté.

A plusieurs reprises le malade se plaint de coliques et il rend des selles muqueuses dysentériformes; le calomel, les purgatifs salins, le bismuth, l'opium échouent contre cette colite en quelque sorte mécanique, ou ne produisent qu'une amélioration temporaire; la région rénale gauche est aussi le siége d'assez vives douleurs; les urines sont normales.

Pendant les mois de décembre 1875, janvier et février 1876, la tumeur continue à s'accroître lentement, elle se développe surtout du côté gauche, probablement parce que à droite, le foie la gêne dans son développement et lui sert de point d'appui.

Au commencement du mois de mars l'état est le suivant : les fausses côtes du côté gauche sont notablement soulevées, la tumeur grosse

environ comme une tête d'enfant nouveau-né est facile à limiter par la palpation et la percussion; son bord inférieur, régulièrement arrondi, descend jusqu'à 3 centimètres de l'ombilic; la matité au niveau des plus grands diamètres mesure 15 centimètres de haut sur 16 centimètres de large. Anorexie, nausées, dyspepsie, coliques, douleurs dans la région rénale gauche.

Après avoir pris l'avis de MM. L. Colin et Vallin, je me décide à intervenir.

Le 13 mars j'enfonce dans la tumeur le trocart (moyen modèle) de l'appareil aspirateur de M. Potain. Il s'écoule aussitôt un liquide clair comme de l'eau de roche qui se trouble seulement vers la fin de l'opération; 1,600 grammes de liquide sont ainsi recueillis. Ce liquide chauffé dans un tube jusqu'à ébullition ne se trouble pas et l'addition d'acide azotique n'a d'autre effet que de dégager de nombreuses bulles de gaz.

Après avoir laissé déposer le liquide on obtient un précipité tellement riche en échinocoques qu'ils forment sur quelques préparations une couche presque continue; à l'œil nu les échinocoques apparaissent comme des petits grains de semoule, c'est évidemment à leur présence qu'il faut attribuer l'aspect louche du liquide à la fin de l'opération.

L'analyse chimique du liquide a été faite par M. Roux au laboratoire de l'Hôtel-Dieu; voici la note qu'il a bien voulu me remettre.

Liquide limpide transparent, de réaction légèrement alcaline.

			Pour 100 gr.
Matières solides			1g 435
Matières organiques			0 540
Matières inorganiques			0 795
Matières organiques	Matière albuminoïde coagulable par l'alcool		0g 540
	Graisse et cholestérine		
	Acide succinique	traces.	
	Urée		
	Xanthine		
Matières inorganiques	Chlorure de sodium		0 525
	Sulfates		0 270
	Carbonates alcalins		
	Phosphates (traces)		

Pas de traces de sucre ni d'inosite.

Après l'opération je recommande au malade de garder la position horizontale, de ne faire aucun effort et de rester un peu à la diète.

14 mars. — Le malade accuse quelques tiraillements d'estomac, quelques nausées, anorexie; du reste pas de fièvre, pas de douleur à la pression de l'abdomen. (Une portion d'aliments, 2 grammes de rhubarbe).

Vers une heure du soir le malade s'aperçoit que le tronc et les membres se couvrent de plaques d'urticaire, il éprouve en même temps de vives démangeaisons.

Le 15, au moment de la visite, l'urticaire a disparu en grande partie; on trouve cependant encore quelques plaques caractéristiques à la face interne des cuisses.

Dans la journée, nouvelle poussée d'urticaire qui, cette fois, n'occupe plus que la face antérieure du tronc.

Pas de douleurs abdominales, le malade se lève, l'appétit revient. M... avait eu de l'urticaire quelques années auparavant, à la suite d'une indigestion occasionnée par des escargots.

Au moment de la sortie de l'hôpital (dans les derniers jours du mois de mars), on ne trouve plus trace de la tumeur et le malade n'éprouve plus ni coliques ni douleurs lombaires.

Le temps trop court qui s'est écoulé entre l'opération et la sortie de l'hôpital, ne permet pas d'affirmer que la guérison est complète, que le kyste ne se reproduira pas d'ici à quelques mois, néanmoins, je crois qu'on peut considérer cet heureux résultat comme probable. La facilité avec laquelle la tumeur s'est vidée, l'absence de frémissement hydatique, l'abondance des échinocoques libres dans le liquide semblent indiquer que nous avions affaire à une poche unique, et il est démontré que dans ce cas une seule ponction est souvent suffisante pour amener la guérison. Les kystes simples ne sont pas du reste aussi rares qu'on pourrait le croire, sur quarante-huit opérés Finsen dit n'avoir trouvé de vésicules secondaires que chez neuf malades. (*Les échinocoques en Irlande. — Mémoire publié dans les Archives générales de médecine* 1869.) Quand même une récidive surviendrait dans quelques mois, cette observation conserverait toute sa valeur au point de vue de l'innocuité de la ponction aspiratrice dans les kystes hydatiques du foie; le malade n'a éprouvé aucun malaise pendant l'opération et il n'a présenté ensuite aucun symptôme de péritonite.

Des faits nombreux démontrent que la pénétration du liquide des kystes hydatiques dans la cavité péritonéale n'est pas un accident aussi redoutable qu'on le croyait autrefois. Quant à la mort subite survenant à la suite de la ponction des kystes hydatiques, c'est là un fait heureusement exceptionnel qui s'explique toujours par l'existence d'affections concomitantes. C'est ainsi que dans le cas cité par M. le docteur Martineau, le kyste hydatique était compliqué de pneumonie caséeuse, d'emphysème pulmonaire et de péricardite chronique (*Société médicale des hôpitaux. Séance du* 26 *mars* 1875). Peut-être dans ce cas la péricardite avait-elle donné lieu à une inflammation de l'un des pneumogastriques, et l'on sait que l'inflammation a pour effet d'exagérer les propriétés des nerfs d'arrêt; ainsi le pincement de l'intestin chez la grenouille saine n'est suivi d'aucune réaction, mais si l'intestin est enflammé, le pincement détermine l'arrêt du cœur, c'est là une théorie qui trouve également son application dans certains cas de mort subite par syncope à la suite de la thoracentèse.

Quoi qu'il en soit, le fait que nous avons observé vient à l'appui de ceux qui ont été réunis par M. le docteur Desnos, (*Bulletin de thérapeutique*, 15 *et* 30 *juillet* 1875), et qui prouvent que la ponction aspiratrice est la méthode de traitement la plus simple et la plus inoffensive dans les kystes hydatiques du foie.

Un autre point intéressant de l'observation précédente est l'apparition de l'urticaire vingt-quatre heures après la ponction.

Finsen le premier (*Mém. cité*) a attiré l'attention sur la relation qui existe entre la pénétration du liquide des kystes hydatiques dans la cavité abdominale et l'apparition de l'urticaire, presque immédiatement après la rupture de l'échinocoque dans la cavité abdominale. Il se développe sur différentes parties du corps, écrit Finsen, (*Mém. cité*), un exanthème semblable à une urticaire accompagné d'une forte démangeaison et qui disparaît au bout d'un jour ou deux. MM. Dieulafoy (*Traité de l'aspiration des liquides, Paris* 1873), Hayem et Ferrand (*Société médicale des hôpitaux, séance du* 10 *juillet* 1874), Bussard (*Gazette des hôpitaux* 1875, *p.* 740), Archambault (*Union médicale* 1876) ont publié des observations de kystes hydatiques du foie avec urticaire consécutive à la ponction. Enfin M. le docteur Feytaud dans une thèse soutenue en 1875, a réuni quatorze observations qui établissent la fréquence de l'urticaire à la suite de la rupture des kystes hydatiques dans l'abdomen ou de la ponction de ces kystes. Notre malade a présenté de l'urticaire le lendemain de l'opération, puis l'éruption a disparu pour se montrer de nouveau les jours suivants.

Conformément à l'opinion émise par Finsen, la pénétration du liquide kystique dans la cavité péritonéale paraît devoir être considérée comme la cause de l'urticaire qui se développe après la ponction comme après la rupture des kystes. Quand on ouvre les kystes avec les caustiques, c'est-à-dire par un

procédé qui ne permet l'introduction d'aucune goutte de liquide dans le péritoine, l'urticaire fait généralement défaut, au contraire, elle est constante et apparaît très-rapidement quand un kyste hydatique se rompt dans l'abdomen.

Comment le liquide des kystes introduit dans la cavité péritonéale agit-il pour provoquer l'urticaire? est-il résorbé et son mélange au sang est-il cause de l'urticaire, comme paraît l'être la bile dans quelques cas d'ictère? ou bien le liquide agit-il sur les nerfs splanchniques et par leur intermédiaire sur les vaso-moteurs pour produire l'exanthème? L'analyse chimique ne révèle dans le liquide des kystes aucune substance ayant la propriété de provoquer l'urticaire. Ce qui domine dans ce liquide, c'est le chlorure de sodium, puis viennent les sulfates, les carbonates alcalins, la cholestérine, des traces d'urée d'acide succinique et de xanthine, enfin une très-petite quantité de matière albuminoïde coagulable seulement par l'alcool. On peut soutenir, il est vrai, que cette analyse est incomplète, mais ce qui prouve encore que la résorption du liquide n'est pas la cause de l'urticaire, c'est que l'éruption se produit à la suite de la ponction capillaire, alors que la quantité de liquide épanché dans la cavité péritonéale doit être extrêmement faible. Il est bien plus vraisemblable que le liquide des kystes hydatiques agit sur les nerfs splanchniques comme font certains aliments introduits dans l'estomac. Notre malade avait été atteint d'urticaire quelques années auparavant à la suite d'une indigestion occasionnée par des escargots. L'urticaire ne s'était montrée à cette époque que sur le côté droit du corps, ce qui indique une action portant sur les centres vaso-moteurs et non sur la périphérie des nerfs; du reste, la marche intermittente de l'urticaire, sa fréquence dans certaines affections qui intéressent les centres vaso-moteurs (dans l'intoxication palustre, par exemple), les prédispositions singulières auxquelles son étiologie est soumise, tout enfin annonce qu'il s'agit d'une éruption placée sous la dépendance du système nerveux.

HOSPICE SAINT-LAZARE. — M. Chéron.

Ictère et coliques hépatiques en rapport avec une rétention des règles, par atrésie complète du canal cervical de l'utérus. — Opération. — Écoulement de deux litres de sang altéré. — Guérison des phénomènes hépatiques.

Tous les gynécologistes s'accordent aujourd'hui à reconnaître le rôle immense que jouent les affections utérines dans les troubles de la santé de la femme. Souvent difficiles à reconnaître; dans bien des cas, elles ne manifestent leur existence que par le retentissement qu'elles exercent sur les autres organes; aussi les malades n'acceptent-elles que difficilement une semblable manière de voir, et allèguent-elles le parfait état indolore de l'organe, l'absence de pertes blanches et de toute espèce de gêne pour démontrer l'erreur du diagnostic médical.

Les troubles sympathiques et réflexes du système nerveux cérébro-spinal, de la circulation, de l'appareil urinaire, de la nutrition générale, de l'appareil digestif, et parmi ces derniers, le trouble des fonctions hépatiques peuvent tirer leur origine de l'existence d'une maladie fonctionnelle ou organique de l'utérus, en dehors de tout signe ou symptôme subjectif local d'un état morbide de l'appareil utéro-ovarien.

Le cas intéressant que je viens d'avoir sous les yeux prouve une fois de plus combien il importe de fixer son attention sur l'état de l'utérus et de ses fonctions pour éclairer le diagnostic, alors même que l'étiologie semble suffisamment établie par ailleurs.

Le 29 janvier 1876, la nommée D..., fleuriste, âgée de trente et un ans, entrait à Saint-Lazare avec le diagnostic : *Ulcération du col de l'utérus*. Elle était venue dans le service, il y a un an, avec la même affection.

Cette femme, grande et bien constituée, paraît avoir une nature vigoureuse; elle présente sur tout le corps une teinte ictérique des plus prononcées, suite, nous dit-elle, de violentes crises de coliques hépatiques dont elle est atteinte. La région du foie est douloureuse au toucher; on observe une résistance généralisée de l'abdomen : pas de bosselures.

Par la pression, nous constatons une augmentation de volume de l'organe qui dépasse les fausses côtes.

L'examen au spéculum nous laisse voir une érosion du col caractérisée par une teinte rouge clair tranchant sur la teinte violacée de l'ensemble du col par et des parois vaginales. L'orifice cervical est complétement oblitéré.

Le doigt explorateur permet de constater une mobilité extraordinaire du col et de l'absence du corps de l'utérus. Le toucher rectal fait reconnaître aussi l'absence de l'utérus. Par cette voie, le toucher signale l'existence d'une masse élastique qui pèse sur l'intestin.

Le palper abdominal fait découvrir une tumeur ronde et volumineuse située en arrière de la vessie, s'élevant jusqu'à l'ombilic et correspondant, de tout point, à la position de l'utérus augmenté de volume.

Nous avions évidemment affaire à une rétention des règles avec distension en poche de la cavité utérine. La malade n'ayant pas eu ses règles depuis plusieurs mois et de la dysménorrhée depuis quinze ans, l'opération seule pouvait nous donner un résultat.

Aucun des parents immédiats de la malade n'a présenté d'affection du foie. Sa mère était hystérique, et le père, qui buvait beaucoup, est mort à un âge assez avancé.

Elle a habité l'Afrique pendant sept ans, de dix à dix-sept ans. Elle n'a jamais souffert du foie pendant ce laps de temps, et ce n'est qu'à l'âge de vingt et un ans qu'elle a senti les premières atteintes de la maladie. Elle a été soignée à deux reprises dans les hôpitaux, et à Lariboisière comme à Beaujon, où l'on a diagnostiqué des coliques hépatiques.

Réglée à dix ans, la menstruation a toujours été régulière; cependant à l'époque des règles, elle éprouvait de violentes douleurs lombaires pendant plusieurs jours et le sang venait en très-petite quantité. Elle accoucha, il y a cinq ans, après un travail très-long, et fut soignée pendant quelque temps pour une ulcération consécutive à l'accouchement.

Le 12 juillet dernier, elle fut reprise de vives douleurs dans la région du foie, devint très-jaune, eut encore ses règles ce mois-là; mais depuis, elle ne voit plus. A l'époque ordinaire des menstrues, elle ressent de violentes douleurs abdominales généralisées, elle a un peu de fièvre, mais il n'y a pas le moindre écoulement utérin.

Depuis le 12 juillet, elle présente cette teinte ictérique qui nous a frappé lors de son entrée.

L'opération, jugée indispensable, fut pratiquée par moi, le 4 février, au moyen d'un fil de platine en flèche graduellement rougi par l'appareil galvano-caustique. J'arrive à une profondeur de 1 centimètre, mais là, on se trouve en présence d'une partie très-résistante qui ne cède qu'au trocart guidé par le doigt introduit dans l'intestin. Il s'écoula à peu près un litre d'un sang noirâtre. Le soir, le pouls et la température sont à l'état normal. La malade n'a pas souffert. Nous examinons le lendemain le résultat de l'opération, le cathéter s'enfonce à peu près à 1 centimètre, mais il ne peut aller plus loin, une sorte de barrière membraneuse l'arrête. Il s'écoule de l'eau roussâtre le 5, le 6 et le 7, et le 12, je traverse cet obstacle avec le fil de platine. Cette fois, le résultat est complet; on pénètre très-bien dans la cavité; on injecte une solution faible d'acide picrique. Le jour même, la malade perd encore, après l'opération, un litre de sang noirâtre. Aucune douleur; les jours suivants, le sang rouge prédomine, et l'utérus commence à revenir sur lui-même, favorisé en cela par des applications galvaniques utéro-abdominales; petit à

petit la teinte ictérique disparaît, et à la fin de février, la couleur des tissus était complétement normale.

La malade va très-bien; tout écoulement a cessé. A la visite du 1er mars, nous constatons que le canal cervical est reformé dans sa partie profonde; le cathéter entre à peu près de 1 centimètre; mais si l'on veut aller plus loin, on constate qu'il est très-resserré, et qu'on ne peut avancer, même avec un léger effort.

Nouvelle opération le 5. Le fil de platine débride l'orifice interne, qui est élargi par un cône d'éponge préparée. La malade garde le repos horizontal. Aucune douleur. Le soir, pouls normal, température 37°,4. Elle a perdu beaucoup d'eau jaunâtre; le 6, elle perd un peu de sang.

Pansement glycériné (injection avec la solution d'acide picrique).

Du 6 au 13, pertes beaucoup plus foncées.

Le 13, le cathéter entre très-facilement dans la cavité utérine, qui mesure encore 10 centimètres de longueur. On peut le retourner dans tous les sens sans rencontrer la moindre résistance. Le canal est parfaitement rétabli. La malade n'a pas souffert du foie depuis sa première opération. L'organe a repris ses dimensions naturelles; la pression ne détermine plus de douleur. La teinte ictérique a complétement disparu; les urines sont normales, et l'état général est excellent. La première époque revient dans les conditions les plus naturelles. Le canal cervical reste parfaitement dilaté. La malade quitte l'hôpital dans les premiers jours d'avril.

Ce qui donne un attrait tout particulier à l'étude de la médecine, c'est assurément l'originalité incessante des recherches toujours nouvelles sur lesquelles s'exerce l'esprit du médecin. Problème nouveau, quoique entrevu ou même résolu par les devanciers, mais oublié parce qu'il se présente rarement sous cette forme.

Le trouble des grandes fonctions sous l'influence des affections ou des troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien, est reconnu, est admis par tous les médecins. Cependant, lorsque l'organe utérin ne donne lieu à aucun symptôme direct subjectif, qui attire sur lui l'attention de la malade, le praticien laisse assez souvent de côté cet organe, qui ne se plaint pas, à moins cependant que l'expérience personnelle, ou une étude spéciale des maladies des organes génitaux de la femme ne lui aient appris à tenir le plus grand compte de l'influence de cet appareil sur l'organisme tout entier.

Habitué depuis plusieurs années à rapporter la plupart des troubles que j'observe chez les femmes de mon service aux affections de l'utérus, je n'hésitai pas à rapporter à la rétention des règles les attaques de colique bilieuse et l'ictère observés chez ma malade, d'autant mieux que la lecture récente d'un ouvrage remarquable (1) avait éveillé mon attention sur ce sujet. Je cite tout au long le passage relatif à cette question :

« Dans les affections utérines, il est cependant certains cas où les désordres des fonctions biliaires prennent une telle intensité qu'ils prédominent sur tous les autres symptômes. Alors la malade éprouve à certains intervalles des espèces d'attaques de coliques bilieuses, caractérisées d'abord par la douleur dans l'hypochondre droit, la teinte jaune de la peau et la céphalalgie, puis par les vomissements bilieux et les selles de même nature. Ces attaques semblent être irrégulières dans leurs manifestations, mais on peut presque toujours reconnaître qu'elles sont liées au retour des époques menstruelles. Elles peuvent se produire, soit immédiatement après les règles, soit une, deux ou trois semaines plus tard; mais, dans ce dernier cas, si les vomissements et les selles diarrhéiques tardent à survenir, la douleur de l'hypochondre et les autres symptômes prémonitoires commencent généralement en même temps que les règles, ou peu après leur apparition. Chez ces malades, les menstrues sont souvent peu abondantes, et tout l'appareil utérin fortement congestionné. Il semblerait que, chez elles, la congestion se soit graduellement étendue au système de la veine porte pour envahir enfin la glande hépatique. Celle-ci, devenant à son tour le siége d'une congestion intense, son activité fonctionnelle s'exagère morbidement, et le soulagement n'a lieu que par le rejet de la bile surabondante, soit par les vomissements, soit par les garde-robes. Il peut arriver que ces troubles de la sécrétion et de l'excrétion biliaire entraînent la formation de calculs, qui deviennent ainsi la cause de véritables coliques hépatiques.

L'état de congestion du système veineux de l'abdomen, et la connexion intime des veines de l'abdomen avec la circulation utérine se manifeste, en pareil cas, par un fait pratique très-important et qui mérite une attention spéciale : je veux parler de l'hémorrhagie qui suit souvent l'application des sangsues sur le col de l'utérus. Je suis si accoutumé à voir, chez les malades qui présentent des symptômes du côté du foie, l'application de sangsues donner lieu à une hémorrhagie souvent fort rebelle, que je préside moi-même à cette opération, et ne l'abandonne point aux soins d'une garde-malade. Les seules fois où j'ai été obligé de tamponner le vagin pour arrêter une hémorrhagie causée par les sangsues, j'avais affaire à des malades de cette espèce. Il est cependant un certain nombre de cas où l'on ne peut découvrir de congestion entre un état de congestion de l'utérus et l'hypersécrétion se produisant alors sous l'influence d'une irritation sympathique.

Quoi qu'il en soit de la cause prochaine de pareils accidents biliaires, leur origine utérine est rarement diagnostiquée, pour peu qu'ils soient intenses. Aussi, presque toutes les malades ainsi affectées que j'ai eues à soigner ultérieurement, avaient-elles été longtemps traitées pour une maladie de foie. Erreur d'autant plus pardonnable, que les symptômes utérins sont souvent très-obscurs et généralement rejetés dans l'ombre par suite de l'existence des troubles fonctionnels de la glande hépatique. Quand une fois cet organe s'est accoutumé, pour ainsi dire, à ces hypersécrétions périodiques, il est souvent très-difficile de modifier et de déraciner cette habitude morbide; alors même que l'affection utérine qui en avait été la cause originelle est complétement guérie. C'est ce qu'on observe surtout lorsque l'utérus reste malade ou qu'il se congestionne encore aux époques menstruelles. De pareilles attaques de colique bilieuse sont une sérieuse complication de l'affection utérine. Elles jettent la malade dans un grand état de faiblesse, dont elle est très-lente à se remettre, et troublent en général pour longtemps les fonctions digestives.

J'ai plusieurs fois trouvé le foie augmenté de volume, hypertrophié ou congestionné chez des femmes atteintes d'affections chroniques du col de l'utérus. Chez l'une d'elles, âgée de trente ans, mariée et sans enfants, qui souffrait depuis plusieurs années d'inflammation ulcéreuse du col, le foie descendait plus de deux pouces au-dessous des fausses côtes, s'étendait jusqu'à l'ombilic et atteignait presque la crête de l'os des îles. On n'y distinguait ni lobes ni inégalités, la tumeur paraissant due à une simple hypertrophie de l'organe. La malade ne semblait pas avoir conscience de l'état de son foie, pas plus d'ailleurs que de l'existence de l'affection utérine, bien qu'elle fût depuis longtemps en traitement et qu'elle eût éprouvé pendant plusieurs mois des douleurs dans la région hépatique. Elle était un peu jaune et sa santé était mauvaise.

L'hypertrophie du foie diminua graduellement à mesure que

(1) *Inflammation de l'utérus*, Bennett. Traduit et annoté par M. Peter. 1861.

l'état de l'utérus s'améliorait, sous l'influence des vésicatoires et de l'iodure de potassium. »

M. Bennett avait donc reconnu l'influence des troubles fonctionnels et des maladies de l'utérus sur les fonctions hépatiques, et il signalait l'erreur qui pouvait être commise.

Mieux que ses devanciers, il établissait la relation possible entre les troubles des fonctions de ces organes. Il est bien de dire que la suppression du flux hémorrhoïdal, et bien plus rarement l'aménorrhée, ont été signalées comme pouvant amener ces mêmes complications hépatiques.

La congestion de l'appareil utéro-ovarien, s'étendant au foie et aux voies biliaires, mieux que la compression suffit à l'explication de ces phénomènes morbides.

Dans le cas que nous venons de rapporter, l'intérêt se concentre surtout sur ce fait que l'appareil utérin n'était le siége d'aucune gêne, et que l'aménorrhée pouvait être considérée comme le résultat de l'affection hépatique.

Un dernier mot sur le mode opératoire de cette atrésie complète ; j'ai donné la préférence à la galvanocaustie thermique sur l'instrument tranchant ou sur le trocart, parce que ce moyen me permettait d'avancer très-lentement sans m'exposer à suivre une voie anormale, comme le trocart ou le bistouri pouvait m'y exposer, le canal cervical n'ayant laissé aucune trace de son existence antérieure; enfin, parce qu'il me permettait de vider cette poche pleine de sang altéré, ce qui n'est pas sans importance, puisque les chirurgiens ont signalé maintes fois les lipothymies, les syncopes et les divers accidents dus à une sortie trop rapide de liquide.

NOTE RELATIVE A UN FAIT DE GASTROTOMIE

PRATIQUÉE POUR EXTRAIRE UN CORPS ÉTRANGER (FOURCHETTE) DE L'ESTOMAC

Par M. Léon Labbé, chirurgien de la Pitié.

Les cas de corps étrangers de l'estomac sont nombreux et ont donné lieu à diverses tentatives chirurgicales dont les résultats, quoique publiés avec des renseignements peu circonstanciés, paraissent avoir été plusieurs fois heureux.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie un fait de ce genre pouvant présenter un certain intérêt au point de vue de la médecine opératoire.

Il s'agit d'un jeune homme qui a été soumis à mon observation dans les conditions suivantes :

Le 30 mars 1874, le nommé L..., âgé de dix-huit ans, voulant imiter un exercice qu'il avait vu faire par un bateleur, ingurgita une fourchette en ruolz, dont il maintenait les pointes avec les dents. A plusieurs reprises il avait pu le faire impunément, mais ce jour-là, dans un mouvement brusque et irréfléchi, provoqué par une mauvaise plaisanterie d'un de ses camarades, il laissa échapper la partie qu'il retenait, et le corps étranger s'enfonça profondément dans le pharynx. Ses amis, effrayés autant que lui, essayèrent de saisir la fourchette avec leurs doigts, mais en vain. A ce moment, mon ami le docteur Lepère qui, depuis ce jour, n'a cessé de donner, avec moi, ses soins au malade, fut appelé et, à l'aide d'une longue pince à polype, fut d'abord assez heureux pour saisir les dents de la fourchette, mais dans un moment de très-vive douleur, L... le repoussa brusquement, et le corps étranger s'enfonça plus profondément dans l'œsophage. Immédiatement apparurent pendant quelques minutes les symptômes d'asphyxie les plus alarmants, qui cessèrent aussitôt que la fourchette eut dépassé le niveau du larynx et de la trachée. Un bien-être très-grand succéda à l'angoisse et permit de penser que le corps étranger était arrivé dans l'estomac.

Je vis L... quelques instants après, il ne souffrait plus et acceptait fort gaiement sa nouvelle situation. Dans les jours qui suivirent, je fis de nombreuses explorations pour m'assurer de la présence de la fourchette dans l'estomac. Une seule fois, à l'aide d'un appareil explorateur à renforcement du son, imaginé par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, il me fut possible d'arriver à un résultat positif.

Au bout de quinze jours, L... fut pris brusquement d'accidents gastriques, s'accusant sous la forme de douleurs des plus intenses et s'accompagnant de syncopes répétées. Au bout de vingt-quatre heures, lorsque cette crise fut calmée, apparut une tuméfaction assez considérable correspondant au point occupé par la grosse tubérosité de l'estomac; puis la fin de chaque repas fut signalée par des douleurs assez vives.

A partir de ce moment, le malade présenta des alternatives de bien-être complet et de souffrances modérées, et dans le courant du mois de juin il se décida à rentrer en Bourgogne.

Pendant son séjour dans sa famille, il éprouva des alternatives de douleurs qui duraient quinze jours environ, et l'obligeaient pendant tout ce temps à se tenir couché sur le côté gauche. L'intervalle de bien-être n'était que de huit jours.

En juin 1875, il alla à Lyon demander quelques conseils, et y séjourna pendant un mois.

Revenu en Bourgogne, il se trouva dans un état de santé plus satisfaisant, ses souffrances ayant presque complétement disparu, il se décida à rentrer à Paris, au mois d'octobre. Il reprit ses occupations pendant six semaines. Au bout de ce temps, les accidents se renouvelèrent et prirent une intensité plus grande. La santé générale de L... fut assez profondément atteinte, et son moral s'affecta profondément. C'est à ce moment qu'il revint me voir, et me demander si je croyais pouvoir intervenir chirurgicalement sans lui faire courir de dangers pour sa vie.

A cette époque, à l'aide de certaines manœuvres très-précises, L... faisait saillir les dents de la fourchette à la limite de l'hypochondre et de l'épigastre, de telle façon qu'on pouvait les sentir très-nettement à travers les parois de l'abdomen. Ces manœuvres étaient surtout suivies de succès lorsque l'estomac était distendu par des aliments.

Ce phénomène se renouvelant constamment, ne me laissait aucun doute sur la présence du corps étranger dans l'estomac et sur la constance de la position qu'il avait occupée depuis le début des accidents. Dans ces conditions, une intervention chirurgicale avait de nombreuses chances de succès.

Je ne voulus cependant rien tenter sans avoir pris l'avis de quelques chirurgiens. C'est à ce moment que mes savants et vénérés maîtres, M. le professeur Gosselin et M. le baron Larrey, voulurent bien me donner un témoignage de leur haute amitié en s'associant complétement aux soins que je devais donner à L...

Après un examen minutieux fait avec MM. Gosselin, Larrey et le docteur Lepère, il fut arrêté que nous procéderions à l'extraction du corps étranger.

J'avais le choix entre deux méthodes : 1° l'emploi des caustiques dans le but de déterminer des adhérences entre la paroi profonde de l'abdomen et l'estomac, 2° la gastrotomie avec le bistouri.

Dans un commun accord, nous nous arrêtâmes à l'idée de faire usage des caustiques, espérant amener des adhérences de dehors en dedans, analogues à celles qui se sont produites plusieurs fois de dedans en dehors dans des cas de corps étrangers de l'estomac. Ces adhérences, une fois produites, l'opération devenait d'une simplicité extrême.

Malheureusement, ce que nous avions redouté, par suite de la mobilité excessive de l'estomac, s'est réalisé; malgré de nombreuses applications de caustique de Vienne et de pâte de Canquoin, il ne se produisit aucune adhérence.

Les applications de caustiques ont été faites en deux endroits différents. Une première fois j'avais pris pour guide le point au niveau duquel on sentait les parties saillantes de la fourchette; mais des recherches cadavériques nombreuses me prouvèrent que ce point de repère était trop mobile et trop inconstant.

Je me décidai à laisser cicatriser la plaie résultant des premières cautérisations, et je résolus dès lors d'appliquer le caustique en un lieu d'élection pour la détermination duquel je suis arrivé à formuler des règles précises. En agissant ainsi, je me plaçais, comme on le verra, dans les conditions les plus favorables pour substituer, en cas de non adhérence, l'action du bistouri à celle des caustiques.

L'estomac n'est accessible à l'action chirurgicale que par une partie de sa face antérieure, dans un espace triangulaire à base inférieure dont les côtés sont formés, d'une part, par le lobe gauche du foie et, d'autre part, par le rebord des fausses côtes gauches et dont la base correspond à la grande courbure de l'estomac. Ce fait posé, ce qu'il importe de déterminer rigoureusement, ce n'est pas jusqu'où peut descendre la grande courbure de l'estomac qui forme la base du triangle, mais bien jusqu'où elle peut remonter, car si on fait son incision trop bas, ce n'est pas sur l'estomac, mais bien sur le colon transverse que l'on s'expose à tomber.

De nombreuses recherches cadavériques nous ont démontré que jamais la grande courbure de l'estomac ne remonte, sur le cadavre, au delà d'une ligne transversale passant par la base des cartilages de la neuvième côte de chaque côté. S'il en est ainsi sur le cadavre, à plus forte raison en est-il de même sur le vivant, alors que les plus grandes expirations ne correspondent jamais à l'expiration cadavérique.

Pour reconnaître facilement sur le vivant ce point de repère important, ces mêmes recherches nous ont démontré que le cartilage de la neuvième côte est situé immédiatement au-dessous de la première dépression que l'on rencontre en suivant de bas en haut avec le doigt, le rebord des fausses côtes. Nouveau point de repère, cette dépression est limitée inférieurement par le cartilage très-mobile de la dixième côte. Celui-ci, réuni au précédent par un ligament de 6 à 7 millimètres de hauteur, joue à frottement et on peut assez facilement déterminer sous le doigt la production d'un bruit tout spécial.

On peut, d'après ces recherches, résumer de la façon suivante les règles à suivre pour pratiquer la gastrotomie d'une manière en quelque sorte mathématique.

Faire à un centimètre en dedans des fausses côtes gauches et parallèlement à ces dernières, une incision de 4 centimètres, dont l'extrémité inférieure doit tomber sur une ligne transversale passant par les cartilages des deux neuvièmes côtes.

Si l'incision ne dépasse pas 4 centimètres, on n'intéresse pas les fibres du grand droit de l'abdomen.

En opérant de cette façon, on arrive sur la face antérieure de l'estomac à l'union de ses portions cardiaque et pylorique.

Rassuré par la connaissance de ces faits, nous avons procédé à l'opération le dimanche 9 avril en présence et avec l'assistance de MM. Gosselin, Larrey, Lepère, Coyne et Mène-Maurice médecin de la maison de santé des frères Saint-Jean de Dieu.

Le malade étant endormi par le chloroforme; j'incisai, couche par couche, dans la région fixée, et suivant la direction indiquée, où j'avais fait préalablement six applications successives de caustiques.

La plaie fut toujours maintenue étanche à l'aide de pinces à forcipressure.

J'arrivai ainsi sur le péritoine pariétal qui n'était pas adhérent au péritoine viscéral, alors que des phénomènes observés pendant l'application du caustique, nous avaient porté à supposer le contraire.

A l'aide d'une petite pince à griffes introduite par l'incision, je saisis la paroi antérieure de l'estomac et en attirai une partie au dehors. Le pli ainsi formé fut traversé par une anse de fil et maintenu fortement sur les lèvres de la plaie abdominale. A ce moment et avant toute ouverture, à l'aide d'aiguilles fortement recourbées, je pénétrai dans l'estomac de dehors en dedans pour en ressortir de dedans en dehors à travers la paroi abdominale, à un centimètre environ des bords de l'incision. J'adossai ainsi la séreuse viscérale à la séreuse pariétale dans l'étendue d'un centimètre sur tout le pourtour de la plaie. J'arrivai à ce résultat à l'aide de huit points de suture.

Ce n'est qu'après avoir pris toutes ces précautions que j'incisai les parois de l'estomac et que je pénétrai dans la cavité de cet organe.

Avec l'indicateur gauche je pus sentir le corps étranger et m'assurer de sa position.

Je constatai ainsi que les dents étaient situées à gauche au niveau de la grosse tubérosité et dépassaient de plusieurs centimètres l'extrémité gauche de mon incision. Mais je fus immédiatement convaincu que l'extraction ne pourrait être faite facilement, car mon doigt était serré dans la boutonnière stomacale comme dans un étau. C'est alors que je me décidai à fixer la muqueuse au dehors en la renversant dans tout le pourtour de la plaie stomacale.

A partir de ce moment, la manœuvre devient facile; mon doigt, réintroduit dans l'estomac, me servit de guide pour aller saisir la fourchette avec une longue pince à polype à extrémité recourbée. Je saisis le corps étranger suivant l'un de ses bords à l'union du manche avec le talon; je pus alors dégageant les dents d'une masse de tissu fongueux qui les englobait, le faire glisser de gauche à droite pour ramener les extrémités pointues au niveau de la plaie stomacale. A ce moment j'imprimai à la fourchette un mouvement de bascule et ses dents purent être aperçues à l'orifice abdominal; une seconde pince les saisissant, le corps étranger fut facilement et rapidement amené au dehors.

Les suites de l'opération ont été fort simples, et après quelques menaces d'accidents péritonéaux, rapidement conjurés dans les dix-huits premières heures, par l'emploi d'une véritable cuirasse collodionnée sur l'abdomen et par l'usage du vin de Champagne glacé, le malade s'est rapidement rétabli.

Dès le cinquième jour, il s'est trouvé assez bien pour pouvoir supporter des aliments solides. Depuis lors, il est revenu à son alimentation normale et se trouve dans d'excellentes conditions de santé. Les fils sont tombés sauf deux, la plaie est aujourd'hui singulièrement rétrécie et la fistule gastrique, fort étroite, qui persiste encore aujourd'hui, permettait avec peine l'introduction du petit doigt. Les notions de physiologie pathologique, que nous possédons sur ce point, nous permettent d'espérer la disparition rapide de cette fistule.

La terminaison heureuse de cette opération me paraît due à la réunion de plusieurs conditions.

Je l'attribue au procédé opératoire suivi, fondé sur la connaissance des points de repère très-exacts, à la précaution que j'ai eue de fixer l'estomac aux parois abdominales avant de l'ouvrir; aux soins consécutifs et surtout à l'emploi d'une couche extrêmement épaisse de collodion qui a immobilisé les parois abdominales et le tube digestif lui-même, en lui faisant subir en même temps une très-forte compression. Par suite de cette compression, le type de la respiration a été modifié d'une façon très-nette; de diaphragmatique la respiration a pris le type costal supérieur.

Les applications de cette opération seraient très-restreintes, si on les réservait pour les seuls cas de corps étrangers de l'estomac, mais il me semble qu'on peut en tirer un parti réellement utile en reprenant une idée mise en avant et défendue avec talent par M. le professeur Sédillot. Cet éminent chirurgien avait, en effet, proposé d'appliquer la gastrotomie aux cas de rétrécissements infranchissables de l'œsophage et du cardia, et de pratiquer chez ces malades ce qu'il appelait une *bouche stomacale*, permettant de prolonger la vie en introduisant les aliments directement dans l'estomac.

Le procédé opératoire que je propose, paraissant présenter une grande sécurité sous le point de vue de l'établissement de la fistule gastrique, il ne s'agirait plus, dans ces cas, que de concentrer tous ses efforts pour s'opposer à l'oblitération de cette dernière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Loir-et-Cher, de la Haute-Saône et de la Seine, pendant l'année 1875 (comm. des épidémies) ;

2° Le rapport général de M. le médecin inspecteur de l'établissement thermal de Castera-Verduran pour l'année 1874 (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de Mme Leclerc, sage-femme à Alençon (Orne), sur la mortalité des enfants;

2° Une lettre de M. l'ambassadeur d'Autriche-Hongrie qui transmet les neuvième et dixième livraisons de l'ouvrage de M. le docteur Hebra (de Vienne), sur les maladies de la peau ;

3° Une lettre de M. le docteur Ripoll (de Toulouse), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national ;

4° Un rapport sur une épidémie de grippe qui a régné depuis octobre 1874 jusqu'en juin 1875 dans la ville d'Auch (Gers), par M. le docteur Pujot, médecin des épidémies (comm. des épidémies) ;

5° Une note statistique sur la mortalité par la phthisie dans l'armée française.

PRÉSENTATIONS

M. VOILLEMIER présente, au nom de M. Ch. Fauvel, un volume intitulé : *Traité pratique des maladies du larynx.*

M. BAILLARGER présente, au nom de M. Auguste Voisin, un volume ayant pour titre : *Leçons cliniques sur les maladies mentales, professées à la Salpêtrière.*

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur A. Favre, une brochure intitulée : *De la dyschromatopsie dans ses rapports avec l'état militaire et la navigation.*

M. DOLBEAU, au nom de M. le docteur Villette, présente une brochure intitulée : *De l'identité de la colique de plomb et de la colique sèche.*

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La liste de présentation portait :

En 1re ligne. . . . . M. Lasègue.
En 2e — . . . . M. Jaccoud.
En 3e — . . . . M. Peter.
En 4e — . . . . M. Maurice Raynaud.
En 5e — *ex æquo*. . . { M. Alfred Fournier. / M. Bucquoy.

Nombre de votants, 74. — Majorité, 38.

M. Lasègue obtient. . . . . 42 suffrages.
M. Jaccoud — . . . . 24 —
M. Peter — . . . . 4 —
M. Raynaud — . . . . 2 —
M. Fournier — . . . . 2 —

En conséquence, M. Lasègue, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu.

LECTURES

M. BURDEL (de Vierzon), membre correspondant de l'Académie, lit un travail ayant pour titre : *Phénomènes d'intoxication palustre, de tous les types depuis les plus simples jusqu'aux plus graves, provoquée par la présence d'un calcul dans les bronches.*

M. H. CAZIN (de Boulogne-sur-Mer) donne lecture d'une *Observation de fistule vésico-vaginale avec grande perte de substance, opération par mobilisation de la paroi postérieure du vagin.*

(Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, A. Guérin et Verneuil.)

M. LÉON LABBÉ donne lecture d'une *note relative à un fait de gastrotomie pratiquée pour extraire un corps étranger* (*Fourchette*) *de l'estomac* (Voir plus haut).

RAPPORT

M. DOLBEAU donne lecture du rapport du prix d'Argenteuil, dont les conclusions devront être lues et discutées en comité secret.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de divers rapports de prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 avril 1876, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : MM. Chaly et Fabre.

— M. Bert (Paul), professeur de la faculté des sciences, député, est nommé membre du Comité des travaux historiques et des sociétés savantes, (section des sciences).

— M. Milne-Edwards, de l'Institut, membre de la commission des voyages et missions scientifiques et littéraires, est nommé vice-président de cette commission pour l'année 1876.

— M. Martin (Henri), sénateur, membre de l'Institut, est nommé membre de la commission des inscriptions scientifiques et littéraires.

— M. le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours préparatoires aux troisième et quatrième examens du doctorat en médecine, et au premier de fin d'année, le lundi 1er mai, à une heure, place de l'École-de-Médecine, 17.

— M. le docteur Desmarres commencera un cours public sur la pathologie oculaire le mardi 2 mai à une heure et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure, 8, rue Hautefeuille.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 50. — SAMEDI 29 AVRIL 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 29 AVRIL 1876. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques cas d'affections cardiaques frustes.

A lire les traités modernes de pathologie et les ouvrages spéciaux sur les maladies du cœur, rien ne semble plus clair, plus simple et plus méthodiquement disposé, chaque lésion ayant son symptôme propre et le diagnostic n'étant en quelque sorte que la traduction de chaque symptôme en signe pathognomonique de la lésion corrélative. Mais la chose n'est malheureusement ni aussi simple, ni aussi facile dans la pratique. Il en est, à cet égard, des maladies du cœur, comme de beaucoup d'autres d'ailleurs, qui sont loin de se présenter à nos yeux avec cet ensemble correct et cette succession régulière des types qui ont servi aux descriptions classiques. M. le professeur Sée, dans son cours de clinique de l'année dernière et même d'une partie de cette année, en grande partie consacré à l'étude des maladies du cœur, réservait en particulier une de ses leçons à l'examen de quelques cas d'affections cardiaques frustes ou larvées. Il montrait, par des exemples pris sur le fait, tantôt les symptômes en défaut dans les affections habituellement les mieux caractérisées et les plus apparentes, tantôt, au contraire, une disproportion telle entre l'intensité de certains signes, et celle de la lésion correspondante, qu'il était difficile d'échaper aux conséquences trop souvent fâcheuses d'un diagnostic erroné : ici des chloro-anémies prises pour des affections cardiaques sérieuses, pour une insuffisance aortique, par exemple; là, au contraire, une lésion grave méconnue, faute de signes physiques suffisamment accusateurs, et prise pour une névrose ou une maladie insignifiante; enfin, ailleurs, des complications qui masquent ou altèrent la physionomie de la maladie principale au point de la rendre méconnaisssable, ainsi que nous en avons vu récemment un exemple dans un autre service.

Deux malades actuellement placés dans les salles de la clinique de la Charité présentent, chacun, un exemple de ces anomalies qui déroutent parfois le diagnostic ou le rendent hésitant, réduit qu'est souvent le médecin dans ce cas, à se déterminer d'après un seul signe, au milieu d'autres signes absents, disparates ou même en contradiction apparente avec lui.

Une femme soupçonnée atteinte d'une affection cardiaque présente à l'auscultation du cœur un bruit de souffle aspiratif, le *awe* des anglais, à la base du cœur au niveau de l'origine de l'aorte et au second temps, diastolique par conséquent, bruit parfaitement caractérisé, qui est, comme on le sait, en quelque sorte pathognomonique de l'insuffisance aortique et ne laissait aucun doute sur le genre d'affection auquel on avait affaire chez cette malade. Mais on sait aussi qu'on ne s'en tient pas en général à ce seul signe, et qu'avant de prononcer le diagnostic, on cherche à s'assurer du concours des autres signes qui coïncident généralement avec lui. Au premier rang, par exemple, se présente l'état du pouls si connu sous le nom de pouls de Corrigan, pouls plein, ample, développé, frappant brusquement le doigt à la manière de la détente d'un ressort, puis se laissant déprimer immédiatement avec une extrême facilité ; état du pouls que traduit si bien le sphygmographe par la verticalité brusque de la ligne d'ascension et la rapidité de la descente. Eh bien ! chez cette malade, ces derniers signes manquent et sont par cette absence même en complet désaccord avec le premier. Le pouls est petit, le tracé sphygmographique normal. Quelle est la cause de cette anomalie, de ce défaut d'accord entre deux signes ordinairement liés d'une manière si intime l'un à l'autre? C'est ce qu'il serait difficile de dire.

On ne peut que se borner à constater le fait, en prenant acte toutefois du signe indiqué, qui est par lui-même assez caractéristique pour fixer le diagnostic.

L'autre malade est un homme d'une trentaine d'années, chez qui l'insuffisance aortique est révélée par l'état du pouls et par le tracé sphygmographique, qui présente très-exactement les caractères que nous venons d'indiquer. Mais ici ce sont les autres signes qui nous manquent et, en particulier, le plus important de tous, le bruit de souffle diastolique à la base du cœur. Par contre, il existe un dédoublement des autres bruits.

L'état du pouls doit-il être considéré comme suffisant, dans l'espèce, pour établir l'existence de l'insuffisance aortique, en l'absence du souffle diastolique de la base du cœur? Ce bruit, masqué peut-être par quelque circonstance accidentelle inconnue et qui paraît avoir été perçu un instant, ne redeviendra-t-il pas perceptible en d'autres moments? C'est ce que pourront apprendre des examens réitérés.

Quoi qu'il en soit, en prenant les choses telles qu'elles sont en ce moment, voilà deux exemples d'une même lésion du cœur ne s'accusant que par un seul de ses signes habituels, et un signe différent, et laissant chacun une lacune considérable dans leur ensemble symptomatologique.

Chloro-anémies simulant des maladies du cœur.

Il y a quelques semaines, un fait tout différent se présentait dans le même service, et qui est en quelque sorte comme la contre-partie de celui-ci. Tout le monde connaît le bruit de souffle caractéristique de la chloro-anémie, son siége, ses nuances et les limites habituelles de son extension. Il n'est pas rare cependant de trouver chez quelques sujets anémiques, avec un bruit de souffle systolique, se faisant entendre surtout à la base, un bruit semblable à la région médiane du cœur et même se propageant parfois jusqu'à la pointe, et s'accompagnant ou non d'un souffle dans les vaisseaux du cou.

On serait disposé à voir, dans ces cas, un état complexe et à prononcer le diagnostic de chloro-anémie avec complication de maladie du cœur. Une jeune fille présentait précisément ces caractères lors de son entrée dans le service. Elle présentait en même temps qu'un bruit de souffle à la base, se propageant aux vaisseaux du cou, un même bruit à la pointe. Mais M. Sée s'étant assuré par un examen attentif de l'absence de tout autre signe d'affection cardiaque que ces souffles, n'a pas hésité à ne considérer cette malade que comme une chloro-anémique et à la traiter en conséquence par les préparations ferrugineuses. La guérison de cette jeune fille à la suite de ce traitement a complétement justifié ce diagnostic.

Des faits de ce genre se sont présentés plusieurs fois dans son service.

— Nous nous rappelons, entre autres, deux cas sur lesquels M. Sée a appelé notre attention il y a environ trois mois. Il s'agissait également de deux chlorotiques, qui confinaient si bien une affection cardiaque, qu'il était vraiment difficile de se prononcer entre l'affirmation et la négative.

L'une d'elles ayant un peu d'œdème à la face et aux membres inférieurs, présentait un bruit de souffle systolique à la base et à la pointe, mais plus prononcé encore à la partie moyenne. Le bruit systolique avait son maximum à la région sous-sternale moyenne. Il y avait en même temps un double bruit de souffle dans les artères. L'œdème ne tarda pas à disparaître chez cette malade. Or on sait que la chloro-anémie va quelquefois jusqu'à amener un certain degré de bouffisure et même d'œdème des membres. Mais l'œdème n'est jamais persistant dans ce cas, il est fugace, passager; et le fait de cette fugacité dissipe les craintes et les hésitations que l'on pouvait avoir. C'est ce qui est arrivé chez cette malade.

Chez la seconde il y avait encore plus de motifs d'hésitation entre la chlorose et une affection cardiaque. Dans le cas précédent, le bruit de souffle au lieu d'avoir son siége exclusif ou tout au moins son maximum à la base, avait, comme on vient de le voir, son maximum à la région moyenne du cœur et s'étendait jusqu'à la pointe. Ici on ne percevait même pas de bruit de souffle à la base. Il siégeait presque exclusivement à la pointe. Et cependant, il n'y avait aucun autre signe d'une lésion de la valvule mitrale, et la chlorose était rendue manifeste par l'existence d'un bruit de souffle continu dans les artères.

On voit par ces exemples combien on peut être aisément trompé par la considération exclusive de certains signes, et combien il importe d'apporter toujours une analyse attentive dans l'étude de ces cas mixtes souvent difficiles à distinguer. Il importe d'autant plus, en particulier, d'éviter la confusion de simples anémies avec des affections cardiaques, que le traitement des unes et des autres est entièrement différent, comme tout le monde le sait.

Deux exemples remarquables de nævi vasculaires.

Par suite d'une de ces coïncidences bizarres, dont les exemples ne sont pas rares d'ailleurs, qui semblent accoupler à un moment donné certains faits rares ou insolites de même nature, il s'est présenté le même jour à la consultation de M. Lailler, à l'hôpital Saint-Louis, deux cas très-curieux de nævi vasculaires ayant entre eux des ressemblances, des analogies de texture qui les rapprochent, et des différences de marche qui les distinguent et les différencient profondément.

Le premier de ces deux sujets est un enfant de quatre à cinq ans que nous avons eu l'occasion d'adresser à M. Lailler, lequel porte sur le côté gauche de la face une sorte de tumeur en grappe, s'étendant du niveau de l'arcade zygomatique environ jusque vers le milieu du cou, avec quelques prolongements qui vont jusqu'aux lèvres, et pénètrent un peu avant dans l'intérieur de la bouche, jusqu'au voile du palais et même jusqu'à l'amygdale gauche. Comme toutes les tumeurs de ce genre, celle-ci est d'une teinte violacée, bleuâtre, d'une consistance molle, manifestement vasculaire.

Le second sujet est un homme âgé de soixante-huit ans, fort, bien constitué d'ailleurs, qui porte sur presque toute une moitié de la face une tumeur analogue, mais beaucoup plus volumineuse; elle est développée aux dépens de la joue droite, du nez et de la lèvre supérieure; elle donne au nez, dont le prolongement tombe comme une masse au-devant de la bouche jusqu'au niveau du menton et même au-dessous, l'apparence d'une petite trompe d'éléphant. La moitié de la lèvre supérieure retombe également comme un voile épais et lourd au-devant de la bouche qu'elle recouvre plus d'à moitié. En relevant la masse nasale qui pèse bien au moins de trois à quatre cents grammes, on voit les orifices des fosses nasales parfaitement libres. La lèvre supérieure relevée laisse également voir dans sa totalité la bouche intacte. Cette vaste tumeur est d'une teinte violacée, tendant au rouge; elle est chaude, manifestement vasculaire; on y sent nettement sur presque tous les points des pulsations artérielles. Elle n'est d'ailleurs le siége d'aucune douleur, elle n'est qu'une cause de gêne et une horrible difformité, à laquelle d'ailleurs cet homme paraît s'être résigné depuis longtemps.

Le fait remarquable de l'histoire de cette tumeur est celui-ci; c'est que congénitale, comme le sont toutes les tumeurs de ce genre, et comme l'est celle de l'enfant dont nous venons de parler, elle est restée pendant une longue période de la vie de cet homme à l'état de simple tache à la joue, de ces taches auxquelles le vulgaire donne le nom de taches de vin, et que ce n'est qu'à l'âge de quarante ans seulement qu'elle a commencé à s'accroître, et qu'elle n'a cessé de s'accroître graduellement depuis cette époque, c'est-à-dire depuis environ vingt-huit ans.

Or, et c'est ici que se montre le contraste frappant au point de vue de la marche entre les deux tumeurs en question; c'est que, tandis que chez l'enfant la tumeur était à son maximum de développement à l'époque de sa naissance, et que, sans le secours d'aucun moyen de traitement, bien que plusieurs aient été proposés mais qu'aucun n'ait été appliqué, cette tumeur n'a cessé de diminuer spontanément de volume; chez l'homme âgé, au contraire, la tumeur d'abord peu étendue, restée stationnaire pendant quarante ans, a commencé, à dater de cet âge, à prendre un accroissement lent, mais incessant, et qui paraît se continuer encore en ce moment.

M. Lailler est très-disposé à croire que le nævus de l'enfant finira par disparaître. Quant à celui du vieillard, il est d'avis qu'il faut se garder d'y toucher. La seule chose qui soit propo-

sable, tout au plus, en vue de son accroissement encore possible, serait quelque moyen contentif simple qui soutînt les organes procidents, et prévînt surtout les effets fâcheux que pourrait avoir à la longue la déclivité sur ces parties si fortement vascularisées. Dr Brochin.

DE L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

DEUX SYMPTÔMES SIGNES CERTAINS DE MORT CERTAINE

par le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

Hippocrate, et, après le père de la médecine, Baglivi, Willis, Sydenham et Sennert, en parlant du pronostic de l'hémorrhagie cérébrale, signalent quelques phénomènes, indices d'une mort prochaine.

Baglivi (*Praxeos medicæ*, cap. *de apoplexia*) dit que l'écume qui paraît à la bouche dans ce cas entraîne la mort.

Willis (*Opera omnia*, 1681) à l'écume qui apparaît à la bouche ajoute le stertor de la respiration.

Sydenham (*Processus in morbis*) ne signale que le stertor.

Sennert, l'érudit médecin de Breslau, a composé un excellent chapitre sur l'apoplexie, ainsi appelée, dit-il, d'une matière pittoresque et vraie, parce que l'homme tombe tout-à-coup comme frappé par la foudre, ou comme la victime immolée au pied des autels. Parmi les six causes de l'affection qu'il signale, il cite le sang qui, hors des vaisseaux, se répand à la base du cerveau. Il signale également le stertor et l'écume à la bouche; il ajoute qu'une sueur, se montrant avec une respiration pénible, est mortelle.

Telle était l'opinion de l'antiquité et des médecins des dix-septième et dix-huitième siècles, lorsque la clinique moderne observa deux symptômes considérés comme signes certains de mort prochaine.

D'après Charcot, il n'est pas rare de voir apparaître chez les individus atteints d'hémorrhagie cérébrale, et du deuxième au quatrième jour après l'attaque, une eschare sur la fesse du côté paralysé. Nous avons vérifié le fait chez le malade dont nous allons rapporter l'observation; mais au lieu d'une eschare sur la fesse du côté paralysé, nous avons observé trois eschares ou phlyctènes, véritables ampoules caractérisant d'ordinaire la gangrène. L'une se montra sous la malléole externe droite, une autre à la partie dorsale du gros orteil, et la troisième sur la partie externe et inférieure de la jambe du même côté, sans préjudice de l'eschare aussi de la fesse droite.

Le professeur Charcot dit avec raison que l'eschare, que l'on observe en pareil cas n'est pas la suite du décubitus, puisqu'elle est située sur une partie ne supportant pas la pression la plus forte, et que la formation des eschares en général ne se fait pas aussi rapidement. Il ajoute que ces phénomènes indiquent une prostration profonde des actes nutritifs, et toujours une mort prochaine. Est-ce qu'on ne pourrait pas également admettre une perturbation de cause nerveuse de la circulation capillaire, prouvée par l'élévation considérable de la température que nous avons constatée dans l'espèce? De nouvelles études, au point de vue étiologique, sont encore nécessaires pour expliquer cette éruption pemphigoïde du côté paralysé.

Quoi qu'il en soit de l'explication, il est certain que le phénomène revêt un tel caractère de gravité qu'il signifie mort prochaine.

Il est un autre phénomène signalé par le professeur Bouchut, et qui a la même signification que précédemment, lorsqu'il se présente dans un cas d'hémorrhagie cérébrale, avec paralysie des membres et respiration stertoreuse : c'est la déviation des deux yeux. Il ajoute que l'hémorrhagie cérébrale existe du côté où les yeux sont déviés.

Dans notre observation, il existait une hémiplégie droite, et les yeux étaient déviés du côté droit, le caillot se trouvant à gauche; mais la respiration n'était pas stertoreuse.

Nous avons vainement cherché dans les auteurs cités plus haut (Sennert, Sydenham, Willis, Baglivi), ces deux symptômes. Ils avaient échappé à l'observation des anciens médecins; il faut donc les considérer comme une conquête de la clinique moderne. Ces faits sont confirmés par l'observation suivante :

Obs. — D..., Bernard, soixante-sept ans, tempérament lymphatico-sanguin, est doué d'une constitution éminemment apoplectique. Depuis deux ans, il éprouve des fourmillements dans les doigts de la main droite. La sensibilité du membre est conservée, mais il existe une grande diminution de la puissance musculaire du côté droit. En outre, il est sujet parfois à des vertiges. Le malade éprouve de la difficulté à prononcer quelques mots; sa mémoire est de temps en temps infidèle; son amaigrissement est notable.

Pour lutter contre un ramollissement cérébral commençant, je le soumets au traitement suivant :

1° Application de sangsues à l'anus tous les trois mois;

2° Purgatifs (teinture de jalap composée et calomel) par quinzaine;

3° Surveiller l'alimentation du soir;

4° Une solution anti-congestive composée d'alcoolature d'aconit napel et d'arséniate de soude.

Le dimanche 28 novembre, immédiatement après le repas, température ambiante + 2° au dessus de glace, il est pris de vomissements, de perte de la parole et d'hémiplégie droite consécutive à une hémorrhagie cérébrale gauche. Depuis l'attaque, ce malade porte souvent la main gauche, seule libre désormais, dans la région fronto-pariétale gauche.

Saignée légèrement déplétive du bras, sinapismes aux extrémités inférieures. Boisson ammoniacale, glace sur la tête.

Le lundi 29, à ces accidents s'ajoutent des attaques choréiformes et une déviation des yeux du côté paralysé. Point d'amélioration. Eau de Sedlitz.

Le 30, mardi matin, légère rémission des symptômes. Le malade prononce quelques paroles assez distinctes, et paraît comprendre ce qui se passe autour de lui; mais, avec la nuit, l'agitation recommence.

Le mercredi 1er décembre, pouls à 120; point de stertor; face rouge.

On continue la glace par crainte de l'encéphalite circonscrite consécutive à la résorption du caillot sanguin. Nous observons une ampoule à la partie inférieure de la malléole externe droite. Les mouvements de la face continuent avec la déviation des yeux.

Le jeudi 2 décembre, autre eschare à la partie dorsale du gros orteil droit, et une troisième s'observe à la fesse du même côté.

Le vendredi 3, la perte du mouvement du membre, de la sensibilité et de l'intelligence existent toujours. Le malade succombe le samedi 4, à deux heures du matin.

ÉTUDE SUR LA MÉLANCOLIE (1)

Par le docteur J. Christian
Médecin adjoint de l'asile de Montdevergnes.

Conclusions. — La sensibilité générale comprend toutes les sensations que nous ne rapportons pas au monde extérieur, mais qui nous font percevoir l'état et les modifications de notre propre corps. On peut l'appeler aussi sensibilité « subjective ». — Tous les modes de sentir qui la composent aboutissent, en définitive, au plaisir ou à la douleur; on peut donc considérer la sensibilité générale comme se résumant dans le sens du plaisir et de la douleur.

Les sensations subjectives produisent en nous un certain état agréable ou désagréable, que nous appelons « un sentiment ». — La sensibilité morale prend exclusivement son origine dans la sensibilité générale; elle en est l'aboutissant cérébral. — Les sensations subjectives peuvent être diminuées ou abolies (anesthésie); augmentées, exaltées (hyperesthésie); perverties (illusions, hallucinations). — Ces trois modifications pathologiques sont extrêmement fréquentes chez les mélancoliques, et jouent un rôle important dans la production des phénomènes morbides cérébraux.

Les passions fondamentales de la troisième a pour objet l'idée d'une chose désagréable; celle de la joie a pour objet l'idée d'une chose agréable. — Toute impression périphérique désagréable, douloureuse, se traduit donc par un sentiment de tristesse. — Si cette impression persiste, devient permanente, ou si elle produit une atteinte tellement profonde qu'elle ne puisse s'effacer, il en résulte un état permanent de tristesse, de dépression morale, « la mélan-

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

colie ». — C'est donc une lésion de la sensibilité générale, qui est le phénomène initial, fondamental, de la mélancolie. On peut dire que la mélancolie est caractérisée essentiellement par l'existence morbide d'une émotion pénible, dépressive, qui maintient le sujet dans un état de douleur morale. — Elle a pour lésion un éréthisme douloureux du cerveau, semblable à celui que l'on observe dans un nerf cérébro-spinal sensitif affecté de névralgie.

La mélancolie n'est pas la folie. Elle peut durer indéfiniment sans que la raison subisse aucune atteinte. — L'exaltation douloureuse du cerveau peut rester concentrée dans la sphère sensitive (mélancolie), irradier sur le système nerveux ganglionnaire (hypochondrie), ou retentir sur le système locomoteur (mélancolie active, passive). — Toute douleur périphérique peut provoquer la mélancolie; mais c'est surtout une douleur peu intense, continue, prolongée, qui produit ce résultat. — Ces conditions se trouvent principalement réalisées dans les « maladies chroniques ». Aussi les maladies chroniques sont-elles une cause fréquente de mélancolie.

La mélancolie peut se transformer en délire mélancolique (lypémanie). — Cette transformation se fait par une extension de la maladie, qui, bornée dans la mélancolie à la partie du cerveau où aboutissent les mille irradiations de la sensibilité générale, gagne, dans le délire mélancolique, la sphère de l'intelligence proprement dite. — Il ne faut pas considérer le délire mélancolique comme n'étant que le degré le plus élevé de la mélancolie; c'est un état maladif tout nouveau, qui n'arrive que lorsqu'il existe une prédisposition spéciale. — La transformation de la mélancolie en lypémanie est généralement lente, graduelle. — Les idées délirantes de l'aliéné mélancolique ont leur source principale dans les modifications morbides de la sensibilité générale. — Dans la lypémanie (délire mélancolique), il y a deux éléments constants, la mélancolie et le délire. — Ce délire varie dans sa forme extérieure, suivant qu'il s'alimente de préférence dans les troubles de l'une ou l'autre des grandes fonctions de l'entendement, intelligence, sensibilité, volonté. De là, trois types de lypémanie :

1° Lypémanie intellectuelle (idées, conceptions délirantes);

2° Lypémanie sensoriale (illusions, hallucinations);

3° Lypémanie avec troubles de la volition (L. active, L. avec stupeur).

Dans la lypémanie « anxieuse », le phénomène dominant est « l'anxiété précordiale », qui n'est qu'une lésion de la sensibilité générale. — La lypémanie hypochondriaque est l'hypochondrie avec délire. L'hypochondrie n'est qu'une hyperesthésie douloureuse de la sensibilité générale; le délire s'alimente dans les idées que cette hyperesthésie entraîne. — Le délire hypochondriaque se transforme fréquemment en délire de persécutions. Mais cette transformation n'est pas le résultat exclusif d'une série de raisonnements, de déductions logiques. L'idée de persécution survient, en général, d'emblée. Elle est très-souvent le résultat d'hallucinations de l'ouïe. — Le délire de persécutions aboutit souvent à la monomanie ambitieuse. C'est encore moins par suite d'un raisonnement que consécutivement à l'apparition d'hallucinations ou d'idées délirantes nouvelles.

La mélancolie n'est pas toujours le résultat direct de troubles de la sensibilité générale. Elle est plus fréquemment due à des causes morales (chagrins, frayeur, remords, etc.). — Même alors, il existe dès le début des troubles sensoriels dus au désordre jeté dans les principales fonctions par le trouble moral. — Les lésions de la sensibilité se combinent même tellement avec les troubles moraux, qu'il est souvent impossible d'assigner à chacun d'eux leur part d'action réelle. — Il en résulte que, dans la mélancolie de cause morale, les troubles physiques jouent un rôle important; de même que, dans celle de cause physique, les désordres moraux exercent une action considérable. — Le mieux serait donc d'effacer cette distinction des causes physiques et morales. Celles-ci sont des causes centrales, les autres sont des causes périphériques, mais elles s'adressent toutes au même appareil nerveux, dont la sensibilité générale forme le pôle externe, périphérique; la sensibilité morale, le pôle interne, cérébral.

Les troubles de la sensibilité générale peuvent aussi survenir accidentellement dans les cours de la mélancolie, principalement par le fait de maladies indirectes, aiguës ou chroniques. — Ces troubles accidentels se produisent par des idées délirantes, en rapport avec eux, et produisent généralement une exacerbation du délire. — Les troubles de la sensibilité générale antérieurs à la mélancolie, ou qui surviennent accidentellement dans le cours de la maladie mentale, reconnaissent les causes les plus variées (périphériques ou centrales). — Ils se rattachent à une altération matérielle appréciable, ou à un dérangement purement fonctionnel. — Aussi longtemps que les troubles de la sensibilité générale ne produisent que la douleur, si vive, si interne qu'elle soit, le pronostic est favorable : la mélancolie sans complications guérit aussi facilement que la manie. — Mais dès que l'idée de douleur se concrète en idée délirante, le pronostic est fâcheux. Les délires systématisés (délire hypochondriaque, délire des persécutions) guérissent difficilement.

Les indications thérapeutiques fournies par les troubles de la sensibilité générale varient à l'infini : le traitement doit s'adapter à chaque cas particulier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Un mémoire de M. Rizzoli sur la *résection du sternum*.

LECTURES

M. Gillette donne la lecture d'un travail intitulé : *Divers traumatismes produits par la bouche du cheval*, qui est renvoyé à la commission déjà nommée pour faire un rapport sur ses communications antérieures.

Coxalgie. — M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant, chargé du service chirurgical de Berck-sur-Mer, donne communication des résultats obtenus dans le traitement de la coxalgie à cet hôpital.

Du 1er août 1869 au 9 mars 1876, 212 enfants ont été admis pour des coxalgies, dont 80 étaient suppurées. Dans cette dernière catégorie, la seule dont le traitement présente des difficultés, les résultats ont été les suivants : guéris, 44 ; améliorés, 6 ; non guéris, 20 ; décédés, 10 ; soit 55 pour 100 de guérisons. La durée moyenne du traitement a été de 555 jours ; l'âge moyen des malades neuf ans. C'est à sept ans que cette maladie se montre la plus fréquente, et exclusivement entre six et neuf ans qu'elle débute. La résection semble à M. Cazin devoir être un mode de traitement tout à fait exceptionnel. C'est à l'immobilisation au moyen de deux appareils, qu'il présente à la Société, un appareil silicaté lacé et un petit lit qui n'est autre que l'appareil de Bonnet modifié, que M. Cazin a recours. Dès les six ou huit premiers jours de l'arrivée des petits malades à Berck, on remarque une modification considérable dans leur état, mais cette modification n'est que momentanée et n'implique en rien les résultats futurs du traitement; mais au bout de six ou huit semaines, le succès ou l'insuccès se décide.

Parmi les décédés, beaucoup succombent à l'albuminurie. Enfin, dernière remarque, la coxalgie des pauvres, que M. Cazin observe à Berck, guérit mieux que la coxalgie des riches qu'il observe en ville, ce qui doit être attribué à ce que la première tient généralement à une scrofule acquise, tandis que la seconde a pour cause une scrofule héréditaire.

DISCUSSION

M. Marjolin, comme M. Cazin, n'est pas partisan de la résection de la hanche. Sur cinq opérations, les seules qui aient été faites à Sainte-Eugénie dans l'espace de dix-huit ans, une seule petite fille a survécu. Elle avait été opérée par M. Dolbeau, qui avait réséqué la tête du fémur. Le traitement à Berck-sur-Mer donnerait des résultats beaucoup plus beaux si les enfants qu'on y envoie ne venaient pas de faire un long séjour dans les hôpitaux de Paris, à la porte desquels

ils ont déjà attendu plusieurs mois avant d'être admis. Souvent encore leur maladie avait été méconnue en ville, de sorte qu'elle est dans une période très-avancée quand on commence à la traiter. Les parents de ces petits malades sont le plus souvent des phthisiques, et il n'est pas rare de voir les coxalgiques succomber à la méningite tuberculeuse.

M. VERNEUIL. La coxalgie scrofuleuse est de beaucoup la plus commune. A peine un huitième des cas peut être rapporté à la coxalgie rhumatismale. Lorsque les enfants succombent, c'est quelquefois la coxalgie elle-même, mais ce sont souvent les complications viscérales de la scrofule qui les tuent.

La phthisie pulmonaire n'est pas commune à cet âge, mais on observe très-souvent la stéatose ou l'amylose hépato-rénale, dont les symptômes peuvent être très-facilement confondus avec ceux de la méningite tuberculeuse. Ces malades ne guérissent pas dans nos hôpitaux, mais ils guérissent quelquefois au bord de la mer.

M. LANNELONGUE, chargé du service chirurgical de Sainte-Eugénie, depuis le 1er janvier de cette année, a actuellement soixante coxalgies dont vingt suppurées. Il a fait déjà quatre résections de la hanche, dont trois ont donné une guérison assurée; la quatrième a été faite ce matin, et M. Lannelongue présente l'extrémité supérieure du fémur dont la tête avait été détruite par la suppuration, et quelques fragments de la cavité cotyloïde. M. Lannelongue fait quelques réserves sur les résultats obtenus par M. Cazin. On n'envoie pas à Berck tous les enfants coxalgiques. Le règlement de l'Assistance publique exige qu'ils puissent marcher; ils sont donc déjà dans des conditions excellentes pour guérir. Dans beaucoup de cas le chirurgien se trouve en présence d'indications positives de la résection de la hanche; ces indications se tirent de l'état local, de l'examen minutieux des trajets fistuleux, et de l'état général. Quelquefois, dans le cours d'une coxalgie, les enfants succombent très-rapidement, et l'opération faite à temps aurait peut-être enrayé les accidents qui les enlèvent. Quant aux proportions des coxalgies rhumatismales, elle est très-minime, car c'est à peine si M. Lannelongue en a vu une ou deux sur environ deux cents qu'il a déjà observées. Toutes, presque, sont des coxalgies strumeuses.

M. CAZIN a vu à Berck, cinq petits malades succomber à l'albuminurie. Il y avait donc chez eux de la stéatose rénale, comme l'a dit M. Verneuil, et il est très-vrai que la mort survient par suite de complications viscérales plus que par suite de complications pulmonaires. Il répond à M. Lannelongue que les malades qui sont envoyés à Berck ne sont pas tous dans une situation aussi favorable que le veulent les règlements, car il n'est pas rare que l'on en reçoive qui sont portés et tout à fait incapables de marcher.

M. MARJOLIN fait observer que si l'on pouvait envoyer à la campagne ou au bord de la mer *toutes* les coxalgies suppurées, que les malades puissent ou non marcher, les résultats obtenus seraient meilleurs.

M. DESPRÈS a le regret d'être en désaccord complet avec la majorité des membres de la Société. Les résultats produits par M. Cazin ne sont pas aussi beaux qu'il semblerait au premier abord. Le nombre des morts de coxalgie suppurée (dix sur quatre-vingts), est relativement grand, et la mortalité n'est pas beaucoup supérieure à Paris où la guérison serait obtenue dans une proportion de soixante pour cent par l'immobilisation, quand on arrive à l'ankylose. Cette dernière condition est indispensable, car les coxalgies suppurées avec mobilité de l'articulation sont inguérissables.

M. T. ANGER fait aussi quelques réserves sur l'excellence du bord de la mer pour le traitement des coxalgies. C'est très-vrai quand la maladie est vieille, quand la période inflammatoire est passée; mais dans la coxalgie au début, quand il y a inflammation, suppuration, fièvre, quand le malade ne mange pas, le bord de la mer aggrave l'état du malade. M. Anger a vu deux fois ce fait.

M. CAZIN partage cet avis. Il observe rarement de coxalgies aiguës à Berck, mais il en voit dans sa clientèle, et prend grand soin de les éloigner de la mer à cette période aiguë de la maladie.— Les coxalgies graves ne sont pas aussi rares à Berck que le dit M. Desprès, puisque M. Cazin y a observé quatre cas de mort par stéatose rénale.

PROPOSITION DE RÉUNIR UN CONGRÈS CHIRURGICAL A PARIS

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre signée par un grand nombre de membres, qui demandent qu'à l'occasion de l'Exposition universelle qui doit avoir lieu à Paris en 1878, la Société de chirurgie provoque la réunion à cette époque d'un congrès chirurgical à Paris. L'examen de cette demande sera confiée à une commission de cinq membres, qui seront élus dans la séance prochaine.

COMMUNICATION

Odontôme. — M. PANAS donne lecture d'une observation d'*odontôme* recueillie dans son service.

Il s'agit d'un jeune malade âgé de dix-sept ans. La tumeur, siégeant au côté gauche de la machoire inférieure, avait débuté il y a sept ans, et avait fait depuis peu de grands progrès. Elle avait envahi toute la région molaire en s'insinuant soes l'arcade zygomatique qu'elle avait déjetée en dehors.

Le 15 mai 1875, M. Panas fit l'extirpation de cette tumeur en réséquant et désarticulant le maxillaire inférieur. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue et peut être considérée comme définitive. C'était donc une tumeur bénigne. M. Magitot en a fait l'examen et l'a rangée parmi les *odontômes odontoplastiques* de Broca. M. Panas pense que cette tumeur est née aux dépens de la deuxième grosse molaire, et peut-être du follicule de la dent de sagesse. Elle s'est développée pendant la deuxième période du développement dentaire, en période odontoplastique. La masse était composée de tissus fibreux, renfermant des grains durs, grains dentinaires, sans émail ni ivoire.

M. MAGITOT n'est pas d'accord avec M. Panas sur l'origine de cette tumeur, qu'il croit, à cause de l'âge du malade au moment de son apparition, développée uniquement aux dépens du follicule de la dent de sagesse. La deuxième grosse molaire a été retrouvée entière, couchée dans son alvéole, mais il n'y avait pas trace de la dent de sagesse.

M. FORGET rappelle qu'il a le premier fait remarquer la bénignité de ces tumeurs et l'indemnité des ganglions voisins. Il les a décrites il y a vingt ans sous le nom de tumeurs alvéolo-dentaires et plus tard sous le nom d'hypertrophie fibreuse des éléments alvéolo, dentaires. Toutes ces tumeurs sont le produit d'anomalies dentaires.

M. MAGITOT. La tumeur enlevée par M. Panas est une tumeur du follicule dentaire. M. Broca a bien établi que ces tumeurs folliculaires sont le résultat d'une maladie d'évolution.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Anévrysme. — M. PANAS présente, au nom de M. Fleury (de Clermont), une pièce provenant d'un jeune homme mort dans son service.

Ce malade présentait à la partie supérieure de la cuisse gauche une volumineuse tumeur indolente dont la nature était douteuse. A la suite d'une simple ponction exploratrice, des accidents inflammatoires amenèrent rapidement la mort. L'autopsie fit reconnaître l'existence d'une poche anévrysmale remplie de caillots séparés par des cloisons. Une injection de suif par l'artère fémorale fit voir que la tumeur était indépendante de ce vaisseau, mais cependant la matière de l'injection avait pénétré dans la poche, sans qu'il fût possible de reconnaître exactement le point d'entrée. M. Fleury en conclut que c'était un anévrysme développé aux dépens d'une branche collatérale innominée de la fémorale.

Blessure par arme à feu. — M. PANAS présente, de la part de M. Fredet (de Clermont), une pièce provenant d'un garde-champêtre, assassiné par un braconnier, et qui a succombé à la suite d'une péritonite et d'une pneumonie traumatiques. La balle du révolver avait pénétré d'arrière en avant et de haut en bas dans le sixième espace intercostal, sans toucher les côtes. Le poumon était traversé à sa partie inférieure, ainsi que le diaphragme. La balle, très-petite, a été retrouvée dans l'excavation pelvienne. A côté du trou produit par la balle, on remarque sur le poumon une vaste perte de substance du bord inférieur, qui est restée inexplicable.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Spéculum rectal. — M. HEURTELOUP présente un spéculum pour le rectum, qu'il a fait construire par M. Colin, dans le but d'obtenir une vaste dilatation de l'ampoule rectale sans dilater outre mesure l'anus. Les valves de cet instrument sont articulées à l'extrémité d'un large anneau qui reste immobile.

Céphalotribe. — M. POLAILLON présente, de la part de M. Chassagny (de Lyon), un nouveau céphalotribe.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III

La policlinique de Vienne est très-suivie par les étudiants : de nombreux médecins étrangers, américains et russes surtout, y viennent et lui donnent aussi une véritable activité un mouvement très-complet: la policlinique libre de Vienne est certainement dans toute l'Allemagne l'institution la plus prospère de ce genre. Les malades y affluent également, malades de toute classe et de tout genre : ajoutons même (et ceci ne surprendra nul de vos lecteurs) que la gratuité des consultations attire quotidiennement des personnes que leur rang social et les convenances les plus simples devraient en éloigner (2).

Nous avons fini d'étudier le fonctionnement de l'institution de la policlinique : c'est là que se borne notre tâche. Il convient cependant d'en apprécier la valeur au point de vue de l'enseignement et du profit que les étudiants peuvent réellement en tirer pour leur instruction pratique.

Après avoir soigneusement suivi plusieurs des policliniques de cet institut, notre impression est que cet enseignement est excellent et des plus profitables. Il y a, du reste, un critérium des plus simples pour juger la question ; nous l'avons déjà marqué : les malades y abondent (parce qu'on n'y paye point les consultations, dira-t-on), mais les élèves y abondent aussi, quoiqu'il faille y payer les leçons. Il ne nous paraît pas que l'on puisse trouver de meilleur argument. Les cours sont nombreux, divers, pratiques ; les leçons sont fréquentes, cinq pour le moins dans une semaine, et la matière du cours y est rapidement et complétement vue, en deux mois, deux mois et demi au plus. En ce qui concerne, toutefois, la fréquentation d'une visite, l'élève en payant les honoraires demandés, acquiert le droit de suivre les consultations tout un semestre, d'octobre en mai, par exemple.

Nous avons déjà rapporté ce qui nous a été dit ici vingt fois, tant par les maîtres que par les élèves, en ce qui concerne la longueur d'un cours. Les Allemands ne peuvent se faire à l'idée de ces interminables cours, qui durent trois ans, quatre ans, souvent. Il s'agit pour eux de donner aux étudiants une idée complète, quoique rapide, un maniement pratique suffisant; le travail personnnel de l'élève fera le reste plus tard, et l'expérience aidant, le jeune médecin saura ce qu'il convient. Ces longs cours savants, minutieux, interminables, ne peuvent, dans une Faculté, jamais être suivis par la même génération d'étudiants, c'est pour eux un inconvénient grave dans l'enseignement. Il est juste d'ajouter qu'en ce qui touche l'enseignement officiel d'un professeur ordinaire dans une université allemande, les programmes conjurent réglementairement cet inconvénient, puisque *tous* les cours sont faits hiver et été, sans excepté le cours d'anatomie et le cours de physiologie, et que, de plus, les leçons sont faites *tous* les jours. Excusez-nous, monsieur le directeur, de revenir souvent sur ce sujet, mais chacun sent qu'il a une importance décisive.

Dans cette appréciation de la valeur d'une policlinique libre, nous nous garderons bien du reste, de vous limiter à notre seul avis, il faut, sur un tel sujet, laisser aussi parler les personnes devant qui l'institution fonctionne depuis longtemps et qui sont, à beaucoup d'autres titres aussi, meilleurs juges.

M. le professeur Billroth, dans le livre dont nous avons parlé (1), a touché naturellement cette question de la policlinique en général et de la policlinique de Vienne en particulier. Il n'avait pas à en décrire le fonctionnement et le mécanisme connus de ses compatriotes; il s'est borné à des appréciations, d'ailleurs favorables, dont nous nous ferons l'écho.

Bien plus, en présence des attaques qui n'ont point été épargnées à la nouvelle policlinique viennoise, M. Billroth a cru devoir hautement prendre sa défense; l'opinion d'une personnalité aussi considérable ne saurait être négligée dans cette étude.

La policlinique a été fort attaquée par un grand nombre de médecins praticiens libres, auxquels la gratuité des consultations enlevait beaucoup de malades.

La policlinique a été aussi fort attaquée par la Faculté et les chefs des services officiels de clinique : on devine facilement les causes de ces attaques. Voici comment M. Billroth s'exprime à leur sujet :

« Par leurs fonctions mêmes, les présidents des cliniques universitaires doivent être mal disposés pour l'institut de la policlinique ; il restreint la sphère de leur activité, et leur devoir est avant tout de veiller à ce que le service, confié à leurs soins, prospère autant que possible ; les services hospitaliers ne seront jamais trop importants pour les élèves, bien plus, ils ne le seront jamais assez pour les maîtres.

« Les étudiants qui suivent les services de l'Hôpital-Général ont donc pour ligne de conduite de faire une opposition *seulement passive* contre le jeune institut.

« D'autre part, il est incontestable que l'entretien et le développement de cette policlinique est une question matérielle lourde pour les médecins de la ville fondateurs, surtout pour les plus jeunes. Ces consultations gratuites les privent évidemment, ainsi que beaucoup de leurs confrères, de malades qui pourraient fort bien payer leur médecin, mais qui préfèrent se faire traiter sans bourse délier tout en servant de sujet de leçon. Il existe, du reste, à la policlinique, des médecins spécialistes, déjà connus, dont le mérite justifierait à lui seul cette conduite. Quoi qu'il en soit, la perte d'argent et de temps peut devenir fort grande pour les médecins de la ville.

« A Londres, où de telles réunions policliniques se sont formées, de vifs débats ont eu lieu dans les sociétés médicales et dans les établissements officiels, mais il n'y a pas de législation qui puisse empêcher l'établissement de ces nouveaux instituts. Les architectes peuvent ainsi fort bien se plaindre que les *sociétés de construction* diminuent leurs honoraires, et les banquiers isolés de ce que les *banques par actions* leur fassent une violente concurrence et leur causent de sérieux dommages, mais ils ne peuvent que se plaindre.

« Sur le terrain de l'activité médicale et de l'enseignement, cette apparition d'une policlinique libre est sortie facilement d'une situation donnée, il faut savoir l'accepter.

« Que si l'on attaque les fondateurs énergiques et courageux de cet institut, dont l'aîné est le savant dermatologue professeur Auspitz (2), disant qu'il s'agit moins pour eux d'enseigner que de se faire connaître au public et d'augmenter leur clientèle, nous déclarons que, pour nous, nous ne saurions formuler un tel reproche. Il faut juger de tout cela *objectivement* et avec sang froid. Un professeur ordinaire qui monte dans une chaire de clinique universitaire, est certainement plein de zèle pour l'enseignement, et n'en songe pas moins

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 avril.

(2) La troisième forme de la policlinique nous occupera peu : elle n'a du reste pas besoin d'être longuement expliquée. Tel docent, tel extraordinaire, tel médecin entièrement libre reçoit à son domicile, ou dans un local loué par lui, des malades, et leur donne des consultations gratuites devant des étudiants qui, moyennant honoraires, peuvent suivre cette clinique ambulante. Nous avons à Paris plusieurs cliniques de ce genre : il est inutile de désigner, par les noms des honorables professeurs particuliers, les cliniques que nous avons en vue en ce moment. Si les étudiants qui les suivent payaient des honoraires, ce serait exactement là la troisième forme qu'affecte l'enseignement policlinique allemand.

(1) Voir Lettre troisième.

(2) M. Billroth a omis, nous ne savons pourquoi, de citer MM. les professeurs Benedict et Rosenthal.

que cette position lui apportera de nombreux avantages matériels dans sa pratique privée. Oui, pour ce qui me regarde, je ne crains point de faire ma propre confession : bien des chaires d'anatomie pathologique m'ont été offertes, et je les ai refusées, parce qu'en même temps que mes goûts scientifiques me portaient bien plus vers l'exercice de la chirurgie, je savais parfaitement que l'existence d'un simple professeur, *qui enseigne uniquement*, ne me donnerait pas tout le confort et l'agrément de la vie que je voulais mener et que je ne devais trouver que par la clientèle. Je n'ai pas crainte de faire ici un aveu public, de jeter un instant de côté ma robe de professeur et d'écrivain, mais je veux en même temps souhaiter à ces jeunes instituts toute la prospérité désirable dans l'intérêt des malades pauvres, des étudiants et des maîtres. »

Ainsi s'exprime le professeur Billroth dans un style dont l'agrément de notre langue française tempère un peu la rudesse germanique : les aveux échappés à une bouche académique (et ils sont rares dans une bouche académique), sont précieux; il importait que nous les missions sous vos yeux à propos de cette étude.

Pour nous, les appréciations de ce maître nous semblent d'une entière impartialité et d'une véritable justesse, et ses dernières paroles nous rappelaient la belle et profonde pensée de notre grand écrivain du dix-huitième siècle : « Il se trouve que chacun va au bien commun croyant aller à ses intérêts particuliers (1). » Que les policliniques servent, comme dit M. Billroth, aux malades, aux élèves et aux maîtres, et certes, l'on ne trouvera guère d'institutions plus utiles!

(1) *Esprit des Lois*, III, 7.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Collége de France. — Le cours de M. Ranvier aura lieu, pendant le second semestre, les mercredis et vendredis, à trois heures et demie.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — *Cours de chimie.* — M. le professeur Chevreul ouvrira ce cours le mardi, 2 mai 1876, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à neuf heures trois quarts du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum.

Le professeur a traité l'an dernier de l'ensemble des généralités chimiques concernant les êtres vivants. Cette année, il commencera l'histoire des connaissances chimiques, en insistant principalement sur les principes des notions chimiques relatives aux êtres vivants et à la composition immédiate de leurs organes.

Il exposera en détail la part de l'alchimie dans l'histoire de la matière et comment la chimie est sortie de la critique qu'on a faite de l'alchimie. Il montrera comment les alchimistes concevaient l'application à la production des métaux précieux, l'or et l'argent; ensuite à la transformation des pierres communes en pierres précieuses, enfin à la préparation des quintessences.

Il développera les origines de la médecine de Paracelse.

— *Hôpital Sainte-Eugénie.* — M. le docteur Cadet de Gassicourt a recommencé ses conférences cliniques sur les maladies des enfants, le jeudi 27 avril 1876, à neuf heures. Il les continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Lailler commencera une série de conférences cliniques sur les teignes, avec exercices pratiques et démonstrations, le dimanche 30 avril 1876, à neuf heures précises, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure (pavillon Saint-Martin).

— M. le docteur Laurent-Préfontaine commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 1er mai, à trois heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— *Excursion scientifique.* — M. le professeur Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique, le dimanche 30 avril 1876, à Mouchy, Noailles et Abbecourt. On se réunira à la gare du Nord, où l'on prendra, à six heures du matin, le train pour Heilles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales. Suite et complément de tous les dictionnaires, par M. le docteur P. Garnier. — (11e année). — 1 vol. gr. in-18. Prix : 7 francs. — Paris, 1876, Germer-Baillière.

Annuaire de thérapeutique de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1876, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1875, et les formules des médicaments nouveaux; suivi d'un mémoire sur le traitement hygiénique des maladies chroniques et des convalescences, par M. le professeur Bouchardat. — (36e année). — 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1876, Germer-Baillière.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 miligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

NOTA. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Nous rappelons que les *Granules trois cachets* renferment, sous une couche de sucre, un noyau pilulaire exactement dosé et qui ne durcit pas, ce qui assure sa dissolution.

Comme ils contiennent tous des substances énergiques : arsenic, digitaline, morphine, etc., ils ne sont délivrés que sur ordonnance du médecin et ne portent aucune indication de doses ni d'usage.

Forges-les-Eaux (SEINE-INFÉRIEURE).

Sources ferrugineuses, acidules, crénatées.

Un des premiers effets des Eaux-de-Forges, c'est d'activer la sécrétion des reins. Très-utiles par conséquent contre la gravelle.

Souveraines contre la chlorose et l'anémie, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les engorgements passifs de la matrice, certains troubles intestinaux (gastralgies, dyspepsies, diarrhées séreuses), l'hystérie et autres névroses; enfin contre la stérilité, très-utiles aussi dans le traitement de l'albuminurie.

Saison du 1er juin au 1er octobre.

Buvette, bains de toute nature, salles de douches, hydrothérapie.

Promenades magnifiques, excursions sur les bords de la Manche.

Vente des eaux dans toutes les pharmacies. — Dépôt principal, Compagnie fermière de Vichy.

Prix de la bouteille : 70 centimes.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci-contre.

Raoul Bravais

Teinture Cocheux,

CONTRE LA GOUTTE ET LES RHUMATISMES.

La TEINTURE COCHEUX, à la colchicine, est le principe actif du colchique débarrassé des principes drastiques et toxiques si justement redoutés par les praticiens. C'est le spécifique assuré contre les maladies de la GOUTTE, des RHUMATISMES, LUMBAGO, SCIATIQUE, GRAVELLE, et de toutes les affections causées par la diathèse urique.

DOSE : une cuillerée à café le matin.

Dans toutes les pharmacies.

Établissement hydrothérapique

à GÉRARDMER (Vosges). Altit. 670 mèt. Cures de lait et de petit lait, bains de bourgeons de sapin. Lacs. Paysages grandioses. Saison du 1er mai au 1er octobre.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Aménorrhée et dysménorrhée

L'Apiol des Drs **Joret** et **Homolle** est depuis longtemps reconnu comme le plus puissant et le plus sûr des emménagogues.

Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs de reins, sans qu'on ait à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse commençante. Le succès est surtout assuré quand l'aménorrée ou la dysménorrhée se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires.

Dose : une capsule matin et soir pendant six jours, au moment qui correspond à la tenue présumée des règles ou la précède immédiatement.

Dépôt général : ph. BRIANT, 150, r. de Rivoli, Paris.

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. FREMINEAU, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. DOSE : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. ADULTES : Une cuillère à bouche. ENFANTS : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez DESNOIX et Ce, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies *consomptives, phthisie, diabète, cachexie palustre.*

Par la réunion de *l'alcool et de la viande* crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans *les convalescences, l'anémie, l'épuisement.* Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices. — 3 fr. 50, à la pharm., 82, rue Rambuteau. — Gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromur en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Granules de Garnier-Lamoureux

dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsenieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphures de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Bagnols Saint-Émilien

Vin tannique des hôpitaux de Paris.

(1er choix) conservé par le procédé Pasteur.

La Blle, grand format (80 à 90 centilitres), 3 fr. — 6 Blles, id. 17 fr. — 12 Blles, 32 fr. — 25 litres en bonbonne d'origine, 50 fr. — Envoi *franco* de tous droits à dernière gare française. — BOSREDON, ph., r. des Francs-Bourgeois, 41, Paris.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Élixir et Vin de Coca,

de Joseph BAIN, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alibiles, là où le quinquina est impuissant. — **Pastilles digestives de coca.** — E. FOURNIER ET Cie, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

PROGRAMME

d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Une décision présidentielle en date du 5 octobre 1873 dispose que chaque année un concours aura lieu au mois de septembre pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et que les canddats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les douze villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil et une faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger.

En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira :

A Paris, le 21 août 1876;
A Lille, le 30 du même mois;
A Nancy, le 4 septembre;
A Besançon, le 9 du même mois;
A Lyon, le 12 du même mois;
A Marseille, le 16 du même mois;
A Montpellier, le 19 du même mois;
A Toulouse, le 23 du même mois;
A Bordeaux, le 27 du même mois;
A Rennes, le 2 octobre.

Aux termes de la décision précitée, sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élève en médecine :

1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint;

2° Les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions.

En exécution du décret du 22 août 1854, 14 inscriptions d'école préparatoire seront acceptées pour 12 inscriptions de faculté.

Pour les emplois d'élève en pharmacie :

1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet;

2° Les étudiants ayant 4 inscriptions d'école préparatoire ou d'école supérieure pour le titre de pharmacien de 1re classe;

3° Les étudiants ayant 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant subi avec succès les examens réglementaires.

10 inscriptions d'école préparatoire pourront suppléer à 8 inscriptions d'école supérieure.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être Français;

2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscriptions), moins de vingt-deux ans (élèves à 4 inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à 8 inscriptions) et moins de vingt-quatre ans (élèves à 12 inscriptions);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, et pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé.

La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES.

Les candidats auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires en résidence dans les localités indiquées d'autre part.

La clôture de cette liste aura lieu dans chaque ville cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire, dans la forme ci-dessus indiquée;

3° Un certificat délivré par le service du recrutement, indiquant sa situation au point de vue militaire;

4° Les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint, s'il est candidat en médecine sans inscriptions, et, pour les concurrents à 4, 8 et 12 inscriptions, les certificats de fin d'année, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens; — le diplôme de bachelier ès sciences complet, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, et pour les conditions à 4 et 8 inscriptions les certificats des examens réglementaires.

Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves.

5° S'il a moins de 12 inscriptions valables pour le doctorat, ou de

8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, l'indication de la ville où il désire faire ses études.

Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève du service de santé.

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES.

I. — Concours en médecine.

Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas passé le premier examen de fin d'année :

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle ;

2° Interrogations sur la physique et la chimie, d'après le programme des connaissances exigées pour le baccalauréat ès sciences restreint.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le premier examen de fin d'année :

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale et de physiologie élémentaire;

2° Interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes à la science médicale ;

3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le deuxième examen de fin d'année :

1° Composition sur une question de physiologie;

2° Interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le troisième examen de fin d'année, devant une faculté ou une école de plein exercice :

1° Composition sur une question de pathologie générale :

2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe;

3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

II. — Concours en pharmacie.

Candidats sans inscriptions ou n'ayant pas satisfait aux examens de première année :

1° Composition sur une question de physique et de chimie ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie et les éléments d'histoire naturelle.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens de première année :

1° Composition sur une question de physique et de chimie;

2° Interrogations sur la chimie médicale et les éléments de chimie organique ;

3° Interrogations sur la botanique, la zoologie, la minéralogie et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant satisfait aux examens de seconde année :

1° Composition sur une question de chimie;

2° Interrogations sur la chimie minérale et la chimie organique ;

3° Interrogations sur la pharmacie, la toxicologie, la botanique et l'histoire naturelle des médicaments.

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique composé d'un médecin inspecteur qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires désignés par le ministre.

Il sera accordé trois heures pour la composition ; chaque épreuve d'interrogation durera de quinze à vingt minutes.

Les candidats qui auront satisfait à la composition seront seuls admis aux interrogations orales.

Les compositions sont lues à huis clos par le jury. Chaque examinateur interroge séparément les candidats pour sa spécialité. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre, de 0 à 20.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Les élèves du service de santé militaire qui auront moins de 12 inscriptions en médecine ou de 8 inscriptions en pharmacie seront dirigés chacun sur celle des douze villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. (Toutefois aucun pharmacien militaire n'étant attaché aux hôpitaux de Grenoble, de Besançon et de Montpellier, les élèves pharmaciens ne pourront être placés dans ces trois localités.)

Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront, suivant leur spécialité et le degré d'avancement de leurs études, à l'exécution du service ; en même temps ils suivront les cours et travaux pratiques de la Faculté de médecine, ou de l'école supérieure de pharmacie, ou de l'école préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune indemnité ni subvention. Ils auront donc à pourvoir, au moyen de leurs propres ressources, aux frais d'entretien, de nourriture et de logement, ainsi qu'à l'achat des livres et instruments nécessaires à leurs études. Toutefois, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle fixée à 1,200 francs par an à Paris, 1,000 francs à Lyon et à Marseille, et 800 francs dans les autres villes ci-dessus désignées.

Cette faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit.

Les élèves du service de santé qui seront en possession de 12 inscriptions pour le doctorat ou de 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce ; inscrit à la Faculté de médecine ou à l'École supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens de doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la première année de séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat, qui seront subis dans l'ordre déterminé par le décret du 28 juillet 1860. Après la seizième inscription en médecine et la douzième inscription en pharmacie, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Toutes ces épreuves devront être terminées avant le 1er mai, époque où commencera le stage proprement dit, qui finira au mois de septembre.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde attribuée à l'ancien grade de sous-aide (2,360 francs par an) ; dès que chacun d'eux aura obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire lui sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'élève.

Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité qui auront été payés pour son compte, et de l'indemnité de première mise d'équipement qui lui aura été allouée à l'école du Val-de-Grâce.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

Paris, le 24 avril 1876.

HOTEL-DIEU. — M. Béhier.

Insuffisance aortique coïncidant avec un état cachectique considérable probablement dû à un cancer du rein.

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

Je veux aujourd'hui vous parler d'un malade du service, couché au n° 6 de la salle Saint-Jeanne, chez lequel une partie des phénomènes qu'il présente offre un certain degré d'obscurité. Ici cependant, il est indispensable d'arriver à la plus grande probabilité possible, car ce que l'on trouve de précis chez cet individu ne rend pas du tout compte des phénomènes principaux qu'on observe et qui frappent tout d'abord.

C'est un homme de cinquante-deux ans, exerçant la profession de gaînier. Son père est mort à soixante-six ans, d'une maladie dont il ignore le nom : elle aurait duré environ deux mois et ne se serait accompagnée ni d'hydropysie, ni de battements de cœur.

Sa mère est morte à quarante ans d'une maladie chronique, qui aurait duré plusieurs années et aurait amené une émaciation considérable.

Quant à lui, il n'a jamais été bien robuste, mais il n'a jamais fait de maladie grave, si ce n'est, vers l'âge de dix-huit ans, une fièvre typhoïde. Il n'a jamais eu d'autre maladie, et en particulier, ni rhumatisme articulaire aigu, ni douleurs vagues pouvant être rapportées à du rhumatisme chronique.

Il se dit très-sobre et prétend n'avoir jamais fait d'excès alcooliques. Il fait remonter sa maladie actuelle à l'époque du siége. A cette époque il commença à se sentir faible, il ne travaillait plus que difficilement et avait quelques douleurs dans le ventre. Depuis trois ans seulement, il a des battements de cœur. Jamais ses jambes n'ont enflé.

Il est déjà venu trois fois à l'hôpital, toujours à cause des battements de cœur qui l'empêchaient de travailler.

Sa voix était habituellement claire, mais depuis trois ou quatre mois il est atteint d'un enrouement persistant.

État actuel, 3 avril. — Le malade est assez bien musclé, pâle; il a cinquante-deux ans, mais ses cheveux blancs et son aspect fatigué le font paraître plus vieux.

L'apyrexie est complète. Il n'y a nulle part trace d'œdème.

Le pouls paraît assez fort lorsqu'on exerce une très-légère pression sur l'artère, mais il disparaît facilement par une pression plus forte. Ce caractère bondissant du pouls s'exagère lorsque le bras est levé; il est moins accusé cependant qu'il ne l'est fréquemment dans l'insuffisance aortique.

L'artère est souple et ne paraît nullement indurée.

Il n'y a aucune déformation de la région précordiale. La pointe du cœur bat dans le deuxième espace intercostal, au dessous du mamelon gauche. La percussion montre que le cœur n'est pas augmenté de volume ou du moins qu'il ne l'est pas d'une façon notable.

L'auscultation de la base du cœur, au niveau de l'union de la première et de la deuxième pièce du sternum révèle l'existence d'un double bruit de souffle correspondant aux deux bruits de l'organe. Le souffle du premier temps est très-faible; celui qui correspond au second temps est très-net, à timbre doux, aspiratif. Il se prolonge jusqu'à la pointe du cœur où l'on peut encore le percevoir, mais son maximum est manifestement à la base.

A la pointe du cœur, le premier bruit est un peu prolongé, le second est normal, seulement un peu couvert par le souffle du second temps et de la base.

L'auscultation des vaisseaux du cou ne révèle l'existence d'aucun bruit de souffle.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade n'a jamais eu d'accès de palpitations.

Le thorax est amaigri. Les insertions du muscle sterno-mastoïdien sont saillantes; la tête est très-légèrement rentrée dans les épaules. Ces divers signes joints à une sonorité marquée de la poitrine, nous font admettre qu'il existe un très-léger degré d'emphysème pulmonaire.

Il y a un peu de toux. Les crachats sont rares, muqueux, jamais purulents. Jamais d'hémoptysie.

L'auscultation ne révèle l'existence d'aucun râle. Les vibrations thoraciques sont normales.

L'enrouement est très-marqué, mais ne s'accompagne d'aucune douleur. Le pharynx est indemne de toute lésion.

L'appétit est conservé : pas de vomissements, digestions bonnes, selles régulières.

Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Jamais de vertiges ni d'étourdissements. Le malade voit bien, entend bien; la motilité et la sensibilité générale ne présentent aucune altération.

Il a souvent des rêves le nuit, mais il prétend n'avoir jamais fait d'excès alcooliques et ne présente d'ailleurs ni tremblement de la main, ni troubles gastriques.

Comme on le voit, l'aspect extérieur du malade le rapproche des individus atteints de cancer qui ont fait l'objet de quelques-unes de nos précédentes leçons. Ce qu'on observe chez lui, c'est un état cachectique non douteux, une faiblesse graduelle, sans prédominance et même sans indices de troubles du côté du tube digestif ni des voies respiratoires, sans œdème, sans aucun signe dans les régions où nous avions été habitués à porter nos investigations ces temps derniers. Mais en continuant cet examen, on trouve bientôt que le pouls tout d'abord, est assez fort, qu'il disparaît facilement quand on vient à exercer une pression un peu forte sur l'artère, et qu'il a de plus un caractère bondissant qui s'exagère quand le bras est levé.

Si donc nous ne trouvons rien qui puisse appeler notre attention du côté de l'abdomen, les signes fournis par le pouls, sa qualité bondissante, en un mot, son caractère de pouls de Corrigan nous engagent de suite à pratiquer l'auscultation du cœur. Ce mode d'investigation révèle bientôt à la base de l'organe l'existence de deux bruits anormaux : l'un, au premier temps, très-faible, très-léger, correspondant à l'état d'anémie du malade; l'autre au deuxième temps, très-net, à timbre doux, aspiratif, se prolongeant en haut et en bas, de la qualité enfin de ceux qui caractérisent l'altération spéciale des valvules aortiques, désignée sous le nom d'insuffisance. Il existait en outre un certain degré d'altération du premier bruit, à la pointe, se traduisant par un souffle un peu prolongé sur lequel vous devez être édifiés.

Mais, comme je vous l'ai dit, on ne trouvait pas trace d'œdème des membres inférieurs, pas davantage de signes d'hyperthrophie, ni de cet état particulier du cœur que je vous ai appris à connaître sous le nom d'asystolie.

Le pouls, vous ai-je dit, avait tous les caractères du pouls de Corrigan. Son tracé en effet, se traduisait au sphygmographe par une ascension perpendiculaire et brusque, par un petit temps d'arrêt figuré par un crochet, puis par le dicrotisme habituel qu'on rencontre dans tous le tracés. Mais ne croyez pas que les signes que je viens de vous énumérer veuillent dire insuffisance aortique; ils sont seulement l'indice de la diminution énorme de la tension artérielle dans l'aorte. Il est

très-important que vous sachiez cela parce que vous rencontrerez des cas de chlorose dans lesquels vous aurez également dans le tracé du pouls, une ligne d'ascension brusque terminée par un crochet assez manifeste, sans que pour cela vous soyez en présence d'une insuffisance aortique. Pas plus que le râle crépitant ne veut dire pneumonie, pas plus l'ascension brusque et le crochet, dans une tracé sphygmographique, ne signifient insuffisance aortique. Ces signes ne peuvent avoir de valeur pour le diagnostic qu'autant que viennent se joindre à eux les autres symptômes propres à l'affection à laquelle ils appartiennent.

Vous m'avez vu, un matin, faire lever ce malade, le faire promener dans la salle et ne l'ausculter qu'après lui en avoir fait faire plusieurs fois le tour. C'est qu'en effet, en présence de ces maladies organiques du cœur, pour ainsi dire doubles, multiples, comme celle que nous offrait notre malade, il y a des moments où l'on n'entend qu'un seul bruit, où un seul orifice parle. Auscultez tranquillement dans son lit un individu affecté de lésions aortique et mitrale : il arrivera fréquemment que vous rencontrerez les signes de la seule lésion mitrale, par exemple, le souffle aortique faisant complétement défaut. Mais si vous sollicitez une activité énergique du cœur, si vous imprimez un coup de fouet à la circulation en faisant marcher le malade, en le soumettant à un exercice qui nécessite quelque effort, vous trouverez alors au deuxième temps et à la base, là où précédemment il faisait complétement défaut, un bruit de souffle très-manifeste. Les orifices alors parleront au prorata des lésions dont ils seront le siége.

Il y a, chez cet homme, un symptôme qui m'a frappé : c'est son aspect cachectique. Certes, voilà l'état du cœur bien constaté, mais il ne me rend pas compte du tout de l'état général. Ce n'est pas là cette cachexie cardiaque qui s'accompagne d'ailleurs de phénomènes d'infiltration, et de tout cet ensemble particulier de symptômes que l'on observe habituellement quand le cœur attire à soi toutes les manifestations pathologiques.

Or, depuis quelque temps, cet homme a subi une altération de la voix et l'idée m'est venue de rechercher jusqu'à quel point il ne serait pas atteint d'une maladie qui, à l'exclusion d'une affection tuberculeuse, dont nous ne trouvons pas trace dans le poumon, fausserait la voix et l'altérerait dans son timbre, soit en agissant directement sur le larynx, soit en exerçant son action sur cet organe par l'intermédiaire des nerfs laryngés. J'ai cherché alors si je ne trouverais pas les signes d'un anévrysme de l'aorte. Il vous arrivera souvent, en effet, de trouver des individus qui présenteront une altération de la voix, avec un état général anémique, cachectique même, et chez lesquels vous reconnaîtrez à l'examen, tous les signes d'un anévrysme, à savoir l'inégalité des deux pouls radiaux, l'existence dans la poitrine, au voisinage de l'aorte ascendante ou descendante, d'un double battement, distinct du double battement du cœur, un bruit de souffle particulier qui n'existe pas au cœur, et enfin une matité plus ou moins étendue dans le point correspondant à ce double battement.

L'existence d'un anévrysme pouvait être, chez cet homme, d'autant plus possible que rien n'est plus insidieux que cette affection. Pendant un temps très-long les malades éprouvent un certain malaise; ils souffrent de ce qu'ils appellent leurs *douleurs rhumatismales* dans les parois de la poitrine, puis tout à coup ils meurent. Pour ma part, j'ai vu beaucoup de ces malheureux succomber à la suite de l'administration d'un bain de vapeur, et je me souviens encore d'un individu qui, alors que je commençais mes études, entra à l'hôpital Saint-Louis pour des douleurs qu'il ressentait dans le dos et la poitrine. Il avait, disait-il, *ses rhumatismes*. Plongé dans un bain de vapeur, il commença bientôt à cracher un peu de sang puis finit par être pris d'une hémoptysie épouvantable, déterminée par la rupture dans le poumon d'un anévrysme de l'aorte.

J'ai vu de même à l'hôpital Beaujon un malade succomber ainsi à la rupture d'un anévrysme dont on ne soupçonnait même pas l'existence.

Enfin il faut bien savoir encore qu'un anévrysme pourrait entraîner une cachexie analogue à celle qu'on observe chez notre malade, état cachectique qui peut même être la forme de la mort. Mais je n'ai trouvé ici aucun des signes qui appartiennent à cette affection.

J'ai alors recherché s'il n'y avait pas dans la profession de cet homme quelque cause qui expliquât son état général. Or il est gaînier, profession sédentaire qui autorise peu une semblable manière de voir. Il dit bien qu'il vit constamment auprès d'un énorme foyer dont il respire continuellement les émanations délétères, mais je ne crois pas que l'on doive s'arrêter à cette explication. Enfin j'ai recherché sans plus de succès, si nous n'avions pas affaire à un alcoolique, ou à un homme qui abuserait du coït.

Un moment, je me suis arrêté à cette hypothèse, que peut-être les privations qu'il a subies pendant le siége avaient laissé des traces profondes dans son organisme, mais la chose paraît peu probable. Cet homme n'a pas eu de chagrins, d'émotions pénibles, et une anémie créée par les seules privations, en l'absence d'autres causes adjuvantes, aurait disparu depuis longtemps.

C'est alors que, passant successivement en revue chaque appareil de l'économie, j'ai invoqué l'existence d'une cause organique, et que, en interrogeant le malade, en pratiquant l'examen des voies urinaires, il m'a paru qu'il y avait là un point, qui bien qu'obscur encore, présentait un grand degré de probabilité. Le malade éprouve en effet une douleur habibituelle dans le côté gauche du ventre, douleur qui se manifeste surtout quand il est sur le point d'uriner ou lorsqu'il urine. Cette douleur disparaît après la miction, mais la pression la réveille. L'exploration de cette partie de l'abdomen ne dénote l'existence d'aucune espèce de tumeur.

A quelle affection du rein avons-nous donc affaire?

Tout d'abord il faut éliminer l'hypothèse d'une inflammation, interstitielle ou parenchymateuse. Voilà longtemps déjà que notre homme présente ces troubles de la miction et nous ne trouvons d'ailleurs aucun des signes propres à ces lésions; pas d'albumine dans les urines, pas de mouvement fébrile, pas d'œdème ni de vomissements. En un mot aucun des signes propres à l'affection albumineuse, caractérisée par le gros rein ou le petit rein.

On ne saurait davantage invoquer l'idée d'une affection amyloïde : ses signes sont à peu près ceux que je viens de vous énumérer, et il n'y a guère que l'autopsie qui permette de distinguer cet état du rein des maladies précédentes.

Reste le cancer qui rendrait parfaitement compte de tout, mais il faut avouer que nous sommes dans l'impossibilité absolue de l'affirmer. L'existence d'une lésion cancéreuse me paraît aussi probable que possible, mais pour le démontrer d'une façon irréfutable il faudrait que nous trouvions une tumeur. Or celle-ci fait complétement défaut. Par conséquent nous ne pouvons nous borner qu'à des présomptions. Mais notez que cette hypothèse expliquerait parfaitement l'état cachectique de notre malade, même alors que le cancer serait très-limité dans le rein, car il n'en résulterait pas moins un cer-

tain retentissement de l'état local sur l'économie tout entière.

A cela, on objectera que les urines ne sont pas altérées. C'est vrai, mais elles ne le sont pas à toutes les périodes du cancer du rein. Si c'est un squirrhe il ne touche pas à l'urine; si c'est un encéphaloïde, il peut, au début, ne pas y avoir de communication de la surface de la tumeur avec les bassinets ou les calices et par conséquent, dans l'un ni dans l'autre cas, on ne devra trouver du sang dans les urines. Faites attention, encore, que le cancer du rein est une affection excessivement lente dans son évolution et que même à un degré assez avancé, il donne lieu à peu de phénomènes parce que l'autre rein a conservé toute son activité, qu'il fonctionne pour deux, et que l'élimination des matières que l'urine est chargée d'entraîner avec elle, continue à se faire par son intermédiaire.

Vous voyez donc que nous avons, dans le cancer du rein, une hypothèse assez vraisemblable, et que c'est la seule à laquelle on puisse rattacher, avec quelque apparence de probabilité, la cachexie de notre malade, en même temps qu'elle est la seule qui l'explique.

Il y a donc chez cet homme deux ordres d'affections : une insuffisance aortique et une lésion organique à siége mal précisé, mais occupant plus probablement, le rein gauche. Les deux ordres de phénomènes qui se rattachent à ces affections sont essentiellement différents les uns des autres, et n'offrent rien qui les rapproche. Il était par conséquent nécessaire de rechercher ailleurs ce dont les phénomènes, que vous aviez sous les yeux, ne vous rendaient pas compte. C'est ainsi qu'il faut toujours arriver à s'expliquer, d'une façon précise, la cause de l'état général que présente un malade et c'est en cherchant à résoudre ce problème que je suis arrivé à conclure ici à l'hypothèse d'un cancer du rein gauche.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 avril 1876. — Présidence de M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION

M. Besnier présente, au nom de M. le docteur Ch. Fauvel, un volume intitulé : *Traité pratique des maladies du larynx*, précédé d'un *Traité complet de laryngoscopie*. M. Besnier signale particulièrement les deux chapitres qui traitent des polypes et du cancer du larynx.

L'auteur divise les polypes de l'organe vocal selon leur structure et d'après leur mode de fréquence en papillomes, myxomes, épithéliomes, fibromes, angiomes, sarcomes, et, selon leur siége, en susglottiques, glottiques et sous-glottiques. Sur 300 observations personnelles, il a trouvé 206 papillomes, 53 mixomes, 14 fibromes, 11 épithéliomes, 7 sarcomes, 3 tumeurs kystiques, 2 angiomes. 145 fois la tumeur siégeait du côté droit, 130 fois du côté gauche. C'est chez l'homme, et entre trente et quarante ans, que se développent le plus souvent les polypes du larynx.

M. Fauvel a institué une méthode absolue de traitement, l'arrachement à l'aide de ses pinces à polypes, dont il a varié les formes à l'infini. Il a pu, avec ces pinces, arracher une quantité considérable de polypes de la glotte avec des succès plus ou moins complets, et sans avoir jamais à enregistrer le moindre accident après l'opération.

L'auteur a voulu tracer également un cadre nosologique complet du cancer laryngien primitif, qu'il divise en deux grandes classes : cancer encéphaloïde, cancer épithélial ou cancroïde.

Sur 37 cas de cancer laryngien primitif, il a rencontré 19 encéphaloïdes et 16 cancroïdes, 2 douteux. Le siége de ces tumeurs est variable. 26 fois sur 37, c'est la partie gauche du larynx qui a été envahie primitivement, c'est presque toujours la corde vocale supérieure qui est le point de départ de l'affection.

C'est surtout après quarante ans, et bien plus souvent chez l'homme, que se déclare cette maladie.

Il ne faut pas attendre, suivant lui, l'apparition des phénomènes d'asphyxie pour faire la trachéotomie, car très-souvent le malade meurt *subitement*, bien avant que l'on ait pu soupçonner une fin aussi rapide.

D'après sa statistique, le docteur Fauvel établit que le malade atteint de cancer encéphaloïde meurt s'il n'est pas trachéotomisé en deux ans, et s'il est trachéotomisé, il vit deux années de plus. Le malade atteint de cancer épithélial meurt en trois ans s'il n'est pas trachéotomisé, et vit une année de plus s'il se soumet à l'ouverture de la trachée.

RAPPORTS

Maladies régnantes. — M. Besnier donne lecture du rapport sur les maladies régnantes du premier trimestre de l'année 1876.

La mortalité générale de ce trimestre dans les hôpitaux et hospices de Paris, a été très-notablement supérieure à la mortalité moyenne du trimestre correspondant des quatre années précédentes. L'écart a été de 400 décès.

M. Besnier insiste plus particulièrement sur les affections contagieuses, et fait plus que jamais ressortir la nécessité de l'isolement des malades atteints de ces affections.

La *diphthérie* a fait dans les hôpitaux d'enfants un grand nombre de victimes. L'augmentation du nombre et de la gravité de cette maladie, dans la population qui entre en relations avec nos hôpitaux, continue, dit M. Besnier, à suivre la marche progressivement croissante, que nous ne cessons de signaler depuis plusieurs années. Ce trimestre compte particulièrement au nombre des plus désastreux, et la diphthérie a été si universellement maligne, que presque tous les opérés ont succombé.

La *variole*, après une rémission saisonnière, tardive et courte qui correspond à la fin de l'été et à l'automne de l'année précédente, a, dès le mois de décembre, repris sa marche ascensionnelle indiquée déjà plusieurs fois par M. Besnier comme appartenant à son évolution normale.

Au milieu de l'inattention générale, dit-il, les services d'isolement pour la variole ont continué à fonctionner régulièrement, au grand bénéfice de la population toute entière, de la population hospitalière en particulier, bien plus au grand bénéfice des établissements eux-mêmes dans lesquels a été réalisé l'isolement et qui n'ont fourni presque aucun cas intérieur. Sans l'asile spécial qui leur a été fourni par ces services d'isolement, les 113 varioleux qui y ont été adressés pendant ce trimestre auraient été disséminés dans les divers services, y auraient déterminé de nombreuses atteintes secondaires et auraient largement propagé la maladie dans la population nombreuse des parents et amis des malades qui, deux fois par semaine, envahit les services hospitaliers. Partout, en effet, où une infraction à la règle a été commise, elle a apporté immédiatement avec elle une extension de la maladie qui s'est éteinte, au contraire, aussitôt que la règle a été rétablie.

La nécessité de l'isolement des varioleux, l'innocuité de leur concentration, le bienfait apporté par cette mesure, non-seulement à la population hospitalière, mais encore à la population tout entière, sont donc choses absolument et scientifiquement démontrées. Et cependant, les mesures d'isolement sont encore incomplètes; plusieurs administrations hésitent à les mettre en pratique ou ne les exécutent pas rigoureusement; d'autres enfin la négligent complétement. Pendant que Bordeaux, Marseille, Lyon, sous l'énergique action du corps médical de ces grandes villes, prennent avec la plus grande et la plus féconde activité des mesures multipliées contre l'extension de la variole, il est d'autres régions où l'administration, ébranlée par les dissentiments d'opinions existant entre les médecins sur ce sujet, ne prend aucune mesure de prophylaxie et laisse soumis à la contagion variolique de malheureux malades qui étaient venus réclamer son assistance pour les altérations les plus diverses. Ainsi, après avoir signalé l'extension considérable de la variole dans l'Hôtel-Dieu de Rouen, due à l'absence de mesures préventives, M. Leudet déclare,

non sans quelque amertume vraiment trop légitime, avoir vainement réclamé l'isolement des varioleux, l'administration hospitalière ayant opposé à sa demande l'avis de deux de ses collègues de l'Hôtel-Dieu, qui se sont énergiquement prononcés contre l'isolement et l'ont emporté sur leurs trois autres collègues, partisans décidés de cette mesure prophylactique indispensable.

Ce n'est donc pas seulement, ajoute M. Besnier, à l'inertie et à la routine administrative, d'ailleurs vraiment excessives dans ce pays, qu'il faut surtout imputer les retards apportés à un progrès que réclame d'urgence l'hygiène hospitalière. C'est aux associations scientifiques médicales des divers centres qu'il appartient de mettre un terme à l'influence nuisible de ces divergences d'opinions entre les médecins. C'est dans les conclusions scientifiques formulées, après discussion publique, dans ces assemblées seules compétentes, que les administrations jalouses du bien public doivent chercher leur règle de conduite, et c'est là également et non dans le sein de commissions administratives incompétentes que les médecins qui pensent que l'isolement des varioleux est une chose inutile ou nuisible, doivent venir faire leurs confidences. Aussi bien d'ailleurs s'agit-il de questions d'intérêt public, et songera-t-on quelque jour à demander à la grande assemblée médicale du pays une règle de conduite à tracer aux administrations locales exposées à recevoir une direction défectueuse.

Les preuves ne manquent pas à l'appui de l'opinion défendue par M. Besnier sur l'importance de l'isolement des varioleux : ainsi, à l'hôpital des Enfants-Malades, M. J. Simon a vu se développer une petite épidémie par le fait de l'introduction d'un varioleux dans les salles communes, et la variole atteindre surtout les enfants non vaccinés. Presque tous les enfants non vaccinés atteints au-dessous de trois ans sont morts. Pas un seul vacciné n'a succombé du fait de la variole. Dans le service de M. Archambault, aucune variole depuis l'installation régulière du service d'isolement. Dans celui de M. Labric, un seul cas développé sur un enfant entré pour une coqueluche et transporté de suite aux varioleux. Au Val-de-Grâce, M. Lereboullet a vu sept cas de variole contractés dans le service et dus, suivant lui, à ce que plusieurs malades atteints de rash variolique ont été par erreur dirigés sur un service général. Dans le service de M. Laveran, plusieurs varioleux reçus à la période prodromique ont été dirigés aussitôt que possible sur le service spécial; mais le court séjour qu'ils ont fait dans les salles a suffi pour provoquer quelques cas intérieurs. Il serait nécessaire, ajoute M. Laveran, d'avoir une salle d'attente pour les malades présentant quelques-uns des symptômes de la variole commençante.

La question, reprend M. Besnier, est évidemment jugée; mais il reste quelques progrès à accomplir dans les hôpitaux au sujet de l'isolement, et le moment paraît être venu pour l'administration supérieure de promulguer un règlement sanitaire applicable à tous les établissements d'assistance publique. C'est là le point urgent à régler; la police sanitaire ne peut rien exiger des particuliers et de la ville tant qu'elle ne démontre pas ses bienfaits d'une manière absolue et complète dans les établissements publics.

Assurément, la variole n'est pas la seule affection contagieuse qu'il faille isoler énergiquement, mais elle est une des plus redoutables et des plus redoutées, une de celles contre lesquelles nous sommes le mieux armés par la vaccine et par l'isolement; c'est par elle qu'il fallait commencer la démonstration. Celle-ci est aujourd'hui complète et, si nous ne pouvons pas arriver à l'extinction de la maladie, on peut affirmer qu'elle sera aujourd'hui limitée et maintenue dans des foyers très-restreints partout où seront appliquées les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires.

Relativement aux autres affections contagieuses, les mêmes mesures d'isolement sont commandées et devraient recevoir une application générale. Mais l'urgence se fait surtout sentir pour nos établissements hospitaliers, et particulièrement pour les asiles consacrés à l'enfance. Là encore on voit mourir en grand nombre, de maladies contractées à l'hôpital, des enfants amenés pour des affections qui, très-souvent, ne menaçaient pas directement leur vie. Ces affections contractées sont, au premier chef, la diphthérie, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche. De même qu'il nous semble aujourd'hui invraisemblable que l'on ait pu, à une certaine époque, voir plusieurs malades couchés dans un même lit d'hôpital, de même il semblera, dans un avenir prochain, difficile à croire qu'on ait à notre époque continué, malgré les protestations des médecins et les statistiques les plus lamentables, à déposer dans les salles communes des maladies de l'enfance des sujets atteints de diphthérie, de rougeole, de variole, de coqueluche ou de scarlatine et porté ainsi sûrement la maladie et la mort là où tous cherchent la guérison et la vie.

Cette réforme, dit en terminant M. Besnier, est impérieusement urgente; chacun de nous le proclame, et je ne cesse depuis longtemps d'enregistrer vos protestations réitérées. Il appartient à la Société médicale des hôpitaux, qui, par son action incessante, a obtenu la première réalisation définitive de l'isolement des varioleux, d'obtenir encore plus et de terminer cette conquête humanitaire dont les bienfaits seront immenses.

Dans un avenir prochain, la ville de Paris convie une fois de plus les nations étrangères à une exposition universelle des produits de l'industrie, de la science et des arts; il faut, pour cette époque, que les médecins de tous pays qui visiteront nos hôpitaux, n'y trouvent plus cette tache déplorable, et il ne doit pas au moins dépendre de nous qu'elle n'ait pas été effacée.

(Cette communication est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.)

M. LAILLER demande qu'un exemplaire du rapport de M. Besnier soit adressé à la commission des épidémies, à l'Académie de médecine.

M. VIDAL, en appuyant la proposition de M. Lailler, propose également qu'un exemplaire de ce rapport soit adressé à chacun des médecins sénateurs ou députés.

Ces propositions sont adoptées sans discussion.

M. ARCHAMBAULT fait observer que les mesures d'isolement demandées par M. Besnier sont surtout urgentes pour les hôpitaux d'enfants où les affections contagieuses font tant de victimes.

De la présence de l'iode et de l'albumine dans les urines à la suite d'applications de teinture d'iode. — M. J. SIMON ayant à soigner dans son service des enfants atteints de la teigne a eu l'idée d'essayer une pratique nouvelle qui consiste en application sur la tête d'un mélange, à parties égales, de glycérine et de teinture d'iode, sans que la tête soit préalablement rasée ou épilée. Un jour à la suite de ce traitement, une petite fille fut prise de tous les accidents de l'iodisme, M. Simon et M. Regnard, son interne, examinèrent l'urine de cette enfant et y trouvèrent une notable quantité d'iode. Onze petites filles qui avaient été soumises au même traitement présentèrent également de l'iode dans leurs urines. Quatre d'entre elles ont même présenté de l'albumine. Afin de se mettre à l'abri de toute erreur, MM. Simon et Regnard prirent trois petites filles, une teigneuse, une phthisique et une petite malade atteinte de tumeur blanche du genou, examinèrent préalablement leurs urines et n'y trouvèrent ni iode, ni albumine, les soumirent chacune aux applications de teinture d'iode et constatèrent trois jours après, dans leurs urines, non seulement la présence de l'iode, mais aussi celle de l'albumine. Ces trois petites filles furent lavées de façon qu'il ne resta plus d'iode sur les parties de leur corps qui avaient été badigeonnées, et peu de temps après il ne restait plus dans leurs urines aucune trace d'iode ni d'albumine.

M. Simon croit donc pouvoir conclure de ces faits, que lorsqu'on badigeonne de teinture d'iode une certaine surface du corps chez les enfants : 1° on observe toujours le passage de l'iode dans l'urine; 2° on détermine quelquefois un véritable iodisme; 3° dans la moitié des cas on provoque de l'albuminurie.

M. MAURICE RAYNAUD demande à M. Simon ce qu'est devenue la teigne à la suite de ce traitement.

M. SIMON répond qu'elle a été sensiblement améliorée, mais qu'il ne peut encore se prononcer, d'une façon définitive, sur un mode de traitement qu'il n'a employé que depuis très-peu de temps et sur un très-petit nombre de cas.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que le fait le plus intéressant de la communication de M. Simon est l'albuminurie provoquée par ce traitement. Quant à la présence de l'iode dans les urines, elle s'explique aisément par l'absorption de la peau dépouillée de son

épiderme; car, suivant M. Beaumetz, la peau elle-même n'absorbe pas.

M. DUMONTPALLIER a traité des diabétiques par l'iode à l'intérieur, à la dose de 20, 30 et même 100 gouttes par jour, et n'a jamais constaté dans les urines de ces diabétiques la présence d'albumine.

M. SIMON fait observer qu'il n'a parlé que des enfants.

M. ISAMBERT s'explique difficilement qu'un traitement par l'iode puisse provoquer de l'albuminurie, quand l'albuminurie, comme on sait, est souvent traitée avec succès, au moins pour un certain temps, par l'iode.

M. J. SIMON fait observer qu'il se contente de faire connaître le fait sans l'expliquer et qu'il croit s'être mis à l'abri de toute erreur possible.

M. LABOULBÈNE, à l'occasion du fait intéressant communiqué par M. Simon, appelle l'attention sur un travail de M. Dechambre, relatif à la présence de l'iode dans les urines des malades traités par des applications de coton iodé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

NÉCROLOGIE

Un homme vient de mourir, qui, sans avoir appartenu à notre corporation, a occupé pendant longtemps une grande place sur la scène médicale et dont le nom méritera d'être inscrit à côté de celui des inventeurs et des hommes utiles à l'humanité dans les annales médico-chirurgicales de notre époque. Nous voulons parler de Charrière, l'illustre ouvrier à qui la France est redevable de la suprématie, qu'elle a acquise dans l'une de nos plus intéressantes industries et la chirurgie moderne d'une partie de ses progrès, grâce aux ingénieuses inventions et à la perfection des instruments qu'il a mis à la disposition des chirurgiens et qui ont facilité ou rendu possibles un grand nombre d'opérations impraticables ou inusitées jusque-là. Nul homme n'a mieux mérité par son travail assidu, par son intelligence et son honnêté, la fortune et les honneurs auxquels il était arrivé et, par-dessus tout, l'estime universelle qui a entouré sa vieillesse.

M. Charrière vient de succomber dans sa soixante-quatorzième année à une longue maladie qui l'avait condamné depuis longtemps à une retraite presque absolue. Ses obsèques ont eu lieu hier dimanche à l'église Saint-Séverin et son convoi a été suivi par une nombreuse assistance jusqu'au cimetière Montparnasse où il a été inhumé. Le corps médical, dans lequel il avait compté de nombreux amis et même des admirateurs, y était largement représenté. Nous croyons être l'organe de la grande généralité de nos confrères, nous pourrions même dire de notre corporation tout entière, en rendant ici en son nom ce dernier et suprême hommage à sa mémoire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 avril 1876, M. Perrier (Jean-Octave-Edmond), docteur ès sciences naturelles, agrégé pour les sciences physiques et naturelles, aide-naturaliste de zoologie au muséum, a été nommé professeur de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) audit établissement, en remplacement de M. Deshayes, décédé.

— Par arrêté, en date du 28 avril 1876, la chaire de chimie organique de l'École supérieure de pharmacie de Paris est déclarée vacante. — Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— L'École de médecine de Marseille qui vient d'être récemment transformée, comme on le sait, en École de plein exercice, a ouvert ses cours de semestre d'été avec une certaine solennité, sous la présidence de son savant directeur M. le docteur Seux et en présence de tous les professeurs, des chefs de cliniques récemment nommés, des médecins et chirurgiens des hôpitaux, des étudiants en médecine, des membres de la commission administrative, des délégués de la commission municipale, etc., etc. M. le directeur dans une courte allocution a énumérée les diverses phases par où a passé l'École de médecine de Marseille, dont l'histoire, a-t-il dit, est l'histoire même des bienfaits de l'administration des hospices. S'adressant ensuite aux étudiants, il leur a dit que tout était préparé maintenant pour leur donner une solide et complète instruction; que par leur discipline, leur zèle et leur travail ils devaient seconder les efforts et les sacrifices qu'on venait de faire en leur faveur, et qu'ils avaient désormais à soutenir l'honneur de l'École et à lui mériter plus tard le nom de Faculté, par les succès constants de leurs études.

Dans une réunion des professeurs qui a eu lieu ensuite, il a été offert à M. le directeur, en reconnaissance de l'activité et du dévouement qu'il a déployés dans la transformation de l'École, un magnifique objet d'art, une statuette représentant Sophocle et portant sur le socle l'inscription suivante : Au docteur Seux, directeur, les professeurs de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie, 1er avril 1876.

— *Hôpitaux de Paris.* — Seize candidats se sont fait inscrire pour le concours à deux places de chirurgien du bureau central. Ce sont, par ordre alphabétique, MM. Berger, Bergeron, Blum, Bourdon, Cartaz, Coyne, Farabœuf, Félizet, Humbert, Laugier, Marchand, Monod, Nepveu, Pozzi, Richelot et Terrillon.

— *Hôpitaux de Saint-Étienne.* — M. le docteur Paliard, à la suite d'un brillant concours, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux.

— *École pratique.* — M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les opérations des voies urinaires le mercredi 3 mai, à cinq heures, dans l'amphithéâtre nº 2, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, commencera ses conférences sur l'oculistique, le samedi 6 mai, à deux heures précises, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera tous les samedis suivants, à la même heure. Les conférences auront pour sujet pendant ce semestre : *les opérations qui se pratiquent sur l'œil.*

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 52. — JEUDI 4 MAI 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 4 MAI 1876. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle que M. Bérenger-Féraud, dans le mémoire que M. Larrey a lu en son nom à l'Académie, s'est proposé d'établir deux points ; le premier que, s'il est indiscutable qu'une très-grande partie des faits, attribués jusqu'ici à la colique sèche, ne sont que des cas d'empoisonnement saturnin, on ne peut nier que, chez un certain nombre de sujets, la colique soit un phénomène absolument étranger à cet empoisonnement par le plomb; de sorte que, sous le nom de colique sèche, on aurait longtemps confondu deux symptômes provenant de sources très-différentes : empoisonnement saturnin, d'une part, intoxication miasmatique de l'autre.

Le second point qui faisait l'objet spécial de sa communication est celui-ci : il n'est pas exact que les créoles blancs ou colorés soient exempts de la colique saturnine dans les pays chauds.

Enfin, accessoirement, M. Bérenger-Féraud a considéré comme résolu ce troisième point, savoir que l'intensité, la diversité, la gravité, la fréquence des accidents sont en rapport avec la quantité de plomb absorbé par l'individu et non avec la race à laquelle il appartient.

A la suite de cette communication, M. Gubler a rapporté un fait curieux, confirmatif des observations de M. Bérenger-Féraud, et sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, et il a fait des réserves relativement à la réalité de la colique sèche des pays chauds, qui lui paraît devoir être maintenue à côté de la colique saturnine. Des réserves semblables ont été faites par M. Hardy, qui a fait appel à cet égard à la compétence spéciale de M. Le Roy de Méricourt.

M. Le Roy de Méricourt a répondu hier à cet appel. Après un historique très-détaillé et très-intéressant de la question et des luttes qu'elle a suscitées, l'honorable académicien s'est très-nettement et très-expressément prononcé pour la doctrine de Lefèvre qui lui paraît irréfutable sur tous les points, c'est-à-dire pour l'origine saturnine de tous les faits de colique sèche que l'on avait considérés jusque-là comme constituant une endémie spéciale d'origine tellurique ou miasmatique, ainsi que tous ceux qu'observent encore aujourd'hui dans les mêmes conditions les médecins de la marine et les médecins de nos colonies. Beaucoup plus absolu et plus explicite à cet égard que son collègue M. Bérenger-Féraud, qui admet parallèlement deux causes d'intoxication donnant lieu à la colique sèche, l'une miasmatique, l'autre saturnine, il n'existe point pour lui de colique sèche endémique des pays chauds, de colique miasmatique, il n'existe qu'une colique saturnine. Et pour appuyer son opinion de celle d'un médecin de la marine qui a pris la plus large part à ces discussions, il a terminé par la lecture d'une page de M. le professeur Fonssagrives où avec une loyauté et une élégance de style qui va jusqu'à l'éloquence, il abjure ce qu'il appelle ses anciennes erreurs pour se ranger à l'opinion de Lefèvre qui a entraîné sa conviction.

Sur le rôle du plomb dans la production de la colique sèche, il ne reste plus aucun doute aujourd'hui, et, ainsi que nous le disions dans l'un des précédents numéros, il y a maintenant unanimité sur ce point parmi les médecins de la marine et des colonies. Mais une question subsiste encore, et les quelques mots de MM. Gubler et Hardy dans la précédente séance, et ce qu'a dit hier sur le même sujet M. Rufz de Lavizon, prouvent que les opinions ne sont pas encore complétement fixées et qu'elles sont même divisées sur ce point, savoir : si à côté de l'intoxication saturnine qui explique la plupart des faits que l'on désignait autrefois sous la dénomination de colique sèche des pays chauds, il n'y a pas lieu d'admettre encore une endémie d'une espèce spéciale qui échappe à l'origine saturnine et qui réclame sa place dans le cadre nosologique. Là est la question. Le moyen proposé par M. Briquet pour la résoudre atteindra-t-il son but? Nous suivrons cette discussion qui se continuera probablement dans la séance prochaine.

Nous revenons sur le fait très-intéressant de M. Gubler, dont nous n'avions pas voulu confier la relation à de simples souvenirs un peu trop fugitifs.

Ce fait remonte à une quinzaine d'années. A cette époque, une maladie grave, de symptômes variés et souvent mortelle, sévissait sur l'une de nos colonies. Elle décimait les jeunes enfants. Une famille L..., qui avait perdu un enfant en bas âge de cette maladie, vint se fixer en France. Elle se composait du père, de la mère et de deux jeunes filles. De ces quatre personnes, le père seul était indemne. La mère avait une paralysie incomplète des extenseurs. La fille aînée, profondément anémique, était affectée de coliques violentes. La plus jeune était frappée d'une paralysie avancée des extenseurs aux quatre membres. Malgré l'absence du liséré gingival, M. Gubler pensa à l'empoisonnement par le plomb. Dans le doute, il soumit les

trois malades à l'usage des toniques, des bains sulfureux et de l'électricité.

Le traitement se poursuivait sans grands résultats, lorsqu'une circonstante fortuite vint l'éclairer sur la véritable nature du mal et lui fournir le meilleur moyen d'y porter remède en supprimant la cause. La plus jeune malade, ayant un orgelet, s'appliqua sur les paupières la moitié du blanc d'un œuf dur. A sa visite suivante, deux jours plus tard, M. Gubler fut frappé de la coloration noire qui entourait l'œil malade. Ce fut pour lui un trait de lumière. La coloration noire était due à un sulfure métallique dont le soufre était fourni par l'albumine et le métal sans doute par quelque cosmétique. Il apprit alors, en effet, que dans cette famille on faisait usage d'un cosmétique spécial de l'invention d'un pharmacien de la colonie et dans lequel l'analyse fit découvrir 20 pour 100 de céruse.

Voilà un fait qui portait avec lui tout son enseignement. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que, éclairé ainsi sur la cause de la prétendue endémie de la contrée d'où venait cette famille, M. Gubler a provoqué les mesures nécessaires pour la faire cesser.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VULPIAN.

Hyperostoses généralisées.

(Observation prise par M. BOURCERET, interne du service.)

René H..., âgé de cinquante et un ans, entre le 9 mars 1876 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 5, présentant des hyperostoses sur toute la surface du corps.

Les os atteints d'hyperostoses sont : *les os du crâne, les clavicules, les omoplates, les humérus, les cubitus, les fémurs, les tibias, les péronés, les os du tarse, les côtes.*

Il y a doute pour les *os iliaques, le sternum* et *les os du métatarse.*

L'étiologie de cette affection étant peu connue, nous avons recherché et rapporté avec le plus de soin possible les antécédents du malade.

Le père est mort à quatre-vingt-un ans, la mère à soixante-seize ans Trois frères sont morts en bas âge de convulsions; trois sœurs sont bien portantes.

On ne trouve ni chez les parents ni chez les enfants aucune trace de rachitisme, ni d'affection osseuse quelconque : pas de scrofule, pas de rhumatisme, pas de goutte.

Jusqu'à l'âge de douze ans, le malade s'est très-bien porté. Il était fort, bien développé. Pas de manifestations scrofuleuses. On n'observe, du reste, chez lui aucune trace d'affection diathésique.

A l'âge de douze ans, le malade a eu des accès de fièvre intermittente tierce (?) qui ont duré pendant deux ans. Malgré ces accès, l'état général était assez bon, le malade n'a pas cessé son travail. Jusqu'à l'âge de vingt ans, il continue son métier de peintre en bâtiment. Il s'est livré à quelques excès alcooliques à cette époque, et il a eu une blennorrhagie légère. Pas de chancres, pas de taches sur la peau. Nul signe de syphilis.

Rien à noter jusqu'à l'âge de trente-cinq ans; s'étant aperçu alors d'un commencement de paralysie des extenseurs, H... quitte le métier de peintre et se met colleur de papier. L'intoxication saturnine a été légère, car elle n'a nécessité qu'une interruption de travail de trois semaines. La faiblesse des extenseurs avait complétement disparu au bout de six mois. Il n'y a jamais eu de coliques de plomb.

Il y a sept ans, H... éprouva de la lassitude dans les membres inférieurs, avec un peu d'œdème le soir. Pas de douleur. A peu près au même temps, il remarqua que sa tête grossissait. Il raconte qu'il s'en aperçut en voulant se servir d'un chapeau qu'il n'avait pas mis depuis quatre ou cinq mois. Pas de douleur de tête, pas de troubles généraux à cette époque. Il va rester au Havre et prend des bains de mer. En 1870, il a pu encore faire le service militaire : mais après la guerre il a dû s'arrêter et n'a pas pu travailler sérieusement depuis. Les jambes ont enflé davantage, et les os ont commencé à s'incurver. La peau fut pendant quelque temps rouge et très-sensible; il y eut un peu de fièvre.

Un an après environ, en 1871, il est survenu des douleurs fulgurantes, siégeant surtout autour des genoux, le prenant aussi bien le jour que la nuit; ces douleurs sont moins fréquentes depuis un an ou deux. Pas de troubles de la vue, pas de troubles de la sensibilité.

Depuis ce moment, les os de la jambe ont encore grossi et se sont incurvés davantage. Il y a cinq mois, les épaules et les bras sont devenus le siége de douleurs qui existent encore.

Il n'y a rien de particulier à signaler sur l'alimentation ordinaire.

État actuel. — H... est un homme de petite taille, d'une constitution moyenne; il n'a point de fièvre; rien dans la poitrine ni dans l'abdomen.

Il est entré à l'hôpital pour les douleurs, dans les épaules et les bras, dont nous venons de parler. Les douleurs, plus marquées à gauche qu'à droite, sont continues et s'exaspèrent par les mouvements, surtout les mouvements d'élévation et de projection du bras en arrière. Elles paraissent dues à des névralgies et ne ressemblent en rien aux douleurs fulgurantes des membres inférieurs décrites plus haut.

Mais ce qui frappe surtout en examinant cet homme, c'est la conformation de son squelette dont nous allons donner la description.

Les clavicules ont un volume au moins double du volume normal; l'extrémité interne fait une saillie considérable au-dessus de la première pièce du sternum.

Les omoplates paraissent aussi augmentées de volume, surtout au niveau de l'épine.

Les humérus présentent des altérations symétriques.

Il y a une hyperostose fusiforme au niveau de l'empreinte deltoïdienne. Le reste de l'os est peut-être un peu plus gros qu'à l'état normal.

A l'avant-bras, on constate une augmentation assez considérable du cubitus à sa partie supérieure, dans une étendue de 10 centimètres environ.

Cette altération est symétrique, comme celle des humérus.

Les radius sont sains.

Le carpe, le métacarpe, les phalanges ne présentent rien d'anormal.

Les muscles des membres supérieurs sont bien conservés.

Rien dans les articulations.

Le thorax, a pris un aspect globuleux; la respiration est surtout diaphragmatique; à chaque inspiration, le thorax est soulevé en bloc. Il forme une espèce de cage rigide.

Les muscles de l'épaule sont peu développés de chaque côté.

La colonne vertébrale présente un peu d'exagération de la courbure dorsale; on ne peut apprécier s'il y a augmentation notable de volume des vertèbres.

Les côtes présentent une inclinaison de haut en bas plus prononcée que d'habitude; elles paraissent augmentées de volume d'un tiers environ. Les cartilages costaux semblent ossifiés. Le malade a un peu de dyspnée quand il marche. Le sternum est à peu près normal.

L'os iliaque est peut-être un peu plus volumineux que normalement, surtout au niveau de la crête iliaque. Rien au sacrum.

Le fémur droit présente une hyperostose fusiforme vers le tiers supérieur; mais il y a surtout une augmentation de volume de l'extrémité inférieure. Mêmes lésions pour le fémur gauche, sauf que l'extrémité inférieure est beaucoup plus hyperostosée que l'autre.

Les rotules sont aussi augmentées de volume.

Le tibia droit présente une hyperostose générale très-considérable. Il existe à la surface de l'os, dans toute sa longueur, des rugosités très-prononcées. Mêmes lésions à gauche.

Les hyperostoses des tibias sont moins lisses, moins régulières que les autres; elles sont vraisemblablement formées de tissu spongieux; aussi les jambes ont subi des déviations, surtout à droite.

La jambe droite présente deux courbures : l'une à concavité postérieure, l'autre à concavité interne. Mêmes dispositions, un peu

moins marquées du côté opposé. La circulation veineuse est un peu gênée aux jambes : il y a un développement variqueux qui s'arrête aux genoux.

Les péronés sont aussi plus volumineux, mais beaucoup moins proportionnellement que les tibias.

Hyperostoses légères des os du tarse et peut-être du métatarse.

Les muscles de la cuisse sont à peu près normaux comme volume et comme consistance; mais ceux de la jambe paraissent atrophiés;

Rien dans la face.

D'après ce que nous avons rapporté plus haut, la tête a aussi augmenté de volume. On ne sent pas d'exostose irrégulière sur le crâne; il existe seulement une espèce de crête au niveau de la suture bipariétale.

Quelques jours après son entrée, le malade se plaint aussi de douleur dans la mâchoire, des deux côtés; assez fortes pour empêcher la mastication. Ces douleurs ne durent que quelques jours.

13 mars. — 1 gramme d'iodure de potassium. Frictions avec baume tranquille.

29 mars. — 1 gr. 50 d'iodure de potassium.

2 avril. — 2 grammes d'iodure de potassium.

Les douleurs des épaules sont beaucoup moins vives qu'à l'entrée du malade à l'hôpital.

L'état général est assez bon; le malade se fatigue très-vite lorsqu'il reste debout; il survient un peu d'œdème des jambes, le soir, s'il marche dans la journée pendant un certain temps.

Nous ferons remarquer d'abord la symétrie des lésions. Ainsi, lorsqu'une certaine étendue de l'os seulement est atteint, comme à l'humérus, au cubitus, nous retrouvons la lésion au point correspondant du côté opposé. Cette disposition a été souvent observée pour les exostoses, et on peut voir au musée Dupuytren un squelette où l'on trouve de nombreuses exostoses symétriques. On trouve aussi au musée quelques cas d'hyperostoses généralisées et de nombreux cas d'hyperostoses d'un seul os.

Nous n'avons pas vu cependant d'exemple où la généralisation fût aussi grande que dans le cas que nous rapportons. Ainsi, on trouve au n° 433 des hyperostoses de la tête, de la colonne vertébrale, des côtes, du sacrum, de l'os iliaque chez un homme de soixante-dix ans ; et au n° 435 des hyperostoses de la clavicule des côtes et du sternum chez un homme de de trente-neuf ans (Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*, 1801, p. 407); enfin n°s 418, 419, 430, 431, de nombreux exemples d'hyperostoses d'un os.

En examinant cette collection, on voit que certains os, tels que les os du crâne, les tibias, sont très-fréquemment hyperostosés; d'autres, au contraire, très-rarement, tels que les phalanges et les radius.

Cette affection soulève, en outre, une question très-importante, celle de l'étiologie. Nous avons rapporté longuement l'histoire de ce malade, et ici, pas plus que dans les autres cas, on n'a pu remonter à la cause. Il est bien entendu que nous ne parlons que des cas d'hyperostoses généralisées.

Dans l'article *Exostose* du *Dictionnaire en* 30, reproduit en partie dans le *Compendium de chirurgie*, A. Bérard et J. Cloquet discutent l'étiologie de cette affection. Dans les cas qu'ils ont étudiés, ils n'ont trouvé ni rhumatisme, ni goutte, ni scrofules, ni syphilis, ni rachitisme; ils ont donc, faute de mieux, invoqué un état particulier de l'organisme chez ces malades, la diathèse osseuse.

Virchow, dans son *Traité des tumeurs*, étudie longuement l'étiologie des exostoses multiples et des hyperostoses, et il arrive aux conclusions suivantes : « On peut, dans tous ces cas, remonter à un certain état général, que l'on se plaît toujours à désigner du nom traditionnel de diathèse ossifiante ou osseuse »

A propos de la syphilis, le même auteur dit : « La syphilis est expressément niée comme antécédent ; dans tous les cas de syphilis osseuse héréditaire que j'ai vus, il ne se formait pas d'exostoses, mais des hyperostoses et des périostoses aplaties, siégeant aux diaphyses des os longs et aux os du crâne, c'est-à-dire précisément, dans les points où l'on ne voit généralement pas d'exostoses multiples.

« Dans la syphilis acquise, où les exostoses sont certes assez fréquentes et souvent en grand nombre, et où se produisent même des inflammations articulaires d'un genre particulier, le siége essentiel des exostoses n'est cependant pas dans les extrémités des os. »

Nous ferons remarquer qu'il ne peut être question dans les cas que nous rapportons de syphilis héréditaire, et que l'on ne trouve, aussi bien chez le sujet que nous observons que chez les autres, aucun signe de syphilis acquise.

On ne peut pas plus mettre en cause les affections du système nerveux.

Notre malade a eu des douleurs fulgurantes; mais c'est là le seul signe d'affection médullaire qu'il ait jamais présenté. M. Vulpian pense qu'il y a, à la partie inférieure de la moelle ou sur la queue de cheval, quelques plaques d'arachnitis, qui s'expliquent facilement dans ce cas par un peu d'irritation due à des hyperostoses légères de la colonne vertébrale, qu'il est difficile d'apprécier aujourd'hui.

Ainsi donc, l'étiologie et la pathogénie de cette affection sont complétement obscures.

Il était intéressant d'examiner les urines au point de vue des sels de chaux.

Voici le résultat de cet examen qui a été fait par MM. André-Pontier et Hurbain, internes en pharmacie du service :

Émission totale des 24 heures, du 19 au 20 avril. 1,220 centilit.
Densité, 1021.
Couleur normale, jaune n° 3 de Neubaüer.
Aspect légèrement trouble.
Dépôt nul.

Résultats pour 24 heures :

Eau		1187 g 50	1245 g »
Matières fixes en solution		57 50	
Matières fixes.	Matières organiques	37 65	57 50
	Matières inorganiques	19 85	
Matières organiques.	Urée	25 10	37 65
	Acide urique	0 63	
	Rapport, 39.		
	Matières extractives	11 92	
	Sucre	»	
	Albumine	»	
Matières inorganiques.	Chlore des chlorures	10 10	19 85
	Acide phosphorique total	1 40	
	Acide sulfurique des sulfates	2 24	
	Chaux caustique	0 87	
	Magnésie pure	0 014	
	Iodure de potassium. Bases non dosées	5 241	

Examen microscopique. — Mucus normal renfermant de nombreux cristaux d'oxalate de chaux.

On voit que la composition de l'urine de ce malade ne diffère pas sensiblement de la composition de l'urine normale.

Mais d'autres recherches sont nécessaires pour arriver à une conclusion certaine.

CLINIQUE ODONTOLOGIQUE. — M. E. Magitot.

—

De l'éruption précoce des dents temporaires.

ÉRUPTION DES DEUX INCISIVES CENTRALES INFÉRIEURES AU DEUXIÈME JOUR DE LA NAISSANCE, EXTRACTION DE CES DEUX DENTS, HÉMORRHAGIE INCOERCIBLE, MORT.

(Observation et leçon recueillies par M. Th. David, étudiant en médecine.)

I.

Le 30 décembre dernier, Madame X..., primipare, d'une apparence assez délicate, accoucha très-naturellement d'un enfant du sexe masculin avec l'assistance d'un de nos agrégés en accouchement les plus distingués de la Faculté.

L'enfant paraît bien constitué et prend le sein au bout de vingt-quatre heures. Deux jours après, on remarque avec surprise que les deux incisives centrales inférieures affleurent le bord gingival. Ces dents continuent à pousser pendant les jours suivants et se dégagent peu à peu entièrement. Bientôt on constate qu'elles remuent considérablement et semblent être soulevées hors de la mâchoire sur une sorte de pédicule qui permet de leur imprimer des mouvements de va-et-vient dans tous les sens. Elles paraissent ainsi être en voie d'élimination. Elles blessent le sein et gênent notablement les manœuvres de succion de l'enfant. Aussi le médecin de la famille, qui est un de nos maîtres des hôpitaux de Paris, croit-il devoir les enlever. L'opération est faite le 20 janvier, c'est-à-dire trois semaines après la naissance de l'enfant; cette ablation s'effectue très-aisément au moyen d'une pince.

Une demi-heure après survient une hémorrhagie qu'on ne peut arrêter qu'au moyen de la compression digitale continuée pendant toute la nuit.

Le 21 au matin, l'hémorrhagie qui semblait être arrêtée, reparaît et se prolonge dans la journée. L'écoulement se fait en nappe et avec une abondance vraiment inquiétante.

A deux heures, on se décide à recourir à une intervention chirurgicale, et l'un de nos jeunes et habiles praticiens des hôpitaux est appelé. Celui-ci croit devoir faire immédiatement dans l'intérieur des alvéoles d'où coulait le sang une cautérisation avec un cautère olivaire de la grosseur d'un pois.

L'hémorrhagie est suspendue pendant quelques heures, mais recommence après avec la même intensité.

Le lendemain 22 janvier, une cautérisation nouvelle, faite de la même manière, parvient à arrêter l'écoulement.

Toutefois cinq jours après, l'hémorrhagie reparaît de nouveau et nécessite une troisième application du feu. Cette dernière a pour résultat la destruction complète de la gencive et du bord alvéolaire dans la partie correspondante aux deux incisives.

Pendant cette opération, on aperçoit, au fond de la plaie, et au milieu des eschares qui la recouvrent, la présence de plusieurs corps durs et brillants, qui ne sont autres que les couronnes en voie de formation de plusieurs dents permanentes incluses dans la mâchoire.

Malgré cette dernière tentative, l'hémorrhagie reparaît encore et dure jusqu'au 10 février.

Ce jour-là, nous sommes mandé près de l'enfant; mais celui-ci est à l'agonie et meurt dans la journée.

Loin de nous la pensée d'incriminer un seul instant la pratique adoptée en cette circonstance par nos honorables confrères. Nous ne discuterons donc ni l'opportunité de l'extraction des dents branlantes, ni les moyens employés pour lutter contre une hémorrhagie d'un caractère si opiniâtre. Nous estimons que, dans les circonstances de ce fait malheureux, l'avulsion n'a fait que prévenir l'élimination spontanée, et nous acceptons entièrement l'explication qui est venue à l'esprit des médecins consultés, à savoir que l'enfant devait être rangé dans la catégorie des *hémophiliques*.

Nous ajouterons encore que cette disposition semble avoir été particulière et primitive chez ce sujet, et ne pouvait dès lors être prévue, car les parents ne la présentent pas, et l'enfant était le premier-né de la famille.

Quoi qu'il en soit, ce fait nous paraît porter en lui-même certains enseignements, et nous avons cru devoir le faire connaître en traitant ici de la question de l'*éruption précoce des dents temporaires* et des accidents qui peuvent la compliquer.

Mais avant de parler de l'éruption précoce, nous croyons devoir indiquer l'époque moyenne de l'éruption normale.

La première dentition commence généralement, comme on sait, vers le sixième mois de la vie. Tous les observateurs sont unanimes pour donner cette époque comme moyenne de l'apparition de la première dent; c'est l'opinion de Trousseau (1).

Mais on va voir que celle à laquelle nous nous sommes rattaché, après de nombreuses recherches sur ce sujet, en diffère notablement, car elle place l'époque moyenne au septième mois.

D'ailleurs les dates indiquées comme normales de l'éruption dentaire ne constituent pas une loi absolue. Elles sont soumises à certaines variations soit de retard, soit de précocité. Ainsi les incisives centrales inférieures qui commencent la série peuvent apparaître avant l'époque ordinaire.

Dans un relevé de 500 naissances que nous avons observées, nous avons constaté la sortie de ces dernières :

A la naissance. .	1 fois.	Au 8e mois. . .	88 fois.
Au 1er mois. . .	2 fois.	Au 9e mois. . .	49 fois.
Au 2e mois. . .	3 fois.	Au 10e mois. .	89 fois.
Au 3e mois. . .	9 fois.	Au 11e mois. .	38 fois.
Au 4e mois. . .	10 fois.	Au 12e mois. .	12 fois.
Au 5e mois. . .	39 fois.	A la 2e année. .	10 fois.
Au 6e mois. . .	45 fois.		
Au 7e mois. . .	105 fois.	Total.	500 fois.

Le docteur Bensengre (2), de Moscou, dans une étude faite sur un certain nombre de sujets appartenant à une autre race que la nôtre, est arrivé à des résultats à peu près analogues. Mais les faits les plus curieux et les plus intéressants consistent dans l'éruption d'une ou de plusieurs dents à la naissance.

C'était même un préjugé fort répandu chez les anciens que de grandes destinées attendaient les enfants mâles naissant avec cette anomalie de l'éruption dentaire, tandis que chez les filles ce signe était au contraire néfaste. Pline (3) rapporte deux cas de ce genre. Louis XIV et Mirabeau passent pour être nés avec des dents. De nos jours, on connaît des faits de ce genre parfaitement authentiques.

Dans un relevé de naissances observées à la Maternité de Paris pendant une période de dix années, de 1858 à 1868, sur 17,578 nouveau-nés, 3 présentaient des dents. D'autres exemples ont été observés par MM. Sappey et Thore (4), Giraldès (5), Masse (6), Tarnier et Guéniot (7), et par notre ami M. André Sanson sur son propre fils, né avec les deux incisives centrales inférieures.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, septembre 1841. —
(2) *Bulletin de la Société des naturalistes de Moscou*, 1870.
(3) *Histoire naturelle*, livre VII, ch. XV.
(4) *Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, 1859, pages 41 et 55.
(5) Même recueil, 1860, page 9.
(6) *Bulletin de thérapeutique*, 1874, page 500.
(7) Même recueil, 1875, page 30.

Nous-même nous en avons rencontré deux cas : le premier, en 1860, dans le Pas-de-Calais, sur un enfant mâle, bien développé, né à terme avec les deux incisives centrales inférieures ; le second est celui dont nous donnons plus haut l'observation, et encore, dans ce dernier, l'éruption ne s'est effectuée qu'au deuxième jour.

Il existe donc des exemples authentiques d'éruption dentaire à la naissance. M. Blot (1) n'en ayant point rencontré sur plus de vingt mille naissances, les met en doute. D'autre part, MM. Besnier et Guéniot (2) les croient très-familiers aux accoucheurs. Ces deux opinions nous paraissent également exagérées. Toutefois il faut convenir avec M. Blot que ces faits sont très-rarement observés avec soin, et que souvent des gens du monde, et même des médecins, ont pu conclure à l'existence de dents par la seule sensation de résistance que le bord gingival, très-dur comme on sait au moment de la naissance, leur fournissait au toucher. Tout en reconnaissant que ces faits restent en définitive en nombre assez restreint, il faut admettre cependant que la science en possède de bien établis. M. Matteï, qui avait longtemps partagé l'opinion de M. Blot, vient d'en rencontrer un qu'il a pu constater directement et qui offre, par conséquent, toute garantie (3).

Quoi qu'il en soit, l'éruption anticipée, dans tous les exemples recueillis, n'a jamais porté sur l'ensemble de la dentition, mais sur une ou deux dents seulement, le plus souvent ce sont les incisives centrales inférieures.

DÉGAGEMENT ANORMAL D'ÉLECTRICITÉ

CHEZ UNE MALADE ATTEINTE DE NÉVRALGIE DU CUIR CHEVELU CRÉPITEMENT ET ÉTINCELLES ÉLECTRIQUES

Par le docteur GIRARD.

Mme T... a trente-six ans, est grande, forte, d'une bonne constitution, d'un tempérament un peu lymphatique, sans aucun des attributs du tempérament nerveux. Sa santé, sans être parfaite, n'a jamais éprouvé de fortes secousses. Elle est à la tête d'une maison de commerce assez importante, qu'elle dirige avec activité et intelligence.

J'ai dû lui donner des soins, il y a cinq ou six ans, pour une sciatique assez rebelle survenue à la suite d'une couche (un mois après environ et non pendant la grossesse) dont les accès assez violents persistèrent pendant plus de deux mois. Elle est sujette presque tous les mois à des accès de migraine, qui amènent souvent des vomissements.

Cette dame, très-douce et très-patiente, a vu son caractère changer un peu depuis quelque temps, un rien l'agace, une feuille de papier que l'on agite, un pied que l'on remue devant elle, un client qui parlera lentement, en cherchant ses mots, mille petites circonstances, auxquelles elle n'eut porté aucune attention dans d'autres temps, suffisent pour la mettre hors d'elle-même, et, pour qu'on ne s'en aperçoive pas, elle est forcée de se lever, de se mettre à la fenêtre, de ne plus penser à cela, autrement elle sent qu'elle se trouverait mal ou qu'elle s'emporterait, ce qu'elle ne fait jamais.

Il y a deux mois environ, cette dame fut prise de névralgie dans le haut de la tête, sans que je puisse préciser davantage les nerfs atteints, la douleur étant erratique et passant tantôt à droite, tantôt à gauche, en avant ou en arrière de la tête, mais souvent très-vive et la forçant à ne plus s'occuper de ses affaires, à se mettre au lit et paraissant revenir, au moins dans les premiers temps, à des heures à peu près fixes.

Différents moyens, anti-périodiques et calmants, furent employés sans grand succès pendant une quinzaine de jours, et je me vis souvent forcé de recourir aux injections hypodermiques de morphine, qui me donnèrent toujours un excellent résultat, mais peu durable.

Avant et pendant les crises et, du reste, pendant tout le temps de sa maladie, la malade est restée sans fièvre, l'appétit entièrement conservé, même pendant les douleurs. Toutes les autres fonctions étaient régulières.

Après m'être adressé aux ressources ordinaires de la pharmacopée contre les névralgies, j'ai pu obtenir une cessation presque complète des douleurs pendant cinq ou six jours, si bien que la malade se croyant guérie, cessa tout traitement. Mais le 20 avril, une crise plus violente que les autres survint dans l'après-midi et amena des vomissements abondants, symptôme qui ne s'était pas présenté jusqu'à ce moment, la malade ayant déjeuné, le matin de ce jour avec bon appétit.

Mandé près de la malade dans la soirée, je ne pus me rendre à son appel que vers onze heures du soir. La crise était un peu passée, et nous pûmes causer. C'est alors que, pour la première fois, elle me parla d'un symptôme qu'elle avait remarqué depuis longtemps, me dit-elle, mais dont elle ne s'était pas autrement préoccupée. Depuis cette dernière maladie, elle entendait, chaque fois qu'elle se peignait, pétiller ses cheveux, et, ce soir-là même, pendant sa crise, ayant eu occasion de se peigner dans l'obscurité, avant de se mettre au lit, elle avait vu une lumière assez vive se dégager de ses cheveux, tout en entendant un pétillement assez fort. Inquiète, sinon effrayée, et craignant aussi qu'on ne la crût pas si elle parlait de cela sans le faire voir, elle avait appelé son personnel qui, comme elle, avait pu constater la réalité de cette lumière.

J'arrivai près de la malade deux heures environ après ces expériences, et elle me raconta ces détails, que j'étais assez disposé à prendre pour des contes, et que, dans tous les cas, je ne voulais pas croire trop légèrement. « Voulez-vous, me dit la malade, que je vous fasse voir cela? » « Bien volontiers. » et aussitôt de se peigner. Après quelques coups de peigne, rien ne paraissait encore. « Vous verrez, lui dis-je, que parce que je suis ici le phénomène ne voudra pas se produire. » Mais bientôt, malgré mon scepticisme, il fallut bien me rendre à l'évidence.

Une lueur, manifestement électrique, instantanée, large de plusieurs centimètres, et séparée par des lignes obscures, qui n'étaient que les dents du peigne, se dégageait à chaque coup de peigne, et la lueur devenait plus vive à mesure que l'on peignait depuis longtemps.

En passant les doigts sur la racine des cheveux, on entendait un crépitement et on sentait comme un picotement dans le bout des doigts. Une jeune personne qui avait peigné la malade quelques heures auparavant, me dit qu'elle avait senti dans la main gauche qui tenait les cheveux un léger engourdissement.

Le coiffeur qui peigne cette dame tous les matins s'était aperçu, lui aussi, que les cheveux pétillaient et que les pointes de ces cheveux, après que le peigne y avait passé, se redressaient et s'éloignaient vivement les unes des autres, ce que j'ai constaté moi aussi.

Le passage réitéré du peigne dans les cheveux, quand elle se fait coiffer, procure à cette dame une sensation désagréable dans la tête et lui donne comme une envie de bailler et de dormir. Elle se plaint aussi de douleurs superficielles dans le cuir chevelu et même dans la face, de sensations étranges, comme de l'eau qui courrait entre cuir et chair. Elle éprouve, dit-elle, quand elle touche sa figure et même le bout de son nez, quand elle frotte ses sourcils, la même sensation, le même pétillement que quand on la peigne.

Les crises névralgiques se sont éloignées, avons-nous dit, mais depuis trois semaines, elles reviennent environ tous les six jours, mais très-fortes et s'accompagnant de vomissements et de pertes de connaissance. Deux ou trois jours avant les crises, elle sent que l'électricité devient de plus en plus abondante dans ses cheveux, et quand la tension est devenue très-forte, elle prédit qu'elle aura bientôt une crise, et cela ne manque guère. Quelquefois le dégagement d'électricité cesse presque complétement après la crise.

En ce moment, 30 avril, le dégagement électrique est dans toute sa force.

---

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1868, page 185, séance du 6 mai.

(2) *Union médicale*, 1875, 12 juin, page 870.

(3) *Union médicale*, 1875, 12 juin, page 870.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux de Charbonnières pour la saison de 1874 (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Seguin, relative au traitement de la variole hémorrhagique par la médication kino-sulfurique.

2° Une lettre de M. le docteur Bouloumié, accompagnant l'envoi d'une série de brochures relatives aux dyspepsies, à la goutte et à la gravelle.

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Bloc, médecin inspecteur des eaux minérales d'Andobre et du Cayla (Aveyron).

PRÉSENTATION

M. HENRI ROGER présente, de la part de M. le docteur Luys, un volume intitulé : *le Cerveau.*

M. LABOULBÈNE présente, de la part de M. le docteur Fiselbrand, une brochure ayant pour titre : *Des vibrations thoraciques dans les épanchements pleurétiques.*

LECTURE

Des causes de la pierre. — M. DEBOUT D'ESTRÉES donne lecture des conclusions suivantes d'un mémoire sur les causes de la pierre.

Un gravier formé dans le rein peut se comporter de diverses manières :

1° Il passe du rein dans la vessie en déterminant des douleurs plus ou moins vives et le plus souvent une colique néphrétique, qui, suivant la nature de la concrétion, présente les variétés suivantes :

Les graviers d'acide urique donnent lieu à des douleurs souvent atroces, que le malade peut difficilement localiser, il en est de même de la gravelle oxalique, mais dans ce cas, l'hématurie est la règle, alors qu'elle est l'exception dans la première. La durée de la colique est en général de quelques heures. Au contraire, les graviers rénaux phosphatiques donnent lieu à des crises qui durent souvent plusieurs jours; la douleur, quoique vive, est plus supportable, elle est localisée au rein, et il n'y a pas d'hématuries.

2° Le gravier se développe dans le rein, et dans les cas les plus favorables, ne donne lieu à aucun symptôme appréciable pendant la vie; mais le plus souvent, il détermine un travail éliminatoire qui pourra amener la sortie du gravier : — A. Directement à l'intérieur, au niveau de la légion lombaire ; — B. Dans l'abdomen, et alors la rupture de la tumeur sera suivie d'une mort rapide ; — C. Enfin, on a vu cette tumeur formée par le rein distendu, contracter des adhérences avec une anse intestinale, et la sortie du calcul s'effectuer par l'intestin.

3° Le gravier rénal s'engage dans l'uretère y séjourne et détermine des accidents toujours graves, ceux-ci varient suivant que le conduit est plus ou moins complétement obstrué, nous signalerons seulement un cas où l'inflammation déterminée par la présence des concrétions en avait déterminé l'issue par l'aine ou plutôt du flanc et cela à deux reprises, à quatre années d'intervalles, chez un même malade.

4° Enfin le gravier arrivé dans la vessie devient, s'il n'est pas expulsé, le noyau d'un calcul dont l'accroissement se fait de deux manières différentes, soit par l'adjonction d'éléments de même nature, soit par le dépôt autour du gravier d'autres sels de l'urine et en particulier de phosphates.

Ce dépôt aura lieu lorsqu'il existera une inflammation catarrhale de la vessie, accompagnée de fermentation ammoniacale de l'urine, ou encore lorsque l'abus des alcalins énergiques (bicarbonate de soude, carbonate de lithine, eau de Vals, de Vichy), en rendant l'urine alcaline, permettra aux phosphates normaux de l'urine de se précipiter.

Sans nous arrêter longtemps aux calculs de l'urèthre, du périnée et de la prostate, aux corps étrangers servant de noyau à un calcul, aux pierres secondaires et aux placages phosphatiques, qui se rattachent moins directement à notre sujet, nous dirons un mot seulement de cette bizarre terminaison des calculs qui a nom la fragmentation spontanée des pierres dans la vessie, elle se fait de deux manières, par éclatement et par exfoliation. Les interprétations données par les divers auteurs, les faits que nous avons observés ne nous mettent pas en mesure de fournir l'explication de ce phénomène, aujourd'hui encore, aussi impossible que celle du mode de production de la gravelle pileuse dont nos observations ne nous permettent pas de nier l'existence.

Tel est, messieurs, le résumé du travail que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation. J'ajouterai en terminant, que si de nombreux observateurs ont constaté, comme nous l'a écrit M. le professeur Charcot et comme nous l'a affirmé M. le docteur Garrod, que la goutte diminuait de fréquence depuis le commencement du siècle, mes observations et les renseignements recueillis par moi à ce sujet, me permettaient au contraire de dire que le nombre des malades atteints de gravelle est plus considérable en France et à Paris surtout. On pourrait invoquer les causes suivantes :

Le bien être matériel s'est répandu dans un plus grand nombre de classes de la société.

La vie de bureau qui absorbe un nombre toujours plus considérable d'individus, et la cherté des loyers qui les oblige à se loger dans de moins bonnes conditions, leur créent une hygiène déplorable qui pourrait être la cause de cet accroissement de la gravelle.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. Bérenger-Féraud.

DISCUSSION SUR LA COLIQUE SÈCHE

M. LEROY DE MÉRICOURT se propose de présenter quelques observations au sujet de la note de M. Bérenger-Féraud et de répondre, aussi nettement qu'il sera possible, à la question posée par M. Hardy et à l'assertion de M. Gubler.

Après un exposé historique des différentes phases de cette question d'hygiène navale et de pathologie exotique, M. Leroy de Méricourt déclare, à part quelques remarques critiques portant sur la première proposition, se ranger entièrement à l'avis de M. Béranger-Féraud, en ce qui concerne l'explication d'une plus grande fréquence des accidents saturnins chez les créoles, les mulâtres et les nègres dans nos colonies depuis que l'emploi des machines à vapeur est devenu plus fréquent à terre, comme sur mer.

A M. Hardy il répond qu'il n'y a pas lieu d'admettre dans le cadre nosologique, en dehors des manifestations variées et successives de l'intoxication saturnine, une maladie endémique des pays chauds, donnant lieu aux mêmes symptômes se succédant de la même manière, qui reconnaîtraient pour cause une intoxication miasmatique, tellurique ou autre. La colique endémique des pays chauds n'existe pas. Il n'existe pas non plus de colique déterminée uniquement par l'intoxication palustre.

Ces assertions sont basées sur la diminution très-rapide et constante des cas de colique et de paralysie consécutive contractés dans les pays chauds, malgré l'extension graduellement croissante de l'emploi de la vapeur, à partir de la publication des travaux de Lefèvre et des mesures hygiéniques qui en ont été la conséquence.

Depuis la dernière séance, M. Le Roy de Méricourt a écrit dans les trois principaux ports de France pour demander le nombre de congés en convalescence délivrés pour colique sèche ou colique saturnine. Il résulte de ces documents et d'autres que M. Le Roy de Méricourt cite à l'appui, que l'opinion des médecins de la marine paraît actuellement unanime sur ce point.

Enfin, dit-il en terminant, notre collègue M. Gubler va être édifié sur l'opinion actuelle du professeur Fonssagrives quand j'aurai donné lecture du passage suivant qui lui fait honneur.

Ici M. Le Roy de Méricourt donne lecture d'un passage du livre de M. Fonssagrives, dans lequel il rappelle qu'après avoir longtemps

douté de l'influence attribuée au plomb, il a été complétement convaincu par la démonstration de M. Lefèvre, et a fini par accueillir avec joie les réformes qui en ont été la conséquence et la sanction. (Marques nombreuses d'approbation.)

M. BRIQUET dit que la colique de plomb ne siége pas dans les intestins, mais bien dans les muscles abdominaux superficiels; c'est, suivant lui, une myosalgie et non une colique. Il suffit, pour s'en convaincre, d'exercer une légère pression sur les parties douloureuses; une autre preuve que c'est bien dans les muscles qu'est le siége de ces douleurs, ce sont les bons effets de la galvanisation sous l'influence de laquelle elles disparaissent complétement.

M. Briquet rappelle que c'est avec Duchenne (de Boulogne) qu'il a fait ses premières recherches sur ce sujet. Il en est donc, suivant lui, de la colique de plomb comme des douleurs nerveuses des hystériques qui ont également pour siége les muscles superficiels, et disparaissent de même sous l'influence de la galvanisation. Lorsque le liséré fait défaut, c'est donc là un très-bon moyen de diagnostic.

En résumé, la colique de plomb n'est, pour M. Briquet, qu'une myosalgie, très-facile à reconnaître par une simple pression sur ces parties malades, et disparaissant très-promptement sous l'influence de la galvanisation, ou mieux encore des injections sous-cutanées de morphine, qu'un médecin de la Charité emploie actuellement avec succès.

M. RUFZ DE LAVIZON admet qu'après la lecture des travaux des médecins de la marine il est impossible de ne pas admettre que le plomb joue un grand rôle dans la production des coliques observées à bord des navires. Mais on paraît laisser tout-à-fait de côté les coliques sèches observées à terre dans les pays chauds! Il y aurait, suivant lui, deux statistiques à mettre en présence : l'une, relative aux coliques de plomb observées à bord; l'autre, aux coliques sèches observées à terre dans les pays chauds. Il est impossible de rayer de la nomenclature médicale la colique sèche.

M. Rufz de Lavizon ajoute qu'on va peut-être un peu loin dans les accusations formulées contre le plomb; à en croire ses accusateurs, les boîtes de conserves, les conduites d'eau devraient alors devenir autant de sources de coliques de plomb, et nous devrions être tous empoisonnés plus ou moins. Il y a là, suivant M. Rufz de Lavizon, une exagération contre laquelle il faut se tenir en garde.

La parole est réservée à M. Le Roy de Méricourt pour la prochaine séance.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Larrey sur les titres des candidats à la place de membre associé libre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 mai 1876, sont nommés chevaliers de la légion d'honneur : MM. les docteurs Siredey, médecin de l'hôpital de Lariboisière, et Herbecq, maire d'Avesnes (Nord), médecin du bureau de bienfaisance.

— *Faculté de médecine.* — Le doyen a l'honneur de porter à la connaissance de MM. les étudiants les dispositions suivantes, relatives aux consignations pour les examens de doctorat.

Les consignations pour le premier examen de doctorat seront reçues jusqu'au 14 mai; les consignations pour le deuxième jusqu'au 3 juin, pour le troisième jusqu'au 17 juin, pour le quatrième jusqu'au 1er juillet, pour le cinquième jusqu'au 8 juillet.

Ce délai passé, il ne sera reçu aucune consignation.

Les élèves refusés à un examen antérieurement au 15 juillet pourront se présenter à nouveau devant les jurys, avant les vacances.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le jury, pour le concours à deux places de chirurgien du bureau central, est arrêté de la manière suivante : MM. Anger (Théophile), Descroizilles, Duplay, L. Labbé, Le Dentu, Péan, Saint-Germain.

— *Collége de France.* — Le cours de M. Berthelot aura lieu pendant le second semestre, le mercredi et vendredi, à dix heures.

— *Hôpital du Midi.* — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons sur les maladies syphilitiques le jeudi 4 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Chaque leçon sera suivie d'instructions pratiques sur le traitement des maladies vénériennes.

Consultation externe le mardi et le vendredi. Revue des malades dans les salles le mercredi.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. Mandillon est nommé médecin adjoint à l'hôpital Saint-André; M. Rousseau Saint-Philippe est nommé médecin adjoint à l'hospice des Vieillards et des Incurables.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Benoit, médecin du bureau de bienfaisance du 20e arrondissement, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de soixante-six ans.

— *Erratum.* — N° 50 (29 avril), p. 395. *De l'hémorrhagie cérébrale*, au lieu de mort *certaine*, lisez mort *prochaine*. — A la 10e ligne du même article, au lieu de *matière* lisez *manière*.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladie de Bright.

Néphrites interstitielles.

Nous avons rapporté, dans l'une de nos Revues cliniques précédentes, deux exemples de néphrite parenchymateuse ou épithéliale, comme spécimens de l'une des espèces morbides comprises dans le groupe des maladies de Bright. Voici comme contre-partie ou comme complément de démonstration de la variété des faits, longtemps confondus sous la même dénomination, les deux exemples de néphrite interstitielle recueillis à la même époque, dans le même service, auxquels nous avons fait allusion dans l'article précité et qui appartiennent à une deuxième espèce.

Le premier fait est celui d'un homme de cinquante-deux ans, peintre en bâtiments, qui a eu, il y a environ vingt ans, des accidents plombiques (coliques). Bien qu'il n'ait pas discontinué son métier jusqu'à ces derniers temps, il n'a pas eu de nouvelles coliques. Il a cependant d'une façon manifeste le liséré gengival. Il est, en outre, sujet à des douleurs vagues dans tous les membres et dans les articulations. Il a eu même, il y a cinq ou six ans, des douleurs goutteuses aux deux pieds successivement, et on constate aux deux orteils, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, une tuméfaction noueuse avec craquement. Les accès de goutte le prennent généralement tous les mois. Il est très-anémique. Enfin il a contracté dans ces derniers temps une blennorrhagie, à la suite de laquelle il a eu une arthrite du genou droit.

Lors de son entrée à l'hôpital, soupçonnant l'existence d'une affection albuminurique, tant à raison des antécédents que de l'état actuel : pâleur extrême de la face, polyurie, on fit examiner les urines qui furent trouvées peu colorées, lactescentes et légèrement albumineuses. Il n'y avait d'ailleurs point d'anasarque. Le malade éprouvait de la céphalée et avait des palpitations. Les artères étaient athéromateuses, roulant facilement sous le doigt; il existait au foyer des bruits aortiques, un souffle systolique doux, prolongé dans les vaisseaux.

A ces divers signes et à ces coïncidences symptomatiques très-différentes de celles que l'on constate chez les sujets atteints de néphrite épithéliale, M. Lancereaux diagnostique une néphrite interstitielle arrivée à sa période moyenne. Le malade ayant quitté l'hôpital peu de temps après, il n'a pas été possible de suivre l'évolution de sa maladie.

Le second cas, auquel M. Lancereaux a cru devoir assigner le même diagnostic, est celui d'une femme de vingt-deux ans, anémique, qui dès l'âge de quinze ou seize ans avait commencé à s'apercevoir, aux époques de ses règles, que son visage se gonflait principalement au pourtour des yeux, au niveau de la paupière inférieure. Cette tuméfaction disparaissait après que le flux menstruel s'était établi et laissait aux paupières une sorte de teinte ecchymotique. Dans le courant de cette même année, elle s'aperçut que ses jambes commençaient à enfler après de longues marches. Puis survint de la bouffissure du visage et divers œdèmes passagers des membres. Les palpitations fréquentes depuis la chorée devinrent alors plus fréquentes.

Voici dans quel état elle entra à la Charité : type lymphatique très-prononcé; développement général retardé; le développement des organes génitaux et des mamelles représente celui d'une jeune fille de seize ans, et elle en a vingt-deux; pâleur extrême de la face, bouffissure des paupières, enflure des jambes. Les urines très-abondantes (deux litres environ), contiennent une moyenne quantité d'albumine. Le cœur délimité par la percussion paraît assez volumineux; ses battements sont sourds. Au foyer aortique, souffle doux, systolique, prolongé dans l'aorte et les vaisseaux du cou. Le poumon est un peu congestionné; le foie normal. Diarrhée tous les mois pendant deux ou trois jours; pas de vomissements; pas de troubles de la vue; céphalée habituelle; dyspepsie; essoufflement; palpitations.

Le 22 décembre, la malade qui n'avait rien présenté de particulier jusque-là, est prise d'un frisson violent avec rachialgie, toux et langue saburrale. A l'auscultation on trouve des râles sonores de bronchite dans les deux poumons; point de matité; crachats bronchiques; température 40° 6 le soir.

Le 23 au matin, même état. Température 40. Le soir on constate dans l'aisselle quelques bouffées de râles humides et des crachats pneumoniques. Pas de point de côté, mais des douleurs en ceinture, T. 40° 2.

Le 24, la fièvre a beaucoup diminué. T. 38,4; on ne constate plus que de la bronchite.

Le jour suivant, la température est normale, et jusqu'au 3 janvier la bronchite a diminué graduellement. On ne constate plus que quelques râles ronflants disséminés dans la poitrine. L'état général n'a pas changé.

Bien que chez ces deux malades on n'ait pas suivi le cours de la maladie dans toutes ses évolutions, les symptômes qu'ils ont présentés suffisent pour les caractériser. L'abondance des urines dans les deux cas, la durée de l'affection, la mobilité des œdèmes sont autant de circonstances qui plaident en faveur d'une lésion connectivo-vasculaire. Enfin, comme conditions étiologiques on trouve, dans le premier cas, le saturnisme et la goutte. Ici c'est une chlorose ancienne, congénitale en quelque sorte, qui est le fait primitif dominant.

Pour compléter la démonstration, il suffira d'ailleurs de rapprocher ces deux faits de ce qui a été observé dans les cas où la maladie a pu être suivie jusqu'à sa terminaison, et où l'autopsie est venue confirmer le diagnostic. Or, voici quels sont les caractères généraux, symptomatiques et anatomiques par lesquels M. Lancereaux a résumé, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, l'histoire de la néphrite interstitielle, à laquelle il rattache ces deux cas.

Dans une première phase, et après une période d'hyperémie, on constate une altération caractérisée par la tuméfaction du stroma conjonctif, qui, dans une période plus avancée, s'épaissit entre les canalicules et forme une zone autour des glomérules. Le rein, conservant sa forme et l'état lisse de sa surface, acquiert dans la première période une dureté et une résistance plus grandes, en même temps qu'il revêt une teinte grisâtre.

Plus tard, il subit une véritable atrophie progressive en même temps que sa surface se déforme; il devient le siége de granulations, et souvent aussi de kystes superficiels. En résumé, le rein atteint de néphrite interstitielle se comporte à peu près comme le foie atteint de cirrhose.

Le cœur, dans la plupart des cas de néphrite interstitielle, est hypertrophié, et presque toujours une lésion du système artériel tout entier coexiste. C'est ce qu'on a vu chez le malade dont nous venons d'esquisser l'histoire très-sommairement. C'est ce qui explique la fréquence des hémorrhagies cérébrale et pulmonaire dans le cours de cette affection. Sur trente cas qu'il avait observés à cette époque, M. Lancereaux a vu dix fois l'hémorrhagie du cerveau et cinq fois l'hémorrhagie du poumon compliquer la lésion du rein. Il y a lieu de tenir compte, dans ce cas, de la modification que subit le sang.

En effet, bien que dans la néphrite interstitielle la quantité d'albumine rendue par les urines soit faible, c'est en général une des maladies des reins qui donnent le plus fréquemment naissance aux accidents urémiques. Enfin l'anasarque y fait souvent défaut ou est fugace, comme on l'a vu dans les cas que nous venons de rapporter.

Le caractère général de ces néphrites scléreuses, interstitielles, est dans leur dépendance d'une affection d'un ordre plus général dont elles ne sont en quelque sorte que l'expression anatomique : c'est ce qui en rend la symptomatologie obscure et confuse, surtout au poumon. Les affections ou lésions générales, d'où procède le plus ordinairement la néphrite interstitielle, sont la goutte, le saturnisme, plus rarement le rhumatisme articulaire; elle coexiste presque toujours, surtout chez les vieillards, avec une altération généralisée du système artériel. C'était aussi le cas de la malade citée plus haut, quoique très-jeune.

M. Lancereaux, dans son article *Rein* du *Dictionnaire encyclopédique*, a dressé deux tableaux, comprenant, l'un dix cas de néphrite interstitielle avec intoxication saturnine, présentant presque tous des lésions plus ou moins accusées du cœur et du système artériel : cœur, hypertrophié et lésions athéromateuses des artères; l'autre, quatre cas de néphrite interstitielle avec rétrécissement du système aortique.

La thérapeutique de cette affection est encore très-peu arrêtée, et on comprend toutes les difficultés qu'il y a à en bien saisir les indications au début, c'est-à-dire au seul moment où elle pourrait être réellement utile. L'un des moyens auxquels M. Lancereaux paraît avoir le plus de confiance est la diète lactée, mieux indiquée encore dans les néphrites épithéliales que dans les néphrites interstitielles, mais néanmoins utiles également dans ces dernières. Les malades dont nous avons rapporté l'histoire ont été soumis à ce régime. Mais la trop courte durée du temps, durant lequel ils ont été soumis à l'observation, n'a pas permis d'en apprécier convenablement les effets.

Calcul bronchique ayant donné lieu à des accès de fièvre pernicieuse.

Le fait que M. le docteur Burdel (de Vierzon) a communiqué il y a une dizaine de jours à l'Académie de médecine et dont nous n'avons fait qu'énoncer le titre, est trop intéressant à plusieurs points de vue, et particulièrement au point de vue clinique qui nous préoccupe ici, pour que nous n'ayons pas cru devoir y revenir à cette place.

Mme X..., femme de cinquante-sept ans, d'une belle constitution et d'une santé généralement excellente, à cela près de quelques névralgies rhumatismales qui la font souffrir parfois, étant allée au mois de juillet 1872 accompagner son mari à Cauterets, fut prise la veille de son départ de cette station d'un violent frisson, suivi d'un accès de fièvre. Comme le jour précédent elle avait été exposée à un brouillard humide pendant une promenade en voiture découverte, Mme X.., ne vit dans cette indisposition que les prodromes d'un rhume. Il survint en effet un peu de coryza et d'enrouement. Le lendemain la fièvre ayant cessé, elle partit pour Bordeaux, où il survint un second accès de fièvre très-marqué qui dura seize heures. De retour dans son pays (le Berry) elle fit appeler M. Burdel, qui constata d'abord une fièvre d'accès à type tierce avec bronchite. Notre confrère fit administrer immédiatement le sulfate de quinine à la dose de 0,60 centigrammes, dose qui fut répétée chaque jour pendant cinq ou six jours consécutifs. La fièvre céda et la toux, qui commençait à devenir pénible, diminua un peu.

Huit jours à peine s'étaient écoulés que la fièvre reparaissait, cette fois avec le type quotidien. La toux revint avec plus d'intensité encore, et, de sèche qu'elle était, devint humide. L'auscultation et la percussion ne dénotèrent rien qui put éclairer sur le caractère de la toux et de l'expectoration. Dans tous les points de la poitrine on entendait parfaitement la respiration et l'on ne constatait aucun bruit anormal, même à la région antérieure de la poitrine, au-dessus du sein droit, point où la malade se plaignait de ressentir une sorte de déchirement lorsqu'elle toussait, et où depuis longtemps, disait-elle, elle éprouvait une sensation de picotement comme s'il y avait une épine ou une épingle.

M. Burdel conseilla de nouveau la quinine et des juleps pectoraux simples ou kermétisés, mais sans résultat. Cet état de choses durant ainsi depuis plusieurs semaines, la malade pâlissant, maigrissant et découragée, il remplaça la quinine par les arsenicaux, mais sans plus d'avantage. Les révulsifs et dérivatifs étaient tout aussi inefficaces. La toux persistait et la fièvre revêtit tous les types possibles, depuis la double quotidienne, la double tierce, jusqu'à la subintrante, avec frissons, chaleurs, sueurs abondantes.

Enfin un jour la fièvre prit le caractère pernicieux, et notre confrère n'arriva à conjurer ce nouveau danger que par l'administration du sulfate de quinine, donné, cette fois, à doses massives, par haut, par bas et par la méthode endermique (de 3 à 4 grammes par jour pendant trois jours de suite). Grâce à ce traitement énergique, le calme revint, la fièvre sembla céder, la toux elle-même fut moins intense.

Ce calme durait depuis sept jours, et on se félicitait de l'espoir d'une guérison prochaine, lorsque, comme un coup de foudre, tous les mêmes symptômes reparurent : fièvre, toux, délire, coma, etc. On devine l'étonnement de M. Burdel lorsque le lendemain, en arrivant auprès de la malade, il la trouva assise sur son lit, souriante, ne toussant plus, avec un pouls à 80°.

Voici ce qui s'était passé. Mme X..., au milieu d'un accès de fièvre ardente, avait été prise d'une quinte de toux suffocante, plus terrible encore que les précédentes, qui, après trois quarts d'heure de durée, s'était terminée tout à coup par l'expulsion d'un corps dur qui lui avait déchiré le gosier. C'était un calcul, long de 11 millimètres, cylindrique, à surface irrégulière, gros comme une grosse plume d'oie, et présentant à l'une de ses extrémités une légère bifurcation modelée sur le tube bronchique où il se trouvait placé, et où probablement il s'était formé. A partir de ce moment, tous les phénomènes morbides, fièvre, toux, expectoration, tout avait disparu comme par enchantement, et à l'instant même la convalescence s'était établie.

Il était curieux de chercher à remonter au point d'origine de la formation de ce calcul. Voici ce que M. Burdel a pu apprendre à cet égard. Vingt-deux ans avant le fait dont on vient de lire la relation, Mme X..., à la suite d'une violente émotion, fut prise d'une hémoptysie abondante, qui fut réprimée. Mais depuis cette époque, une petite douleur, tenant à la fois de la déchirure et du picotement que produirait la présence d'un corps étranger, s'était continuellement fait sentir vers la région pectorale, à trois travers de doigts au-dessus du sein, dans ce point même dont elle se plaignait si vivement lors des accès de toux qui précédèrent l'expulsion du calcul.

Le résultat de l'analyse, en montrant que ce calcul était formé en partie par du carbonate et du phosphate de chaux, recouverts de matières organiques animales, a été parfaitement conforme à l'idée de l'origine présumée, savoir que la concrétion en question s'était formée aux dépens d'un caillot sanguin resté dans une ramification bronchique à la suite d'une hémoptysie.

Ce n'est pas le fait en lui-même du calcul bronchique qui constitue l'intérêt de cette observation. Les exemples de calculs bronchiques ne sont pas très-rares dans les annales de la science. Ce qui en fait l'intérêt particulier, c'est la circonstance très-nettement accusée ici de son origine, l'hémoptysie, et surtout l'ensemble de phénomènes tout-à-fait insolites auxquels il a donné lieu. Dans la plupart des faits rapportés par les médecins qui ont eu l'occasion de les observer, les symptômes, lorsqu'il en existait, étaient ceux de la phthisie, de la pneumonie, de la bronchite chronique, de la dilatation bronchique. Ici rien de pareil. Mais après un long laps de temps durant lequel la présence du calcul ne s'était accusée par aucun phénomène appréciable, c'est sous l'influence probable de la constitution médicale fébrigène au milieu de laquelle vivait la malade, par de véritables accès de fièvre de tous les types, depuis le plus simple jusqu'aux formes les plus graves de la fièvre pernicieuse, que se manifeste la crise qui doit finir par amener l'expulsion du calcul et avec lui la cessation de tout phénomène morbide. Ainsi que l'a fait très-judicieusement remarquer M. Burdel, dans la relation de ce fait intéressant, il est possible d'y trouver l'explication d'une foule de phénomènes de pyrexies que l'on voit se développer à l'occasion de la présence de corps étrangers qui irritent la muqueuse de certains organes internes et peut être aussi l'explication de l'intermittence elle-même. Enfin l'influence du milieu pathologique sur la forme des accidents par lesquels se manifeste l'irritation produite par le corps étranger n'est pas moins digne d'être remarquée.

Fistule hépato-bronchique. Guérison.

La malade atteinte de fistule hépato-bronchique, suite de kyste hydatique du foie, dont nous avons parlé l'année dernière (*Gazette des Hôpitaux*, 1875, p. 922) et que traitait M. Desprès à l'hôpital Cochin, est sortie de l'hôpital guérie, le 7 août 1876, après avoir présenté pendant six mois les accidents les plus graves.

En premier lieu, la fistule hépato-bronchique persista et causa un amaigrissement excessif de la malade, qui n'avait plus littéralement que la peau sur les os et dont la peau était devenue terreuse.

Des douleurs dans la région du foie et de l'oppression apparurent au mois d'octobre, puis le foie parut augmenter de volume, et peu à peu il descendit jusque dans la région de la fosse iliaque. Cette augmentation de volume du foie coïncida avec la suppression du flux biliaire par les bronches.

A ce moment, M. Desprès fit appliquer sur le foie un cautère à la place où autrefois il en avait déjà appliqué un, et où il avait fait une ponction pour un premier kyste hydatique du foie, qui avait été suivie de guérison. Le foie diminua de volume sous l'influence de la cautérisation, mais quelques jours après il reprit le même volume. Une ponction faite dans l'eschare, à une profondeur de 5 centimètres, ne conduisit point sur un abcès que soupçonnait M. Desprès, et qu'il croyait développé dans un kyste hydatique.

Quelques jours plus tard, on découvrit en arrière sur le dos, entre la neuvième et la dixième côte, une tumeur fluctuante, qui fut incisée avec le bistouri. Il sortit un flot de pus bien lié et des hydatides mortes. Un drain fut placé et régularisa l'écoulement du pus.

A partir de ce moment, un mieux sensible se manifesta, et à part un petit abcès au point où avait été faite, en avant, la ponction, tout rentra dans l'ordre. L'abcès de la région postérieure donna de moins en moins de pus, sans qu'il fût besoin de faire des injections de temps en temps; l'orifice de cet abcès était cautérisé avec le nitrate d'argent.

L'abcès était fermé le 18 avril, et la malade, guérie, avait repris de l'embonpoint. Seulement elle avait des varices, et ces varices étaient survenues subitement. M. Desprès les a attribuées à la compression exercée sur la veine cave par la rétraction de la cicatrice du foie qui a succédé à l'abcès.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. AD. PÉCHAUD.

Observation d'iritis suppurative accompagnée d'inflammation et de gangrène partielle de la cornée.

La variété d'iritis parenchymateuse, connue sous le nom de *suppurative* est, de toutes les inflammations qui atteignent l'iris, la plus sérieuse, et celle qui entraîne non-seulement pour l'organe qui a été primitivement affecté, mais encore

pour les organes circonvoisins et la totalité du globe oculaire, les plus graves conséquences. Il est rare, en effet, que l'inflammation reste limitée à l'iris, qui en a été le point de départ; elle ne tarde pas à s'étendre à la cornée, et dans bien des cas il est impossible d'arrêter ses progrès et d'empêcher que la suppuration n'envahisse à la fois les deux hémisphères de l'œil, reliés entre eux par de nombreuses relations vasculaires. A ce degré, il est évident que la terminaison de la maladie est absolument défavorable; mais à un degré moindre, les accidents sont encore de telle nature, qu'il n'est guère possible d'espérer de conserver à l'œil l'intégrité de sa forme et de ses fonctions.

Que se passe-t-il, lorsque l'affection s'est étendue à tout l'hémisphère antérieur? La circulation est profondément troublée dans cette partie de l'œil, l'iris gonflé, augmenté de volume, et par l'apport plus considérable du sang, et par l'hypergénèse du tissu cellulaire ou des éléments principaux qui le constituent, l'iris ne fonctionne plus, ou il fonctionne incomplétement. Bientôt, par le fait même de cette production anormale des éléments cellulaires, des élévations ou excroissances se forment, qui ressemblent à des papilles de très-petite dimension, et établissent leur siége de prédilection au sphincter iridien ou à son voisinage. C'est là l'origine des adhérences qui vont se faire entre la membrane et la capsule du cristallin, adhérences qui, par leur nombre et leur résistance, apporteront à leur tour un nouvel obstacle à la circulation et à l'échange incessant qui se fait entre les milieux de l'œil. La traction continuelle que l'iris, ainsi fixé au cristallin, subira dans tous ses mouvements et particulièrement lorsqu'une certaine quantité de liquide sera accumulée derrière lui et le poussera en avant, se transmettra à sa périphérie ou à ses attaches, qui le relient intimement au muscle ciliaire, très-riche en vaisseaux et en nerfs.

D'une part, les nerfs ciliaires dont l'hémisphère antérieur de l'œil est abondamment pourvu; d'autre part, les vaisseaux qui président à la nutrition de cette partie du globe, étant tiraillés ou altérés dans leurs fonctions, feront retentir sur les organes auxquels ils se distribuent les phénomènes dont ils sont le siége. On ne s'étonnera donc pas qu'à un moment donné, si l'inflammation se prolonge et arrive à une certaine intensité, la nutrition de la cornée qui est comme enchâssée dans un riche cercle artériel, se trouve, par le fait même de la turgescence des vaisseaux qui l'entourent et de leur défaut de fonctionnement, dépourvue de ses éléments de nutrition, que cette cornée à son tour s'enflamme, s'ulcère, et en dernier lieu se sphacèle.

Un nuage recouvre d'abord cette membrane; son poli s'altère; elle présente l'aspect d'un verre dépoli, à surface grenue. Des taches, produites par des globules de pus, apparaissent entre les lamelles, ordinairement à son centre, gagnent les parties voisines et se réunissent entre elles. Les éléments celluleux de la membrane se détruisent, l'abcès se forme; cet abcès, s'il est développé dans la portion supérieure, peut se frayer un passage à travers le tissu de la cornée, et venir se déposer dans la portion inférieure de cette membrane, où il constitue une espèce d'épanchement interlamellaire connu sous le nom d'*onyx*, bien différent de l'*hypopyon*, avec lequel il faut se garder de le confondre. Il arrive encore que l'abcès, une fois formé, peut se vider à travers la cornée, soit en avant, soit en arrière, dans le point correspondant à celui de son emplacement. Ou bien la suppuration continue, elle s'établit d'une façon générale dans tous les organes de cette portion antérieure du globe, la chambre de l'œil se remplit de pus, et si l'inflammation ne s'étend pas aux membranes profondes, et n'amène pas la fonte purulente, on doit presque s'attendre à ce que l'iris et la cornée soient détruits.

Telles sont, en peu de mots, la pathogénie et la terminaison habituelle d'une des plus graves affections de l'œil. Je n'entre pas dans la description de ses symptômes, qui sont, à peu de chose près, ceux de l'iritis. Je n'ai pour but, après avoir esquissé la physionomie générale de la maladie et donné une idée de sa gravité, que d'étudier les moyens propres à la combattre, à arrêter ses rapides progrès ou son extension, indiquant les ressources de la thérapeutique chirurgicale ou médicale, et montrant dans quelle mesure nous pouvons y recourir. L'observation ci-jointe, qui se rapporte à un des cas les plus intéressants et les plus caractéristiques de l'iritis suppurative, va me fournir l'occasion de signaler quelques-uns de ces points :

Observation. — H..., soixante-seize ans, concierge avenue Montaigne, se présente à ma clinique le 7 février dernier. Il m'est adressé par mon ami, le docteur Ramond.

C'est un homme d'une constitution robuste, quoique très-affaibli par l'âge. Aucun signe de maladie organique. Bronchite chronique faible et palpitations. Point de lésions au cœur. Artères radiales athéromateuses.

H... est malade depuis dix jours, et ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'il est allé demander conseil au docteur Ramond, son médecin, qui me l'adresse aussitôt.

C'est l'œil gauche qui est atteint. Rougeur excessive de toute la conjonctive bulbaire. Perte de la transparence de la cornée, infiltration de pus dans l'épaisseur de cette membrane. Point de collection ou d'abcès. Malgré l'infiltration, il est possible de distinguer, au moyen de l'éclairage latéral, l'iris, absolument immobile, adhérent à la capsule, gorgé de sang, etc. Surface tomenteuse. Humeur aqueuse très-trouble. Pus épanché en très-petite quantité dans la chambre antérieure; l'hypopyon n'a pas plus de 1 millimètre de hauteur.

Le malade raconte que son affection a débuté par des élancements dans l'œil et des douleurs autour de l'orbite, suivis promptement de rougeur du *blanc de l'œil*. Il a cru à un *coup d'air* et ne s'est pas soigné, d'autant mieux que les changements de la vue qui surviennent chez la plupart des malades, au début de l'inflammation, et les inquiètent, ne pouvaient se présenter chez lui.

Notre malade, en effet, a cessé de voir de l'œil gauche depuis l'âge de vingt-quatre ans. En 1824, étant soldat, il se couche un après-midi sur son lit de camp, les yeux parfaitement sains. A son réveil, il s'aperçoit que la vue s'est éteinte à gauche. Des mouches ou des lueurs bleuâtres passent devant son œil.

Cet œil n'a pas changé d'aspect. Il est resté jusqu'à ce jour pareil à l'autre, et ce qui inquiète le plus le malade, c'est de savoir s'il ne se déformera pas à la suite de l'inflammation.

J'ordonne : instillation d'atropine toutes les deux heures. Pommade mercurielle belladonée au front et à la tempe. Purgatif.

Le 9 février, les symptômes aigus se sont accentués. Douleurs persistantes. Hypopyon un peu plus considérable. Chémosis énorme: un véritable bourrelet autour de la cornée, qui paraît comme enfoncée dans un entonnoir.

J'incise largement, en deux endroits, la conjonctive, qui saigne abondamment.

6 sangsues à l'apophyse mastoïde.

Le 11, pas d'amendement de l'état local. Nouvelle incision du chémosis, qui s'est reformé.

Le malade ne reparaît pas de quatre ou cinq jours. Le 17 ou le 18, cornée infiltrée de pus dans toute sa moitié inférieure. Hypopyon remplissant un tiers de la chambre antérieure. Je me décide à une paracentèse, qui ne donne qu'un résultat insuffisant. A peine quelques gouttelettes d'un pus crémeux sont évacuées. Large excision d'un bourrelet conjonctival.

Vers le 20, pus remplissant les deux tiers de la chambre antérieure. La cornée présente à son centre une large plaque blanchâtre,

molle, qui fait saillie et se déplace légèrement sous la pression avec le stylet. C'est un lambeau sphacélé. J'évacue par une paracentèse presque tout le pus contenu dans la chambre antérieure. Il est crémeux et résistant.

Le lendemain, reproduction de pus dans la chambre antérieure, mais en très-petite quantité. Je détache avec des ciseaux, et sans efforts, le lambeau sphacélé de la cornée. Une large ulcération avec fistule apparaît. Application d'un bandage légèrement compressif.

Le 22 et le 23, affaissement du chémosis. Mais conjonctivite extrêmement rouge. Les cinq ou six plaies produites par l'excision de plis conjonctivaux sont cicatrisées. Point ou presque plus de douleurs péri et intra-orbitaires.

Le 24 et les jours suivants, la cornée et la chambre antérieure, qui est considérablement diminuée de volume, s'éclaircissent. Iris moins tomenteux. Nombreuses adhérences. Atropine, bandage compressif. Pommade mercurielle, purgatif. La plaie de la cornée se referme. La conjonctive est complétement affaissée. Plus la moindre trace de chémosis.

A partir de ce moment, l'état général commence à devenir satisfaisant. Le malade reprend son appétit et dort bien. Les douleurs ont cessé.

L'humeur aqueuse s'est en partie reproduite; mais l'iris est refoulé en avant, et il y a occlusion de la pupille. Continuation du bandage compressif.

Aujourd'hui 15 mars, la plaie cornéenne est tout à fait cicatrisée; une cicatrice s'est formée, qui occupe environ un bon tiers du segment inférieur de cette membrane, part du centre de la pupille, et descend verticalement en bas; elle est parcourue dans son grand diamètre vertical par deux ou trois petits vaisseaux, qui viennent de la conjonctive bulbaire inférieure. Le reste de la cornée est parfaitement sain et transparent, et il serait possible d'établir sur l'une ou l'autre partie latérale inférieure une pupille artificielle, si la fonction visuelle n'avait pas été abolie autrefois par une cause que nous ne connaissons pas.

De cette observation, de l'étude que nous avons faite de la marche et du développement progressif de la maladie, il résulte que nous avions à redouter plusieurs complications également graves, susceptibles les unes et les autres d'entraîner la perte complète de l'organe atteint. Nous étions sous l'imminence :

1° D'une propagation de l'inflammation à la choroïde, d'une irido-choroïdite suppurative, véritable phlegmon amenant la destruction de l'œil ;

2° D'une infiltration générale de la cornée et d'une gangrène totale de cette membrane ;

3° D'une vaste perforation, suivie de staphylôme.

La première de ces complications pouvait être à la rigueur conjurée. Pratiquer une large iridectomie, c'était l'indication naturelle qui devait se présenter tout d'abord à mon esprit. Aussi ai-je songé à cette opération. Mais j'avais affaire à un vieillard de soixante-seize ans, affaibli par ses souffrances, qui ne voulait point entendre parler d'opération; puis, les tissus étaient tellement enflammés, la suppuration si considérable, le chémosis si énorme, et il y avait si peu de chance de conserver un œil dont la vision était d'ailleurs perdue, que j'ai cru devoir risquer le tout pour le tout, sachant que je ne pourrais jamais, dans aucun cas, rendre à cet œil ses fonctions, et que l'atrophie qui résulterait de la choroïdite suppurative, n'entraînerait point dans le cas particulier de sérieux dommages.

Afin d'éviter la destruction totale de la cornée, il fallait obéir à plusieurs indications : décongestionner la muqueuse de la conjonctive, rétablir sa nutrition profondément troublée par la présence du chémosis, la préserver du contact de liquides irritants, et la mettre dans les conditions d'une réparation possible en lui procurant un repos relatif.

C'est pour ces différents motifs que j'ai usé de dérivatifs propres à combattre l'inflammation; que j'ai incisé largement la conjonctive, et enlevé même à plusieurs reprises des portions de membrane boursouflée; que j'ai pratiqué des paracentèses ; que j'ai débarrassé cette cornée d'un sphacèle étendu, et que je l'ai mise enfin à l'état de repos, en diminuant la tension oculaire par des instillations fréquentes d'atropine qui pouvaient, en outre, agir sur les adhérences de l'iris et les rompre.

En troisième lieu, nous devions, sinon éviter la perforation, du moins empêcher des cicatrices vicieuses, difformes et peu résistantes, prévenir en un mot le staphylôme consécutif.

Pour remplir cette dernière indication, j'ai dû m'astreindre pendant plusieurs semaines, les symptômes aigus dissipés, à l'emploi d'un bandeau compressif. Cette pratique m'a réussi, et j'estime qu'elle était le seul moyen de consolider la cicatrice et de préserver l'œil de l'ectasie consécutive.

J'ai dit que la vision de cet œil était perdue depuis longtemps. Par quelle cause? Je l'ignore. D'après les renseignements qui m'ont été donnés par le malade, et d'après la soudaineté de l'accident, il est probable qu'il s'est produit dans cet œil une hémorrhagie ou un décollement de la rétine, bien qu'il n'existe dans l'autre œil aucune lésion capable d'expliquer celle de son congénère.

En somme, la vision est abolie, et d'une façon irrémédiable sans doute, du côté de cet œil qui n'est doué que d'une faible sensibilité à l'action de la lumière. Il est vrai que tout le sphincter iridien est retenu et immobilisé par des adhérences, que la pupille elle-même est le siége de néo-membranes légères, et qu'elle est de plus en partie obstruée par le large leucome de la cornée. La tension oculaire, depuis que les accidents inflammatoires se sont dissipés, ne présente pas de modification appréciable.

Un examen ultérieur et plus approfondi, lorsque l'œil sera absolument revenu à son état normal, pourra me permettre de me rendre un compte suffisamment exact de la sensibilité rétinienne et des lésions des membranes profondes.

VARIÉTÉS

Les grands processus morbides (1)

Par M. le docteur Picot.

Ce sont des leçons de pathologie générale faites par l'auteur à l'École de médecine de Tours.

La nouveauté du titre indique bien que les questions médicales les plus importantes et qui passionnaient les médecins du siècle dernier ont été portées sur un autre terrain. Si les éléments de la science de l'homme sont les mêmes, les principes de l'éducation médicale ont complétement changé. La médecine, autrefois clinique et symptomatique, est devenue anatomique et expérimentale. Le domaine de la pathologie s'est agrandi et le langage médical a éprouvé de pareilles modifications. Autrefois, on disait acte morbide, nous disons aujourd'hui processus. Ces expressions différentes proviennent sans doute d'une connaissance plus approfondie de l'intimité des phénomènes, ou de procédés analytiques plus exacts.

Lorsqu'en 1872, notre collègue et ami le docteur Kiener, répétiteur de médecine à l'École de service de santé militaire, fit, dans un des amphithéâtres de la Faculté de Montpellier, des leçons d'anatomie et de physiologie pathologiques générales, il exposa d'une façon remarquable, et que n'ont pas oublié ses nombreux auditeurs, l'histoire des processus morbides au point de vue des troubles organiques.

M. Picot a examiné la question d'une manière différente, et il a

(1) 2 vol. in-8°. — Tome I et tome II, 1er fascicule. Prix : 20 francs. Les deux volumes coûteront 30 francs. — Paris, Georges Masson.

présenté le tableau pathologique des principales formes morbides se rattachant à des troubles de nutrition. Il considère l'état de maladie comme un trouble plus ou moins grand de la nutrition des éléments anatomiques, entraînant à sa suite des changements dans le fonctionnement normal de ces mêmes éléments. Ceux-ci étant tous tributaires du sang, les altérations propres de ce liquide, les modifications portant sur son mode de distribution dans les tissus, doivent jouer un rôle capital dans les troubles nutritifs des éléments anatomiques.

Il est facile de voir, d'après les considérations précédentes, que la classification didactique des grands processus morbides adoptée par M. Picot est exclusivement basée sur le sang et la circulation. C'est ainsi que l'auteur décrit :

1° Des processus qui résultent des modifications mécaniques ou physiques de la circulation et du sang, avec leurs causes et leurs effets immédiats. L'anémie locale avec ses causes : les hémorrhagies, la thrombose, l'embolie et ses conséquences : la gangrène et les dégénérescences diverses. Puis la congestion et ses effets d'hypertrophie et d'hydropisie, la pléthore, l'inflammation et la fièvre.

2° Des processus liés à des troubles dans la constitution chimique du milieu intérieur : l'asphyxie, le diabète, la polysarcie. Ceux qui paraissent se rattacher à la rétention dans le milieu des produits de dénutrition : l'urémie, le rhumatisme, la goutte, l'herpétisme, la cholestérémie et l'albuminurie.

3° Des processus accompagnés plus spécialement de modifications dans la constitution anatomique du sang : l'anémie globulaire et la leucocythémie.

4° Le processus infectieux qui atteint le sang dans ses globules et dans son plasma.

5° Des processus tenant à des modifications dans l'évolution des éléments anatomiques et à des aberrations dans leur génération, et parmi les plus importants : le rachitisme, l'ostéomalacie, la scrofulose, la tuberculose, la carcinose.

Tel est le programme qui a réuni successivement les problèmes les plus difficiles et les plus compliqués de la pathologie. Tous ces processus dérivent d'une altération fonctionnelle ou de composition dans le liquide sanguin. Cette classification, exclusivement humorale, ne peut évidemment renfermer tous les grands processus morbides ; le sang n'est pas l'unique terrain des actes morbides qui se généralisent à l'organisme.

Le point de départ de M. Picot est excellent. Mais après avoir commencé par l'étude de la nutrition des organes et des éléments, il fallait montrer que ces différentes nutritions se trouvaient sous la dépendance des systèmes généraux de l'organisme : le système sanguin et le système nerveux.

L'auteur, il nous semble, a négligé — mais de parti pris, sans doute, — ce second côté de la question. L'histoire des maladies « de la chair coulante », ne saurait constituer tous les processus morbides. Elle en renferme de grands sans doute, mais le système nerveux n'en est pas moins le théâtre de phénomènes présentant une pareille généralisation. La douleur est-elle un petit processus? et, ne faut-il pas donner une importance toute aussi grande aux processus morbides capables d'engendrer des convulsions, des contractures, de l'atrophie générale, etc. Mais il fallait pour cela faire une étude complète de la nutrition et étendre un sujet déjà assez long par lui-même.

Sauf ces restrictions, qui touchent beaucoup plus aux principes qu'aux détails, nous avons plaisir à dire que M. Picot a traité chaque question d'une manière complète. Le premier volume renferme 135 figures, représentant d'une manière très-heureuse des dessins d'appareils, des pièces d'anatomie pathologique, des tracés sphygmographiques ou thermométriques. Ajoutons que de nombreuses indications bibliographiques renvoient aux travaux les plus récents.

L'auteur n'a pas voulu que son livre s'adressât exclusivement à de jeunes étudiants. Ceux qui sont plus avancés dans leurs études, ceux, surtout, qui s'engagent dans la voie pénible des concours, trouveront dans ces volumes les précieux matériaux qu'ils sont obligés d'aller glaner d'un côté et d'autre dans les monographies ou les dictionnaires. Pour les praticiens, c'est l'occasion de revoir, d'une façon complète, les questions de pathologie générale qui se présentent tous les jours à leur observation.

L'École de Tours continue vaillamment la réputation qu'elle a due à Bretonneau et à Trousseau, et nous la félicitons de posséder un professeur aussi savant et aussi distingué que M. Picot.

A. LACASSAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 28 avril 1876 des concours seront ouverts à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes :

Le 23 octobre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine.

Le 30 octobre 1876, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie.

Le 1er avril 1877, pour un emploi de suppléant des chaires d'accouchement et de gynécologie.

Le 15 avril 1877 pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie.

Le 9 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

Le 14 novembre 1876, pour un emploi de chef des travaux chimiques.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leur famille, à

MM. les docteurs Gillaizeau, Cavoret, Révol, Dusouil, Roquefeuil, Menon, Charvel, Moulin, de la Motte et Boiteux.

— M. le docteur Cornil est nommé médecin du lycée Henri IV, en remplacement de M. le docteur Caffe, décédé.

— M. le docteur Bruel, médecin adjoint du lycée de Moulins, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Lejeune, décédé.

— M. le docteur Souchu-Servinière, ancien médecin du lycée de Laval, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

— M. le docteur Henri Lutier est nommé médecin de la Maison centrale de Clairvaux, en remplacement de M. le docteur Pontoire, décédé.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours d'anthropologie.* — M. le professeur de Quatrefages commencera son cours le mardi 9 mai 1876 et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Le professeur terminera cette année l'examen des questions générales et exposera les caractères généraux des races humaines pures et métisses.

Cours de botanique organographique et physiologie végétale. — M. Maxime Cornu, aide-naturaliste chargé du cours, commencera ses leçons le mercredi 10 mai 1876, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Ce cours aura pour objet l'étude anatomique et physiologique des organes végétaux servant à la reproduction. Deux conférences pratiques auront lieu les mercredi et vendredi de chaque semaine dans le laboratoire de botanique (rue de Buffon, 63) ; elles seront consacrées à l'étude de l'anatomie des organes qui font le sujet du cours.

Les personnes qui se proposent de suivre régulièrement ces conférences, devront se faire inscrire le mercredi 12 mai après la leçon.

Des excursions seront faites en vue d'étudier dans la nature les conditions de reproduction de certains végétaux inférieurs, qu'on ne peut se procurer dans les jardins botaniques.

— Le mardi, les leçons du cours de M. le professeur Bureau se font au laboratoire des Hautes-Études, rue de Buffon, 63, à midi.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. Luys reprendra ses leçons sur les maladies du cerveau dans leurs rapports avec la pathologie mentale, le dimanche 7 mai, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— *Cours particulier de technique microscopique.* — M. le docteur Latteux, sous-chef du laboratoire d'histologie des Cliniques, commencera un nouveau cours le lundi 8 mai, à quatre heures.

Ce cours comprendra trente leçons et aura lieu tous les jours dans le laboratoire. Il est essentiellement pratique et destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les expériences micrographiques et d'analyser les pièces que présente journellement la pratique médicale.

Ils seront donc exercés individuellement et répéteront eux-mêmes toutes les manipulations exigées pour l'examen microscopique des principaux tissus normaux pathologiques (pratique des coupes, dissections microscopiques, montage et conservation des préparations).

Des microscopes sont à la disposition des élèves.

On s'inscrit tous les jours, de midi à une heure, chez le docteur Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, ou à quatre heures, au laboratoire des Cliniques.

— *Policlinique.* — M. le docteur Berrut continue tous les jeudis ses conférences de gynécologie chirurgicale.

Le jeudi, à neuf heures du matin, consultations libres; à onze heures, leçon clinique libre. — Pour les leçons particulières, on s'inscrit tous les jours, de trois à quatre heures, rue de Bellechasse, 29.

— *Excursions scientifiques.* — M. le professeur Hébert, en son absence M. Velain, fera dimanche prochain, 7 mai, une excursion géologique à Argenteuil et Sannois. — Rendez-vous à la gare Saint-Lazare, à dix heures précises.

M. le professeur Daubrée, en son absence, M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera dimanche prochain 7 mai, une excursion géologique au Guépelle, à Montméliant, Mortefontaine, La Chapelle en Serval et Coye. — Rendez-vous à la gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures du matin, le train pour Surviliers-Luzarche.

M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 7 mai dans les forêts du Vésinet et de Saint-Germain. Rendez-vous à la gare de Saint-Germain (Saint-Lazare) où l'on prendra le train partant de Paris à dix heures et demie pour la station de Chatou.

M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 7 mai, au bois de Boulogne. — Rendez-vous à Passy, place de la Mairie, à onze heures.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 mai, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination de membres associés libres nationaux. — 2° Proposition de faire décerner tous les ans un prix par la Société. — 3° Ablation d'un cancer du sein et d'un lipôme ulcéré. — 4° Présentation d'instruments.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

La vie et ses attributs dans leurs rapports avec la philosophie et la médecine, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 2e édition, revue et corrigée. — 1 vol. in-18 jésus de 450 pages. Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Traité des tumeurs bénignes du sein, par Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, et Paul Coyne, lauréat des hôpitaux. — 1 vol. in-8° de 560 pages avec 2 planches en couleur et 32 figures dans le texte. Prix : 12 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, par P. Tillaux, directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris. — Deuxième fascicule contenant : *Colonne vertébrale, Cou, Membres supérieurs et Thorax.* — 306 pages gr. in-8° avec 73 figures tirées en noir et en couleur. Prix : 7 francs. — Le troisième et dernier fascicule contenant l'*Abdomen*, le *Bassin* et les *Membres inférieurs*, est sous presse. — Paris, 1876, P. Asselin.

De l'ablation du calcanéum en général et spécialement de l'ablation sous-périostée de cet os, par le docteur Eug. Vincent. — In-8° de 188 pages avec 3 planches. Prix : 5 francs. — Paris, 1876, George Masson.

Pathologie des tumeurs. Cours professé à l'université de Berlin, par M. R. Virchow, traduit de l'allemand par M. le docteur P. Aronssohn. — Tome IVe (1er fascicule), 1 vol. gr. in-8°. Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1876, Germer-Baillière.

Étude sur la mélancolie. Des troubles de la sensibilité générale chez les mélancoliques, par M. le docteur J. Christian, médecin de l'asile des aliénés de Montdevergnes. — 1 vol. in-8° de 225 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

1° Fièvre intermittente. Cachexie palustre et anasarque. — 2° Anesthésie chirurgicale par le chloral dans la cautérisation à la pâte de zinc et pour redresser une contracture de la jambe. — 3° Énorme kyste hydatique du foie, guéri par l'aspiration. Legs d'une poche hydatique par une mourante.

Parmi les malades qui sont entrées ou sorties cette semaine, il en est plusieurs dont l'état nous a offert un intérêt très-considérable et je vais résumer leurs observations de manière à vous montrer ce qui mérite de fixer vos souvenirs.

C'est d'abord un cas rare dans la première enfance de *fièvre intermittente paludéenne avec cachexie et anasarque :*

Cette enfant, âgée de deux ans, a été élevée dans le département de la Nièvre et n'est à Paris que depuis trois mois.

Elle a la fièvre intermittente sous forme d'accès irréguliers venant tous les jours ou tous les deux jours, tantôt le matin, tantôt le soir, débutant par un refroidissement très-marqué suivi de chaleur sans production de sueur. Elle a pâli progressivement sans maigrir et depuis huit jours tout son corps est, de la tête aux pieds, le siége d'une enflure considérable. C'est dans cet état qu'on l'amène à l'hôpital.

Le visage est extrêmement pâle, bouffi, œdématié aux paupières et les membres inférieurs sont le siége d'un œdème considérable qui conserve l'impression du doigt. Il n'y a cependant pas d'eau dans les plèvres et dans le péritoine, mais dans le ventre, sous les fausses côtes on trouve la rate tuméfiée, dure, facile à sentir avec la main, et qui a 8 centimètres sur 6.

Le sang examiné au microscope ne renferme pas plus de globules blancs que de coutume.

Les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, ne renferment pas d'albumine.

Le foie n'est pas volumineux et le cœur ne présente rien de particulier.

D'après les renseignements, cette enfant a des accès de fièvre irréguliers sous le rapport des stades et du type. Elle n'a que du frisson suivi de chaleur, mais pas de sueurs. L'accès revient à toute époque du jour sans avoir rien de régulièrement périodique. Elle est restée à l'hôpital pendant six jours sans avoir d'accès, puis il s'en est produit un qui a offert tous les symptômes que je viens d'indiquer.

Il en est ainsi dans la première enfance et c'est ce qui explique pourquoi la fièvre intermittente du premier âge est restée si longtemps sans description scientifique. A cet âge elle est difficile à reconnaître, car elle ne se traduit que par des malaises avec de la fièvre irrégulière, et à la longue un état cachectique plus ou moins grave. Rarement il y a des frissons et plus rarement encore de la sueur.

Chez cette enfant, il n'y a aucun doute sur le diagnostic. Lors même qu'elle n'eût offert aucun accès à notre observation, son teint, sa bouffissure, son engorgement splénique pouvaient suffire. A ces signes, on reconnaissait la cachexie palustre portée au degré le plus extrême et créant une situation évidemment très-grave. Ces cas rares à Paris sont très-communs en Sologne et dans les contrées où la fièvre intermittente est endémique. Ils expliquent la dépopulation de ces pays et sont une des grandes causes de la mortalité du premier âge.

Chez cette enfant, la situation est inquiétante pour la vie. Il est à craindre qu'elle n'entraîne la mort, mais elle peut cependant s'améliorer sous l'influence d'un traitement convenable.

C'est le cas ici de prescrire des bains stimulants, tels que les bains salés ou sulfureux et les bains additionnés de six gouttes d'essence de térébenthine, dissoute dans 20 grammes de teinture de quillaia.

Puis il faut faire matin et soir des frictions sur le ventre et dans les aisselles avec la pommade suivante :

Axonge . . . . 30 grammes.
Sulfate de quinine . . . . 3 grammes.

Cette pommade permet très-bien l'absorption de la quinine et donne de très-bons effets thérapeutiques.

Ensuite il faut donner tous les matins un paquet de sulfate de quinine de 5 centigrammes dans une cuillerée de café noir sucré.

Dans le jour on donnera une ou deux cuillerées à café de sirop de pyro-phosphate de fer, et, comme alimentation il faudra prescrire un peu de viande grillée saignante et de l'eau vineuse sucrée.

Si la marche des accidents peut être arrêtée, c'est avec ces moyens et non avec d'autres qu'on pourra y réussir. En tout cas, on peut avec leur aide compter sur une amélioration certaine.

— Nous avons ensuite au n° 56 une jeune fille entrée avec un *rhumatisme articulaire sub-aigu compliqué d'endocardite mitrale légère* qui, après guérison, est restée atteinte de contracture du genou droit avec flexion très-prononcée de la jambe sur la cuisse. Ces cas-là sont très-graves. Ils peuvent être suivis d'une difformité permanente. Les surfaces articulaires, maintenues dans une attitude vicieuse prolongée, se déforment et les muscles fléchisseurs de la cuisse, contracturés, sans mouvement, s'altèrent dans leur structure, pâlissent, deviennent granuleux, et il en peut résulter une fausse ankylose ou une ankylose qu'on doit à tout prix chercher à prévenir. En supposant même que l'ankylose soit inévitable, il est de règle de placer le membre dans une attitude convenable et de l'allonger, pour que, si la soudure vient à se faire, le membre puisse servir. Dans ces cas comme le redressement des membres qu'il faut placer dans une gouttière droite est très-douloureux, on anesthésie les malades avec les inhalations de chloroforme et on redresse pendant l'état anesthésique. Cela se fait journellement dans le redressement des contractures de la cuisse atteinte de coxalgie. J'ai donc dû anesthésier cette enfant pour vaincre la contracture des fléchisseurs de la jambe et du genou et pour redresser le membre sans douleur afin de la placer dans une gouttière droite.

Seulement, au *lieu de produire l'anesthésie par le chloroforme*, j'ai voulu l'obtenir *par le chloral*, 3 *grammes à l'intérieur* en une fois.

C'est un résultat qu'on n'obtient que chez les enfants, car chez l'adulte il est impossible, par répugnance de l'estomac, de donner des doses suffisantes pour arriver à l'anesthésie. Chez l'enfant qui supporte le chloral à merveille, et chez lequel, insi que je l'ai établi, on peut fai re toutes les opérations sans douleur, l'anesthésie est chose très-facile à produire avec la dose de 3 grammes.

Avant ma visite, on a donné cette dose en une fois et une demi-heure après nous avons trouvé l'enfant endormie et insensible. Nous avons pu alors redresser le membre, sans faire pousser un gémissement ni un cri, et une fois étendu il a été placé dans une gouttière droite. Seulement, comme vous avez pu le remarquer, il y avait une forte résistance à vaincre et l'anesthésie n'avait pas amené la résolution du membre contracturé. En somme, anesthésie de l'enfant par le chloral et redressement du membre sans douleur, tel est le cas intéressant que je signale à votre attention.

— Je vous parlerai maintenant d'une autre petite fille qui vient de quitter l'hôpital et qui était entrée avec un énorme *kyste hydatique du foie* que j'ai ponctionné à plusieurs reprises, après avoir établi des adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale au moyen des applications de pâte de Vienne, puis de pâte de zinc.

J'ai commencé par la pâte de Vienne, car la pâte de zinc n'entame pas la peau garnie de son épiderme. Ayant donc escharifié la peau à la partie proéminente du kyste, j'ai enlevé l'eschare pour ne pas perdre de temps à attendre la chute de cette partie mortifiée. J'ai aussitôt mis de la pâte de zinc, l'enfant étant anesthésiée par le chloral, et le caustique a produit son action pendant le sommeil anesthésique, sans provoquer les douleurs si violentes que détermine habituellement ce genre de cautérisation. Le lendemain, l'enfant de nouveau endormie par le chloral, j'ai enlevé l'eschare et remis un nouveau morceau de pâte de zinc qui a fait son effet sans douleur. De même les jours suivants, et quand j'ai supposé que l'adhérence était établie, j'ai fait une première aspiration du liquide du kyste. J'ai tiré 500 grammes de liquide, clair comme l'eau d'une carafe renfermant du chlorure de sodium, pas d'albumine, aucun débris organique, mais un petit dépôt dans lequel il a été impossible de découvrir des crochets d'échinocoques. Le liquide avait été filtré.

L'opération n'a été suivie d'aucun accident, mais le kyste s'est rempli et recommençant l'aspiration j'ai retiré du pus dans lequel j'ai trouvé des crochets d'échinocoques. Au bout de quelques jours nouvelle reproduction du liquide et nouvelle aspiration de pus. Puis le liquide ne s'est pas reformé et le kyste a disparu ; l'enfant était guérie.

C'est là un exemple rare de kyste hydatique, guéri par suppuration de la poche hydatique après plusieurs ponctions aspiratrices. Mais ici, la suppuration a été déterminée par l'opération. En effet, la première aspiration n'avait donné issue qu'à un liquide clair comme de l'eau et c'est à partir de la seconde que j'ai retiré du pus.

Une première remarque à faire ici, c'est que dans le liquide de la première ponction on n'a pas trouvé de crochets, recherche conseillée avec raison dans le but d'établir le diagnostic avec plus de précision. Si l'on faisait de la découverte de ces crochets la preuve de l'existence des hydatides, on voit combien il serait facile d'être induit en erreur.

L'autre remarque est celle-ci. La guérison a eu lieu sans que le kyste ait été vidé des poches hydatiques qu'il renfermait. La soustraction du liquide a pu suffire en amenant la mort des parasites et il faut admettre qu'après enlèvement du liquide et suppuration du foyer, le kyste est revenu sur lui-même en se rétractant et que tous les débris gélatineux des enveloppes se sont fondus dans la suppuration pour être enlevés par les ponctions ultérieures, ou bien, ce qui est plus probable, que ces enveloppes sont restées à l'état de corps étrangers dans la poche primitive. C'est là, selon toute vraisemblance, ce qui a dû arriver.

Quoi qu'il en soit, l'enfant a guéri et elle est sortie de l'hôpital sans garder d'engorgement ou de tumeur du foie, appréciables à la palpation.

Maintenant je vais vous faire voir des échinocoques entiers qui me sont arrivés d'une singulière façon, par héritage. C'est le legs d'une mourante et je suis heureux de le partager avec vous. Voici le fait : Il y a quelques jours une jeune femme de vingt-deux ans, phthisique, mourait de consomption à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon collègue Mesnet. Sentant approcher sa fin, elle raconta qu'elle avait été opérée par moi à l'âge de dix ans d'un kyste hydatique à l'hôpital Sainte-Eugénie, que je lui avais ouvert le ventre par les caustiques pour vider sa tumeur, que je l'avais fait mettre à quatre pattes pour tirer la membrane interne du kyste, qu'elle avait été guérie sans avoir souffert du ventre ni du foie, qu'elle désirait qu'on m'annonçât sa mort pour que je vienne examiner son foie, car cela devait m'intéresser. Il y avait quelque chose de touchant dans cette recommandation, qui était un acte de reconnaissance et la manifestation d'un esprit bien trempé, fort au-dessus du vulgaire. Mon collègue accepta la mission, me transmit les derniers désirs de la mourante, et j'ai été recevoir cet héritage anatomique, dont voici les détails.

En outre de la phthisie tuberculeuse, il y avait un foie gros, énorme, jaune clair, au-dessous duquel se trouvaient deux kystes pédiculés, étrangers à la substance hépatique, gros comme une tête d'enfant. Ces kystes, fibreux, légèrement mamelonnés, étaient le siége d'un faible frémissement hydatique. Ils se composaient l'un de la membrane fibreuse, d'une poche interne gélatineuse, épaisse, et à l'intérieur, d'une masse énorme d'acéphalocystes de divers volumes. Ces acéphalocystes

étaient formées d'une vésicule demi-transparente, opaline, remplie de sérosité limpide incolore, avec un dépôt de grains blancs aussi petits que ceux d'un sable fin dans lequel il y avait des quantités d'échinocoques.

Voici, dans ce vase, plusieurs spécimens de ces acéphalocystes sous le microscope, des échiconoques avec leur tête rentrée entourée de leur couronne de crochets. Chacun de vous a pu les voir pendant la visite et, comme il vous a été facile de le vérifier, ils ressemblent au dessin que je viens de faire sur le tableau.

A côté de ce kyste, dans lequel les hydatides étaient en bon état de conservation, il y en avait un autre tout aussi volumineux et dans lequel les acéphalocystes altérées, aplaties, détruites, macéraient dans un liquide puriforme verdâtre très-épais.

Ce fait est très-intéressant. Il vous montre un cas de kyste hydatique, vidé par l'ouverture de la tumeur, et guéri de façon à ne jamais faire souffrir la malade pendant une période de dix ans, puis deux kystes semblables, rudimentaires au moment de la première opération, s'étant développés plus tard, isolés du foie, parfaitement enkystés et pédiculés, flottant dans le péritoine, l'un en activité et l'autre dans sa période de régression. Rapproché de celui que vous venez d'observer dans ma salle, il montre l'ensemble de l'évolution des échinocoques dans l'organisme et les résultats immédiats et lointains de la ponction des tumeurs hydatiques. Il est évident que cette opération n'a de chances curatives que si le foyer est unique et qu'il faut autant de ponctions qu'il y a de poches à entozoaires.

CLINIQUE ODONTOLOGIQUE. — M. E. MAGITOT.

De l'éruption précoce des dents temporaires (1).

ÉRUPTION DES DEUX INCISIVES CENTRALES INFÉRIEURES AU DEUXIÈME JOUR DE LA NAISSANCE, EXTRACTION DE CES DEUX DENTS, HÉMORRHAGIE INCOERCIBLE, MORT.

(Observation et leçon recueillies par M. Th. DAVID, étudiant en médecine.)

II.

Les causes de l'éruption précoce nous échappent complétement. Nous ne pouvons admettre comme telles, avec certains auteurs, l'influence d'une suractivité vitale, fonctionnelle, attribut des constitutions robustes, par la seule raison que cette influence ne se fait pas sentir sur tout le système dentaire. D'autre part, il existe des faits de précocité observés chez des enfants débiles ou affectés de diathèse syphilitique, scrofuleuse, etc. Trousseau n'avait-il pas avancé que l'éruption est plus précoce chez les filles que chez les garçons?

Ordinairement les dents sorties avant l'époque physiologique effectuent régulièrement leur développement. Elles prennent peu à peu tous les caractères de la série à laquelle elles appartiennent, de telle sorte que, lorsque la première dentition est complétement effectuée, rien ne les distingue plus des autres : leur couleur, leur forme, leur position sont normales, et leur chute ultérieure se fait à la date ordinaire sans influencer l'époque d'apparition des dents permanentes.

Si donc on vient à les extraire, l'appareil dentaire de l'enfant reste incomplet pendant toute sa durée, et leur place est marquée par un vide sur le bord alvéolaire. Souvent le rapprochement des dents voisines arrive à combler ce vide à peu près complétement. Mais dans ce cas même, il est toujours facile de se rendre compte de leur absence en faisant l'appel de toutes les pièces qui doivent composer l'arcade dentaire.

Ces considérations nous amènent à conclure que les dents sorties de la mâchoire au moment de la naissance, ou avant le septième mois, appartiennent bien à la première dentition, et n'ont de particulier qu'une éruption anticipée de un à sept mois. Il ne faudrait donc pas, par une interprétation vicieuse de cette particularité, considérer ces dents comme constituant une dentition supplémentaire en même temps que prématurée.

L'homme n'a que deux dentitions, c'est là une loi à laquelle nous n'avons pu trouver encore une exception rigoureusement observée. Tous les cas de dentitions supplémentaires, rapportés par les auteurs, ne sont pour nous que des faits soit d'éruption précoce soit d'éruption tardive.

Nous croyons avoir suffisamment insisté sur le fait de l'éruption précoce et sur l'interprétation qu'il convient de lui donner. Cette anomalie du système dentaire mérite néanmoins d'attirer notre attention par les accidents qu'elle peut entraîner.

Nous ne voulons pas parler ici des accidents dits de dentition (phénomènes locaux, inflammatoires, accidents réflexes, sympathiques, etc.), qui peuvent survenir aussi bien avec l'éruption tardive qu'avec l'éruption normale. Ce que nous tenons à faire ressortir, et ce qui se rattache à l'observation que nous avons rapportée, c'est un ordre d'accidents que nous appellerons, à cause de leur siége, intra-folliculaires.

Comme l'éruption précoce elle-même, ces accidents trouvent, en effet, leur explication dans un trouble nutritif qui est venu frapper les éléments en voie de formation de l'organe dentaire. Ils se manifestent au sein des follicules dentaires par des désordres plus ou moins graves, au point d'en déterminer quelquefois la destruction. La poche folliculaire peut alors s'enflammer, devenir le siége d'un épanchement sanguin ou purulent, se gangrener, s'ulcérer et donner issue à son contenu.

C'est ainsi que dans un fait observé par M. Massé (1) d'éruption précoce des deux incisives centrales inférieures, il y a eu élimination des deux couronnes au travers d'une ulcération de la paroi folliculaire. Dans un cas rapporté par M. Guéniot (2), l'inflammation aboutit à un véritable abcès qui fut encore suivi de la rupture de la paroi et de la chute de la couronne. Sur un nouveau-né syphilitique, mort huit jours après sa naissance (3), M. Périer a constaté dans l'intérieur d'un follicule saillant sous la muqueuse, un épanchement sanguin (hématocèle du follicule dentaire). Dans des circonstances plus simples, et en l'absence de tout symptôme inflammatoire, il arrive qu'un ou plusieurs follicules sont projetés hors des mâchoires et se trouvent flottants dans la cavité buccale, tout en restant unis au maxillaire par une sorte de pédicule. On conçoit facilement tous les dangers auxquels ils sont exposés dans cette situation. C'est le cas de notre observation. Tel est aussi celui qui a été rapporté par M. Fauvelle, de Laon, sous le nom d'*ectopie du follicule dentaire* des incisives médianes inférieures chez un sujet mort-né (4).

Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne la conduite des praticiens en de telles circonstances, nous n'hésitons pas à déclarer que l'extraction des dents apparues à la naissance, conseillée par quelques auteurs et adoptée, dit-on, par certains praticiens anglais (5), serait, à notre avis, une méthode tout-à-fait

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 mai.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1874, page 500.
(2) *Ibid.*, 1875, page 30.
(3) *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1875, page 133.
(4) *Bulletin de la société médicale de l'Aisne*, 1874, page 85.
(5) Cartwright. *Transaction of the odontological society of Great Britain.* — London, 1863, p. 132.

désastreuse. Nous estimons d'ailleurs qu'elle a dû être indiquée empiriquement bien plus que pratiquée réellement.

Du reste, aucun argument n'a pu être sérieusement invoqué en sa faveur, et à l'exception de cas tout-à-fait exceptionnels, dans lesquels rentre le fait rapporté au commencement de cette étude, la gêne qu'une telle anomalie peut causer à l'enfant et la blessure du mamelon de la nourrice nous semblent vraiment illusoires. Ils sont dans tous les cas bien insignifiants à côté des inconvénients d'une opération, dont les moindres conséquences sont d'exposer un nouveau-né à tous les accidents de l'extraction, et de le priver, pendant toute la durée de la première dentition, des pièces qui peuvent être, pendant l'enfance, utiles au fonctionnement régulier de l'appareil dentaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 avril 1876. — Présidence de M. CL. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Vaccine anomale. — M. DUMONTPALLIER, à l'occasion du procès-verbal, met sous les yeux de la Société le moule du bras de l'enfant dont il a parlé dans la dernière séance, et qui a présenté une éruption anomale qu'il regarde comme des pustules d'auto-inoculation.

M. PARROT, en présentant également une pièce analogue, dit ne pas comprendre l'auto-inoculation admise, dans ces cas, par M. Dumontpallier. Il n'y a là, suivant lui, qu'un état vaccinal particulier dû à une éruption locale, et non à une nouvelle inoculation sur le même individu de la pustule primitive.

M. TRASBOT a vu très-souvent le même fait se produire chez le cheval, et il ne pense pas qu'il soit nécessaire d'admettre, en pareil cas, une auto-inoculation. Il a vu souvent des pustules de horse-pox se manifester deux ou trois jours après l'inoculation sur des parties éloignées, et plus particulièrement sur celles où la peau est fine. C'est là, suivant M. Trasbot, un état général et non le résultat d'une auto-inoculation. Le même fait se produit d'ailleurs sur les vaches où l'on voit des éruptions de pustules se développer au-dessus des pustules primitives, ce qui ne saurait s'expliquer par l'auto-inoculation. Si c'est là un fait exceptionnel chez l'homme, c'est, au contraire, un fait assez fréquent chez le cheval et même chez la vache.

M. LABORDE rappelle qu'on voit souvent des enfants, chez lesquels les inoculations ont été pratiquées un peu près les unes des autres, présenter, par suite de la confluence des pustules, un état analogue à celui dont a parlé M. Dumontpallier. Ce n'est dans ces cas qu'une question de proximité des pustules. Mais on voit assez souvent le même fait se produire dans des parties éloignées, autour de l'ombilique, ou aux jambes, par exemple. On doit admettre alors qu'il s'agit là d'un état général particulier.

M. CL. BERNARD fait observer que dans la vaccine il y a deux choses distinctes : un état local et un état général. Il rappelle, à cette occasion, les expériences de M. Chauveau sur le horse-pox ; s'il injecte le horse-pox sous la peau, il n'obtient qu'une éruption locale ; s'il l'injecte dans le sang, il obtient une éruption générale. Or, on peut admettre que l'action préservatrice obtenue par l'éruption locale empêche l'éruption générale de se produire. Si, au contraire, pour une raison ou pour une autre, l'éruption locale n'a pas été suffisante pour donner cette action préservatrice, alors après le cinquième jour survient l'éruption générale. Cette manière de voir semblerait expliquer quelques-uns des cas qui font l'objet de la discussion.

Action réflexe due à des injections intra-pleurales. — M. LÉPINE a pratiqué sur un chien curarisé des injections dans la plèvre droite ; chez cet animal, la température est montée, dans la patte du côté droit, de 17°,5 à 29°,5 ; elle a aussi monté dans la patte antérieure du côté gauche à 22°,5.

Dernièrement, M. Lépine avait dans son service un malade qui avait subi l'opération de l'empyème; chaque fois qu'on lui faisait des injections dans la plèvre, ce malade se plaignait de douleurs au niveau de la fistule, puis les membres du même côté devenaient parétiques, douloureux, et avaient fini même par présenter un certain état d'atrophie. Chez un autre malade, qui avait également subi l'opération de l'empyème, M. Lépine a observé une paralysie commençant par le membre supérieur et gagnant assez promptement le membre inférieur du côté correspondant à la lésion pleurale.

Ces faits, rapprochés de plusieurs autres analogues communiqués par différents auteurs, prouvent l'existence d'une action réflexe partant de la plèvre et retentissant sur les membres du côté correspondant.

M. LABORDE rappelle qu'il est des faits de troubles paralytiques, en particulier de déviation conjuguée des yeux, absolument inexplicables par l'examen le plus munitieux des centres nerveux, et qui sans doute doivent être rattachés à une action réflexe, analogue à celle dont vient de parler M. Lépine.

Ablation du cervelet, survie de l'animal, phénomènes consécutifs. — M. LABORDE présente, pour la seconde fois, une poule à laquelle il a enlevé complétement le cervelet il y a deux ans, et qui, après avoir présenté tous les phénomènes observés en pareil cas, a survécu sans présenter pendant deux ans aucun phénomène particulier. Au moment où M. Laborde allait en faire l'autopsie, pour en donner le résultat à la Société, il s'est aperçu que cette poule présentait aujourd'hui tous les caractères d'une hémiplégie droite complète. Il donnera prochainement les résultats de l'autopsie.

Dysménorrhée membraneuse. — M. DE SINETY rappelle que les auteurs ne sont pas tous d'accord au sujet de l'affection désignée sous le nom de dysménorrhée membraneuse ou d'endométrite exfoliatrice; pour les uns, c'est toujours le résultat d'un avortement, pour les autres, au contraire, ce serait une affection tout à fait indépendante de tout état de fécondation antérieure. Or, sur douze cas qu'il a pu examiner, M. de Sinety a trouvé douze fois qu'il s'agissait de débris de placentas. Il n'en conclut pas que la dysménorrhée membraneuse soit une maladie qui n'existe pas, mais il pense que c'est là une affection excessivement rare, relativement à la fréquence des avortements.

M. RENAUT, qui a également examiné un certain nombre de cas donnés comme exemples de dysménorrhée membraneuse, a presque toujours trouvé de même qu'il s'agissait de placentas. Dans un cas où on avait observé tous les symptômes de cette affection, il s'agissait de l'expulsion de toute la muqueuse du vagin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 6 mai 1876. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Structure des yeux composés des animaux articulés. — M. JULES KUNCKEL expose les résultats principaux de ses recherches sur la structure des yeux composés des animaux articulés, recherches qui ont eu pour base l'étude du développement des organes de la vision chez les insectes diptères.

Deux opinions sont en présence ; d'après l'une, le corps en forme de cône, situé au-dessous de chaque cornéule et qui a reçu le nom de cristallin, représente réellement un cristallin et en remplit les fonctions, le filet nerveux s'arrêtant à la pointe du cône ou l'entourant ; suivant l'autre le filet nerveux vient se perdre dans le prétendu cristallin qui en serait la véritable terminaison, la cornée jouant le rôle d'appareil dioptrique. La première opinion est admise, avec quelques nuances dans l'interprétation, par le plus grand nombre des histologistes, par Rudolph Wogner, Will, etc., et surtout par Max Schultze ; la seconde a pour défenseur Leydig. Ce dernier fait ressortir les rapports qui existent entre les bâtonnets de la rétine des vertébrés et les bâtonnets de l'œil composé des insectes et

des crustacés. M. Kunckel insiste sur ces homologies et démontre, d'après des observations faites sur les nymphes des diptères (*volucella*) alors que les pigments ne sont point colorés, que le filet nerveux ne vient pas se fondre dans le prétendu cristallin, mais qu'il le traverse; l'auteur assimile ce filet nerveux au filament de Ritter de la rétine des animaux vertébrés et compare le prétendu cristallin au corps vitré. L'hypothèse si séduisante soutenue par Max Schultz, ne peut donc pas être prise en considération, tandis que celle de Leydig, puisqu'elle reçoit confirmation, doit au contraire reprendre faveur, en ayant soin toutefois d'y apporter quelques modifications.

Albuminurie provoquée par des applications externes de teinture d'iode. — M. REGNARD, au nom de M. J. Simon et en son propre nom, rapporte quelques observations relatives à la présence, chez les enfants, d'iode et d'albumine dans les urines à la suite d'applications externes de teinture d'iode. (Voyez le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, n° 51, p. 406, de la *Gazette des Hôpitaux*.)

M. LABORDE fait observer qu'il est connu depuis longtemps que l'iode en badigeonnage peut être absorbé, même en assez grande quantité.

M. RABUTEAU dit que l'iode, administré en nature, produit souvent des accidents assez graves contre lesquels on ne se tient pas assez en garde, accidents que ne produit jamais l'iodure de potassium.

M. RENAUT fait observer que la plupart des phthisiques sont badigeonnés sans cesse avec de la teinture d'iode, et que cependant il est très-rare de voir un phthisique devenir albuminurique. Mais s'il est démontré, comme cela semble l'être d'après les faits observés par MM. Regnard et Simon, que l'iode en badigeonnage produit ainsi de l'albuminurie, il faut bannir à tout jamais ce médicament de la thérapeutique.

Pustules vaccinales. — M. TRASBOT appelle l'attention sur le fait suivant, qui ne semble pas avoir été signalé par les auteurs, bien qu'il ait dû certainement être observé par un grand nombre de vétérinaires : les pustules vaccinales secondaires si fréquentes chez certains animaux, chez les chevaux en particulier, ne sont jamais ombiliquées. Ce sont seulement celles qui sont le résultat direct de l'inoculation qui sont ombiliquées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RECTIFICATION

Coxalgies suppurées. — M. H. CAZIN nous prie, par une lettre en date du 30 avril, de nommer M. le docteur P. Perrochaud, médecin en chef de l'hôpital de Berck-sur-mer, comme collaborateur de sa communication sur les coxalgies suppurées (séance du 26 avril). C'est, au nom de M. Perrochaud, que M. H. Cazin a présenté les différents appareils dont nous avons donné la description.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. TRÉLAT présente, de la part de M. Landolt, une note sur un nouvel ophthalmoscope qui comprend sous un très-petit volume la série métrique complète des lentilles ophthalmoscopiques, par la superposition, au moyen de deux disques tournant l'un sur l'autre de vingt verres convexes et de trois verres concaves. Cet instrument ne tient pas plus de place que le petit ophthalmoscope de Liebreich.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société, de la mort de M. Charrière.

M. LE FORT, professeur de médecine opératoire, empêché par un devoir professionnel d'assister aux obsèques de M. Charrière, rappelle en quelques mots les services que cet éminent fabricant d'instruments a rendus à la chirurgie et les progrès dont elle lui est redevable.

VOTE

La Société procède au vote pour la nomination d'une commission chargée de prendre les mesures nécessaires pour provoquer la réunion à Paris d'un congrès scientifique ayant pour but exclusif de discuter des questions relatives à la chirurgie, sous le patronage de la Société de chirurgie de Paris, pendant l'exposition projetée de 1878, sont nommés : MM. Larrey, Verneuil, Le Fort, Trélat, Guyon.

RAPPORT

M. PÉRIER donne lecture d'un rapport sur deux observations d'*hydrorachis traité par la ligature élastique*, par M. Mouchez (de Sens). La première de ces tumeurs siégeait au niveau des vertèbres sacrées. Elle avait le volume du poing et descendait presque jusqu'au creux poplité. Sa surface d'implantation était large et la peau était amincie et distendue pendant les cris. Le jour même de la naissance, M. Mouchez fit une ponction qui fit sortir un demi-verre de liquide légèrement citrin. Le lendemain il sortait une sérosité sanguinolente. M. Mouchez fit alors la ligature élastique au moyen d'un anneau de caoutchouc. Le lendemain la tumeur était livide. Le troisième jour elle commençait à se sphacéler. Le quatrième jour l'anneau, revenu à son diamètre primitif, a glissé et le chirurgien le remplace par quatre points de suture élastique entrelacée. Le sixième jour, la plaie de la ponction est fermée, malgré les cris de l'enfant, et il ne reste plus qu'une plaie superficielle qui est pansée avec du vin aromatique et complétement guérie le dix-huitième jour.

La deuxième observation est relative à une petite fille qui portait à la région lombaire une tumeur de dix centimètres de longueur sur six de largeur, facilement réductible par la pression. La ligature fut faite sans ponction préalable. Le lendemain la tumeur était affaissée; le liquide suintait par les piqûres d'épingle; les mouvements des jambes étaient intacts. Les fils tombent le sixième jour. M. le rapporteur rappelle que des tentatives de traitement par cette méthode ont été faites par MM. Nicaise, Laroyenne, Polaillon en France, par MM. Atkinson en Angleterre et Ball en Allemagne. Il y a eu trois succès, un insuccès et deux morts. Les guérisons se produisent toujours dans les cas favorables où la tumeur siége à la région cervicale ou dorsale supérieure. Mais ce traitement semble inférieur à celui par les injections iodées, qui a donné à M. Morton sept guérisons et trois morts dont deux peuvent être attribuées à un état de maladie antérieur. La solution qu'emploie M. Morton est composée de vingt-sept pour cent d'iode, deux pour cent d'iodure de potassium et cent de glycérine, qui rend l'iode moins diffusible et localise mieux son action.

DISCUSSION

M. BLOT insiste sur l'inopportunité d'agir avant d'avoir observé ce que fera la seule nature, car ces tumeurs peuvent guérir spontanément par suite du développement des enfants, et le chirurgien n'a pas le droit de faire courir inutilement à ces petits malades le grand danger de cette opération.

M. POLAILLON croit aussi qu'il faut attendre pour opérer, surtout quand la poche semble formée par la peau et les enveloppes rachidiennes, car il peut arriver que ces dernières se sertisent et forment à la tumeur une enveloppe suffisamment résistante. Lorsque la tumeur siége à un endroit où elle peut être excoriée par les vêtements, l'opération est alors indiquée. Quant au choix du procédé, l'injection iodée est dangereuse quand la tumeur est réductible. Si cependant la communication avec le rachis n'existe plus ou est très-petite, on peut en espérer un bon résultat en faisant une injection et en retirant le liquide injecté. Par la ligature, il y a toujours danger de couper du tissu nerveux.

M. LARREY a vu un infirmier de l'hôpital Cochin âgé de vingt-sept ans qui portait depuis son enfance un hydrorachis. Il est partisan de la temporisation.

M. GUÉNIOT ne croit pas, comme M. Polaillon, qu'on puisse espérer obtenir par l'injection iodée une oblitération rapide du canal de communication, même lorsqu'il n'y a qu'une petite ouverture, car les bords de cette ouverture sont osseux ou cartilagineux, et ce n'est que le temps qui pourra l'obturer. Quant au danger de sectionner du tissu nerveux, il est très-grand, car il arrive souvent que les nerfs de la queue de cheval sont dissociés et éparpillés à la surface de la tumeur.

M. Guéniot rappelle que, dans une discussion récente, Giraldès avait fort bien établi le degré de gravité de ces tumeurs selon leur siége aux régions dorsale, cervicale et lombaire, ces dernières seules présentant de la gravité. Lorsque, par suite du développement de l'enfant, la communication interrosseuse n'existe plus, l'hydrorachis n'est plus qu'une simple tumeur cutanée.

M. DESPRÈS ne croit pas qu'on puisse considérer comme une guérison le cas cité par M. Mouchez, puisque l'oblitération n'a pas été obtenue. Il a déjà cité le fait d'un garçon de dix-huit ans, qui portait une hydrorachis sans que son développement en ait souffert.

M. HOUEL partage l'avis de M. Blot. Il a examiné avec Cruveilhier un très-grand nombre d'hydrorachis, et toujours ils contenaient des nerfs. M. Houël rappelle un fait qui est inséré dans les bulletins de la Société. Il s'agissait d'un malade âgé de quarante ans, présenté par M. Monod, et qui portait un hydrorachis de la région lombo-sacrée. Chez ce malade, la sensibilité de la région interne de la cuisse et du scrotum avait disparu.

M. POLAILLON. M. Brown (de Vienne en Autriche) a fait un mémoire sur les vices de conformation plus ou moins considérables que l'on observe chez les malades affectés d'hydrorachis.

M. LE RAPPORTEUR est partisan de la temporisation. Mais cependant, dans le premier des cas de M. Mouchez, le volume et l'état de la tumeur autorisaient l'opération. Quant au traitement par les injections iodées, sans avoir à ce sujet d'opinion encore bien faite, les observations anglaises semblent devoir les encourager.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à M. Mouchez, et de renvoyer ses observations au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

CINQUIÈME LETTRE.

LES UNIVERSITÉS DES ÉTATS DU SUD ET LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MUNICH EN PARTICULIER. (*Suite et fin*).

I

Vienne, 20 janvier 1876.

Monsieur le directeur,

Revenons à la Faculté de médecine de Munich, et achevons en terminant son examen, de jeter un dernier coup d'œil sur les universités des États du Sud, au sujet des quelles nous avons désiré donner un premier aperçu de la situation de l'enseignement médical en Allemagne.

L'Hôpital-Général, fondé au commencement du siècle par le roi Maximilien-Joseph Ier, est situé au sud-ouest de la ville de Munich, tout à fait à sa périphérie, où finit le faubourg Louis. Je n'insiste sur ce détail que pour noter que dans les villes allemandes, où la population varie de cent à deux cent mille habitants, les hôpitaux ne sont pas placés au cœur de la ville, et desservent cependant fort bien les quartiers centraux tout aussi bien que les faubourgs plus éloignés.

De vastes jardins entourent les divers bâtiments de l'Hôpital-Général, et au delà s'étend un magnifique champ de Mars, Theresien Wiese (le champ de Thérèse) (1), qui sert aux manœuvres militaires et aux fêtes locales, plus loin, au delà des bois et la campagne. Hygiéniquement parlant, la situation de l'hôpital est donc à Munich aussi bonne qu'elle peut être.

Suivant le système de division que je n'ai cessé de signaler depuis le commencement de cette étude, et qui prend à mes yeux une importance d'autant plus grande que je vois plus de Facultés allemandes, l'Hôpital-Général constitue la Faculté de médecine, du moins une partie de la Faculté de médecine, en tant que bâtiment destiné à l'enseignement de toute la pathologie : spéciale, interne ou chirurgicale. Les leçons de clinique s'y font, cela n'a point besoin d'être dit, mais comme chaque service est occupé par un professeur, il a par conséquent son amphithéâtre ou son auditorium (salle de cours), les cours théoriques se font aussi à l'hôpital : les examens s'y passent de même, en ce qui concerne la chirurgie et la médecine, car pour l'anatomie pathologique et la physiologie, etc., ils se passent dans les instituts destinés à l'enseignement de ces différentes sciences.

Tous les services de l'Hôpital-Général, disons-nous, sont occupés par les professeurs de la Faculté, car ainsi que nous aurons occasion de le dire plus tard, il ne se rencontre point dans les villes d'universités petites ou moyennes de corps de médecins d'hôpitaux, tels que celui de nos hôpitaux de Paris. A Munich, il existe un autre petit hôpital, tout à fait distant et distinct de la Faculté clinique, où les malades sont soignés par des docenten ou autres médecins n'ayant aucun titre dans l'enseignement officiel, et nommés simplement par la municipalité. C'est du reste là une question importante, sur laquelle on ne saurait passer légèrement ; nous y reviendrons, en parlant, dans une lettre ultérieure, du recrutement des professeurs dans les universités allemandes ou de l'ordre académique, *academicus ordo*, comme on dit ici.

Jusqu'ici, pour revenir à cet intéressant sujet de la division des chaires, de leur séparation matérielle, je n'ai point rencontré comme à notre grande Faculté de Paris, ces belles salles publiques, telles que notre *salle des thèses*, où se confèrent avec quelque solennité les degrés et diplômes. Le système français en offrant un véritable centre matériel et administratif, où se trouvent ses bureaux, ses salles de cours et la plupart de ses chaires, donne à l'idée de Faculté de médecine un véritable corps ; la Faculté de médecine allemande avec sa division de tous services existe un peu à l'état d'entité, c'est une collection d'instituts avec un grand hôpital où se donne l'enseignement véritablement médical (2). Ces observations ne sont point d'ailleurs de notre part une critique du système allemand : toute critique serait d'ailleurs injuste et déplacée ici en présence des beaux résultats que ce système a donnés par l'installation des laboratoires et des instituts où se peut seulement faire un enseignement pratique. On avouera cependant avec Cousin, qui faisait des observations analogues dans son rapport sur l'instruction en Hollande, que c'est une excellente et noble coutume de conserver dans les vieilles salles d'une Faculté, d'une Université, les images des hommes éminents qui ont bien mérité de leur temps et de la postérité. A cet égard, notre Faculté de Paris avec sa salle des thèses offre aux jeunes générations actuelles comme aux étrangers, un intéressant spectacle : les images de nos professeurs illustres, depuis ceux de l'ancienne Faculté jusqu'à la nouvelle, cette longue suite de portraits vénérés qui évoquent dans l'esprit tant de jours de travail, tant de veilles, tant de longs efforts pour le développement de la science, tant de belles et nobles vies, sont d'un salutaire effet sur celui qui visite seulement l'école où l'élève est destiné à y passer sa vie d'étudiant.

L'Hôpital-Général de Munich contient six cents lits. Chaque service comprend de cinquante à soixante lits environ ; chaque salle n'en comprend que douze. Le matériel est loin d'être de premier ordre : en ce qui concerne le lit lui-même, l'emploi du bois ne vaut rien,

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 avril.

(1) Nom de la reine, femme de Louis Ier.

(2) La bibliothèque médicale n'est généralement point comprise dans les instituts de la Faculté de médecine ; l'étudiant doit aller à la bibliothèque de l'Université ou à la bibliothèque royale : or ces deux établissements à Munich sont situés juste à l'opposé de la Faculté de médecine, de l'autre côté de la ville. C'est là un incontestable inconvénient.

et ce sont cependant des lits en bois qui servent ici à Munich, comme nous les verrons encore servir au grand hôpital général de Vienne. Le matériel de nos hôpitaux de Paris n'a point de rival ici; il reste pour nous ce que l'on peut voir de mieux.

Deux grands services de clinique ont surtout fixé notre attention, le service de clinique médicale de M. le professeur de Ziemssen, et le service de clinique chirurgicale de M. le professeur de Nussbaum.

M. le professeur de Ziemssen était il y a deux ans à la Faculté d'Erlangen, directeur des études cliniques, il occupe aujourd'hui la même situation à la Faculté de Munich; il est originaire de la Prusse; mais on sait que les professeurs, quelle que soit leur nationalité, sont indistinctement appelés dans le Nord, dans le Sud, de Saxe en Autriche, et d'Autriche dans les provinces du Rhin. Ce système n'a sans doute pas médiocrement contribué à imprimer une grande vigueur au mouvement unitaire et à affirmer dans toute l'Allemagne l'influence de la nation qui y domine aujourd'hui en véritable maîtresse. Quand nous traiterons des universités autrichiennes, c'est un point qui ne devra point être négligé.

Cliniquement parlant, le nom de M. de Ziemssen jouit d'une haute considération dans le monde médical, et sa situation à Munich est à tous les points de vue des plus brillantes. Nous n'insisterions point sur ces détails qui peuvent paraître tout d'abord étrangers à la pure question d'enseignement, mais qui, accompagnés des quelques considérations suivantes, paraîtront peut-être moins hors de propos.

Quand on envisage la situation des professeurs ordinaires, extraordinaires et même celle des docenten, c'est une question qui se présente naturellement à l'esprit. Comment, avec le système de mutations fréquentes appliqué au recrutement des professeurs de médecine dans les universités, peut-on concilier les devoirs de l'enseignement et les intérêts de premier ordre engagés dans la pratique privée, dans la clientèle? Tel ordinaire, tel extraordinaire, tel docent même a conquis dans la ville universitaire, où il s'est d'abord fixé, par son activité, son savoir, ses publications, une réputation légitime; les malades sont venus à lui; il a une clientèle en un mot. Cependant, comme il s'est voué à l'enseignement, le voici appelé, nous supposons, de Bâle à Tubingue. Bâle est, au point de vue universitaire médical, une petite université, mais c'est aussi une ville fort riche, un grand nombre de particuliers, de commerçants sont millionnaires, et on peut parfaitement admettre que notre docent ou notre extraordinaire a une clientèle fructueuse. Cependant ce jeune professeur, choisi par un conseil académique, n'hésite le plus souvent pas, il accepte cette situation nouvelle parce qu'on lui offre un poste plus élevé dans la hiérarchie universitaire, ou parce que l'université est plus considérable : il laisse là les avantages positifs, actuels et certains de sa clientèle.

Pour se rendre un compté exact de l'importance de cette question, il faut avoir vu de près le désarroi jeté dans la plupart des carrières médicales de nos compatriotes de Strasbourg par l'installation du personnel allemand dans cette ville, et par la retraite forcée des professeurs et des agrégés de notre Faculté française dans la ville de Nancy.

Il a paru nettement alors que ce n'était point une chose indifférents de recommencer, ou simplement de commencer dans un milieu, sinon étranger, du moins nouveau, à refaire l'ouvrage auquel on avait déjà consacré plusieurs des plus belles et des plus laborieuses années de sa vie. Les agrégés de la Faculté de Strasbourg (nous laisserons de côté les titulaires des chaires dont le mérite, soutenu de l'âge, pouvait s'imposer) pour ne parler que des médecins les plus jeunes forcés d'émigrer, ont dû à Nancy, au milieu des médecins nancéiens, en possession eux aussi de clientèles honorablement acquises, songer à se faire une place, et ce n'est sans doute point sans de durs efforts qu'ils y sont parvenus ou y parviendront.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales, par le docteur P. Budin, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Maternité. — Grand in-8° avec 10 figures sur bois intercalées dans le texte et 37 planples, dont une en chromolithographie. Prix : 10 francs. — Paris, 1876, Octave Doin.

Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées, par P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon, et A. Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage, directeur des *Annales de dermatologie.* — 1 vol. petit in-8° de 887 pages. Prix : 9 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Leçons sur les kératites, précédées d'une Étude sur la circulation, l'innervation et la nutrition de l'œil et de l'exposé des divers moyens de traitement employées contre les ophthalmies en général, par M. F. Panas, chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie; rédigées et publiées par H. Buzot; revues par le professeur. — 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. Prix : 4 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur l'emploi des bougies de Beniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, de la blennorrhagie chronique et de la contracture douloureuse du col de la vessie, par le docteur le Garrec. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1876, A. Coccoz.

Mort apparente, et victimes ignorées par le docteur Baillet. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 55. — JEUDI 11 MAI 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 11 MAI 1876. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de deuil... Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, M. le président Chatin a appris à l'Académie la triste nouvelle de la mort de deux de ses membres titulaires éminents, M. Béhier de la section d'anatomie pathologique, et M. Buignet de la section de pharmacie, morts tous deux avant l'âge et laissant tous deux un vide dans la science et dans l'enseignement et de profonds regrets parmi leurs nombreux amis.

Il n'est aucun de nos lecteurs à qui il soit nécessaire de rappeler les titres de M. Béhier à tous nos regrets et de donner la mesure de la perte que fait en lui le corps médical. M. Béhier laissera certainement un vide à l'Académie où il avait pris rang, depuis sa nomination en 1866, parmi les orateurs qu'on aimait à entendre dans les discussions sur les questions de pathologie et de thérapeutique qu'il affectionnait particulièrement. Mais c'est surtout à la Faculté de médecine, c'est à l'amphithéâtre et dans les salles de clinique de l'Hôtel-Dieu que son absence se fera le plus longtemps sentir. M. Béhier était surtout et avant tout professeur. L'enseignement, soit écrit, soit oral, a pris la plus grande et la plus belle partie de sa vie. Ce n'était pas seulement pour lui un devoir qu'il accomplissait avec la plus scrupuleuse exactitude, c'était une vraie passion à laquelle il satisfaisait; et depuis la publication du premier volume du *Traité de pathologie interne*, fait en collaboration avec son collègue et ami M. Hardy, et ses premières leçons soit comme agrégé, soit comme médecin des hôpitaux, jusqu'à la dernière conférence clinique qu'il a faites à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, alors qu'il avait déjà presque un pied dans la tombe, conférence qui a été publiée récemment dans la *Gazette* par les soins de l'un de nos collaborateurs, M. Béhier n'a cessé de mettre tout son savoir, sa vive intelligence, ses enthousiasmes, ses élans passionnés pour tout ce qu'il croyait juste et vrai, jusqu'à ses objurgations contre ceux qu'il croyait dans l'erreur, sa verve et son style chaud et coloré, en un mot, toute son ardente nature au service de l'instruction de ses élèves. Aussi ces élèves, qu'il aimait... jusqu'au châtiment, quand leur intelligence paresseuse ou leur mémoire rebelle ne répondaient pas aux incitations et aux appels multipliés qu'il leur faisait, seront-ils les premiers, nous en sommes convaincu, à apprécier toute l'étendue de la perte qu'ils viennent de faire; et nous nous associons pleinement, pour notre part, nous qui avons si souvent assisté aux exercices cliniques auxquels leur maître les dressait avec tant de zèle, à leur douloureuse sympathie.

M. Buignet, pour n'avoir eu, aux yeux de nos lecteurs, ni un nom aussi éclatant, ni une carrière aussi brillante que M. Béhier, n'en laissera pas moins également un vide dans la science qu'il a toujours cultivée avec succès et une trace profonde dans le souvenir de ceux qui ont été à même d'apprécier l'étendue de son savoir, la rectitude et la netteté de son esprit, la solidité de son commerce, la droiture et l'aménité de son caractère. Professeur aussi et professeur éminent à l'École supérieure de pharmacie, M. Buignet était arrivé à l'Académie de médecine en 1868, où il avait conquis sa place par de nombreux travaux de chimie, dont quelques-uns ont été faits en collaboration avec son vénéré maître et depuis son collègue M. Bussy, travaux remarquables non-seulement par les résultats des analyses délicates qui en ont été l'objet, mais encore par la simplicité et l'exactitude des procédés analytiques qu'il a mis en usage. M. Buignet prenait peu part aux discussions de l'Académie qui portent rarement d'ailleurs sur les sujets spéciaux de ses études; mais les rapports qu'il y a faits sont généralement marqués au coin d'une science et d'un bon sens d'une égale solidité.

La triste circonstance de la presque simultanéité de ces deux pertes ne justifiait que trop la proposition faite par le président de lever la séance en signe de deuil. La séance n'a pu être levée, toutefois, qu'après le scrutin qu'appelait l'ordre du jour pour la nomination d'un associé national. Justice a été rendue enfin, cette fois, à M. Jules Roux (de Toulon) à qui l'Académie, comme pour le dédommager du long stage qu'elle lui a fait faire, a donné hier une belle majorité.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Béhier.

Cancer de l'estomac.

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

I

En clinique, il est indispensable de revenir bien souvent sur les mêmes maladies, parce que ce à quoi elle doit servir plus particulièrement, c'est à montrer les formes diverses, les

nuances sous lesquelles, celles-ci sont susceptibles de se présenter. Dans les cours de pathologie on accumule dans un chapitre spécial, tous les signes, tous les caractères propres à la maladie, et on les présente dans leur ensemble. Mais il faut bien savoir que cet ensemble n'est en quelque sorte qu'une résultante, qu'il ne faut jamais s'attendre à rencontrer en clinique. C'est pourquoi je crois devoir revenir aujourd'hui sur un sujet que j'ai souvent eu occasion de traiter devant vous et sur lequel je reviendrai probablement souvent encore, parce que c'est une maladie commune, que les différents exemples que l'on en rencontre se ressemblent bien tous, mais seulement par les points les plus saillants, et qu'il est bon de vous présenter cette affection sous toutes ses faces et avec toutes ses nuances. Je veux parler du cancer de l'estomac.

Voici, à ce sujet, l'observation d'un malade actuellement couché au n° 10 de la salle Sainte-Jeanne, où il est entré le 18 mars 1876. C'est un homme de soixante ans, exerçant la profession d'imprimeur. Son père est mort d'accident, sa mère a succombé à quatre-vingts ans, aux suites d'une affection chronique qui dura plusieurs mois et fut accompagnée d'hydropisie.

A l'âge de trente ans, il eut une affection de la peau, un pemphigus, dit-il, qui dura trois ans et ne reparut jamais depuis cette époque.

Au sortir du service militaire, il éprouva, pendant quelques années, des troubles de l'estomac qui paraissent le résultat d'excès alcooliques. Ces troubles disparurent et, depuis cette époque, le malade déclare avoir été d'une sobriété absolue.

Des hémorrhoïdes, survenues dans ces dernières années, se tuméfient à des époques irrégulières et donnent lieu à de petites hémorrhagies. Ces dernières n'ont jamais été assez fréquentes ni assez abondantes pour expliquer la cachexie actuelle, ni même pour y contribuer.

La maladie actuelle aurait débuté il y a neuf mois par un manque d'appétit, un dégoût prononcé pour la viande, des vomissements de matières muqueuses, filantes, revenant surtout le matin, mais fréquemment aussi dans la journée. Plus tard les vomissement furent alimentaires, quelquefois bilieux. Il y a quatre mois survint un vomissement de sang pur, rutilant (un quart de litre environ). Jamais il n'y en a eu d'autre, soit de sang pur, soit de sang altéré par les sucs digestifs.

Depuis le début de l'affection, les forces du malade ont progressivement décliné; dans ces dernières semaines, il a constaté l'existence d'un léger œdème au niveau des malléoles, œdème qui n'apparaissait que le soir.

Cet affaiblissement croissant l'obligea à entrer à l'hôpital le 18 mars.

État actuel, 21 *mars*. — Le malade est pâle; il présente une teinte jaunâtre, cachectique; l'amaigrissement est très-marqué; les muqueuses labiale et oculaires présentent une décoloration manifeste. Un léger œdème des malléoles, existant le jour de l'entrée, a disparu sous la seule influence du repos.

L'apyrexie est complète.

La langue est normale, la soif assez vive. L'appétit est notablement diminué : une portion suffit au malade.

Pas de douleurs spontanées à l'estomac, mais après l'ingestion des aliments, sensation de pesanteur à l'épigastre, et, malgré la petite quantité d'aliments pris à chaque repas, la digestion stomacale dure toujours plusieurs heures.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade n'a eu d'autres vomissement que des pituites survenant à des intervalles irréguliers.

La pression exercée sur l'épigastre ne produit aucune douleur.

La palpation révèle à la partie supérieure droite de l'épigastre, au dessous des côtes, une tumeur assez volumineuse mais qui, placée sous le muscle droit de ce côté, n'est pas délimitée d'une façon bien accentuée. Elle est positive et a le volume du poing d'un fœtus; ses bords sont mousses et disparaissent graduellement. Elle n'est pas mamelonnée, mais on constate très-nettement que c'est bien une tumeur et non pas le muscle droit. Elle n'est pas très-mobile.

L'estomac n'est nullement distendu par des gaz; la pression permet de reconnaître que la matité constatée donne bien à la tumeur le même siége et le même volume que la palpation indique.

Enfin, depuis une quinzaine de jours, il est survenu de la diarrhée ; le malade a quatre à cinq selles par jour, liquides, bilieuses, ne contenant jamais ni sang pur ni sang altéré; pas de coliques.

Le volume de l'abdomen est normal; pas d'épanchement ascitique.

La matité du foie et celle de la rate sont normales.

Aucun trouble des appareils nerveux, circulatoire et urinaire.

On ne constate en particulier aucun phénomène nerveux permettant de croire que le malade soit alcoolique.

Aucun trouble de l'appareil respiratoire, jamais le malade n'a eu ni toux ni crachats, et l'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anormal.

Vous voyez, en présence de cet ensemble de symptômes, que l'élimination, dont je vous ai parlé dans une de nos précédentes séances, employée comme moyen de diagnostic se fait vite et que tous les phénomènes se concentrent vers l'estomac. Il y a bien un signe, la diarrhée, qui pourrait attirer l'attention du côté de l'intestin, mais c'est un fait récent survenu dans le cours d'une maladie ancienne, et avec lequel il n'y a pas à compter ici.

Dans ce cas, encore, nous avons affaire à une affection apyrétique : le malade n'a point de fièvre; il n'en a même jamais eu. Il n'a pas non plus de douleur spontanée ou provoquée; il accuse seulement, après l'ingestion des aliments, une sensation de pesanteur, une gêne, un malaise qui indiquent bien que l'estomac fonctionne mal, mais non pas qu'il soit le siége d'une inflammation. Il n'a pas davantage, dans l'intervalle des repas, de phénomènes qui indiquent la stimulation de la muqueuse, tels que le pyrosis; il a seulement un mauvais fonctionnement de l'estomac et, de temps en temps, des vomissements muqueux.

Enfin l'exploration de l'abdomen révèle la présence d'une tumeur volumineuse, mousse quant à ses bords, immobile, complétement libre d'adhérence avec le foie, lequel n'a subi d'ailleurs aucune espèce de déformation. En réunissant, en concentrant ces différents signes, on ne saurait donc incriminer chez ce malade une autre affection qu'un cancer de l'estomac.

Étudions en effet la marche de la maladie. Ici, les antécédents héréditaires sont nuls, mais vous savez qu'ils ne sont pas une nécessité et notre malade nous en offre un exemple. Son père est mort d'accident, sa mère a succombé à l'âge de quatre-vingt ans, à une maladie lente qui s'est accompagnée d'hydropisie, mais qui ne saurait être un cancer, car une affection de cette nature ne l'aurait pas laissé vivre jusqu'à un âge aussi avancé. C'est ordinairement vers l'âge de quarante, quarante-cinq, cinquante, soixante ans même que débute le

cancer et son évolution ne dépasse guère deux ans. Aussi, chez cette femme, est-ce évidemment une affection cardiaque qui a entraîné la mort et je suis convaincu que l'hydropisie qu'elle a présentée n'était autre que l'anasarque qui accompagne les maladies du cœur.

A trente ans, cet homme dit avoir eu un pemphigus qui aurait duré trois ans. Vous savez que cette affection consiste dans une éruption de bulles considérables, se développant en différents points de la peau sans siége particulier, et s'accompagnant de phénomènes spéciaux du côté de l'intestin, diarrhée, troubles gastro-intestinaux tellement graves qu'ils peuvent entraîner la mort du malade. D'autres fois les choses se passent d'une façon plus bénigne, mais jamais cette maladie n'a une durée aussi longue que celle que lui assigne cet homme. Il est probable qu'il a eu tout simplement un eczéma qu'une erreur de diagnostic a fait prendre pour un pemphigus.

Si nous examinons un peu ce qu'a été la vie de ce malade, nous voyons que durant le temps qu'il est resté au service militaire, il a abusé de l'alcool et que après son congé, pendant plusieurs années, il a éprouvé des troubles gastriques caractérisés par des renvois, des nausées, de la pituite, etc., bien que cependant il eut complétement renoncé aux excès alcooliques. Évidemment, à ce moment, l'organe, sous l'influence de ces abus, a subi un certain degré d'altération et la maladie dont il a été alors le siége peut-être considérée comme ayant préparé l'état actuel. Plus tard, l'évolution s'est faite sous l'influence de l'âge et de l'état antérieur de l'estomac.

Cette évolution a été classique, quant aux phénomènes. Notre malade a éprouvé tous les symptomes, tels qu'ils se présentent généralement dans le cancer de l'estomac : rapports gazeux, éructations faciles, pituite, c'est-à-dire vomissements muqueux le matin, plus tard vomissements alimentaires. Une fois, au dire du malade, les matières vomies contenaient du sang rouge, mais jamais elles n'ont présenté cette altération particulière du sang qui l'a fait comparer au marc de café, à de la suie délayée dans de l'eau.

Autrefois, on considérait ces vomissements noirs, comme une sécrétion particulière de l'estomac, mais il est acquis aujourd'hui que cette matière noirâtre, bistreuse qu'on rencontre dans les vomissements des cancéreux n'est autre que du sang exhalé de la surface ulcérée et qui a subi le contact des sucs gastriques de l'estomac. Il est facile du reste, de se convaincre expérimentalement de la réalité de ce fait. Voici dans cette éprouvette du sang auquel nous ajoutons quelques gouttes d'une liqueur analogue aux acides de l'estomac. A peine le mélange est-il fait que vous voyez se produire la coloration marc de café que je viens de vous signaler. Répétez cette expérience dans un milieu à température élevée, ajoutez à ce sang une certaine quantité de mucus, de principes albumineux, qui s'échappent du point ulcéré et vous obtiendrez alors cette partie caillebottée, strumeuse qu'on rencontre aussi dans cette maladie. Le vomissement marc de café veut donc dire hémorrhagie, se faisant lentement, de façon que le sang puisse subir le contact des acides de l'estomac.

En même temps notre malade a maigri; il a pris une teinte jaune cachectique et les malléoles sont devenues le siége d'un léger œdème dû à la cachexie. Quant à celle-ci, elle est évidente : elle est liée à l'appauvrissement du sang. Aussi n'est-elle pas seulement propre au cancer. On la retrouve dans la chlorose, dans l'anémie aiguë, toutes les fois enfin qu'il se fait une combustion considérable de globules, sans réparation suffisante des hématies. Chez notre malade, le procédé de Malassez nous a donné la mesure de cet appauvrissement du sang : au lieu de quatre millions d'hématies (nombre rond), par millimètre cube que renferme le sang normal, nous n'en avons trouvé que deux millions dix sept-mille, environ la moitié. Mais ce résultat n'a rien qui doive vous étonner car, comme je viens de vous le dire, non-seulement cet homme consume ses globules, mais encore, l'estomac fonctionnant mal, il lui est impossible d'en refaire de nouveaux.

Il y a plus : vous verrez des femmes atteintes du cancer de l'utérus, ayant des hémorrhagies extrêmement abondantes mais chez lesquelles les digestions continuent à se faire avec facilité, avoir malgré leurs pertes, plus de globules dans le sang que des individus affectés de cancer de l'estomac, n'ayant que peu ou point de vomissements sanglants mais ne pouvant pas fabriquer d'hématies.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes.

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

I

Monsieur le président, Messieurs,

Avant d'aborder mon sujet, permettez-moi d'adresser mes plus sincères remerciements au Conseil de ce Collége, pour l'insigne faveur dont il m'a honoré en me nommant votre professeur de pathologie et de chirurgie. C'est une distinction flatteuse que d'avoir été jugé digne de succéder aux nombreuses illustrations chirurgicales qui ont professé ici la chirurgie. Je sens fort bien que mes travaux me donnent bien peu de titres à un pareil honneur, et je sens plus fortement encore la difficulté de me tenir à la hauteur d'une pareille tâche. Votre indulgence seule pourra suppléer à mon insuffisance. Mais si peu que je puisse faire, je vous donne l'assurance que je le ferai consciencieusement et honnêtement. J'espère que vous n'aurez pas à m'accuser d'avoir abusé de la position où vous m'avez élevé, pour émettre des théories hasardées ou pour conseiller un traitement téméraire plus dangereux que la maladie qu'il aurait la prétention de guérir. Mon sujet me conduira à vous parler de quelques-unes des grandes exigences de la chirurgie, de lésions extrêmement graves des grands canaux de la circulation, maladies qui ont jusqu'à ce jour défié nos efforts les plus énergiques, et qui, jusqu'à une époque relativement récente, étaient à peine l'objet d'un traitement chirurgical. Je m'efforcerai de vous donner, s'il est possible, un aperçu de ces affections moins sombre que celui qu'on en donne souvent; de vous prouver que quelquefois du moins la chirurgie peut les maîtriser; et, tout en me renfermant dans mes attributions de professeur de pathologie et chirurgie, de vous montrer que quelques-unes des méthodes modernes reposent sur une base pathologique raisonnable. Ceci admis, il n'y a pas de doute que leur application ne soit parfaitement justifiée. Cependant, il ne faut pas croire que je place ces moyens au même niveau que ceux qui sont ordinairement employés dans les anévrysmes externes; ces derniers ont une action qui nous est connue, et la pratique nous en a démontré l'efficacité. Les moyens employés dans les anévrysmes thoraciques et abdominaux dont j'ai à vous parler, sont pour le moins des remèdes douteux appliqués à des affections à peu près incurables. Les praticiens qui les emploient doivent s'attendre à de fréquentes déceptions, et même je le crains, à plus de revers que de succès, humiliant contraste avec les résultats brillants fournis par beaucoup d'opérations.

Mais ce ne doit pas être pour nous un motif d'abstention. Notre art ne peut progresser qu'en faisant face aux difficultés et non pas en les évitant; et si nous pouvons réussir à soulager même un petit nombre des infortunés en proie à d'aussi cruelles affections et à les sauver d'une destinée inévitable de toute autre manière, les sentiments d'humanité et de devoir professionnel nous imposent l'obligation de faire cette tentative, quelque difficile qu'elle puisse être, quelque mortifiant qu'en puisse être le résultat.

C'est pour plusieurs raisons que j'ai choisi pour sujet de ces leçons *le traitement chirurgical des anévrysmes en général* : 1° en partie, parce qu'il y a longtemps que ce sujet n'a été traité dans ce Collége, et que depuis, de remarquables progrès ont été faits, on pourrait même dire qu'une véritable révolution s'est faite dans la pratique chirurgicale; 2° en partie, à cause des doutes et des différences d'opinion qui existent encore sur beaucoup de questions relatives à ce sujet; 3° enfin parce qu'il y a tant de matériaux intéressants et instructifs épars dans la littérature médicale, dans notre musée, dans les divers musées de Londres et d'ailleurs, que si je puis réussir à les condenser en un tout intelligible, j'espère pouvoir jeter un peu de lumière sur certaines questions encore obscures.

Votre profession, Messieurs, est, je crois, plus qu'aucune autre, exempte de cette misérable jalousie de nation à nation, d'école à école, qui entrave les progrès de la science dans beaucoup de ses branches. Nous sommes toujours heureux de recevoir un perfectionnement pratique, que son origine soit anglaise, continentale, américaine ou asiatique. Mais nous ne devons pas être indifférents à ce que la chirurgie anglaise conserve la place que nos pères lui ont faite; et ce ne serait qu'une juste humiliation si les chirurgiens anglais, de maîtres devenaient élèves. Grâce à Dieu, il n'en est rien; bien que nous soyons heureux d'apprendre de qui que ce soit, nous pouvons encore dire avec vérité qu'une grande partie de ce qui a été enseigné au monde entier dans les temps modernes, sur l'art de la chirurgie, a été enseigné par des membres de ce Collége. J'ai à peine besoin de rappeler que les grands maîtres à qui l'on doit les deux principaux perfectionnements de la chirurgie moderne, — la résection des articulations et l'ovariotomie, — siégent dans notre conseil. Il en est de même de la branche de la chirurgie qui m'occupe en ce moment. Les chirurgiens étrangers ont apporté au traitement des anévrysmes leur contribution, qui n'est pas sans valeur; mais la plus grande part appartient et devait appartenir aux successeurs et aux élèves de John Hunter. De même qu'il est l'auteur de cette grande invention grâce à laquelle on a pu traiter efficacement les anévrysmes, de même c'est par ceux qui furent instruits dans son école que furent émises les idées qui en ont rendu le succès plus fréquent. Il est vrai que le traitement des anévrysmes s'est perfectionné depuis Hunter; mais quiconque étudie le sujet, peut voir qu'il y a peu de perfectionnements, excepté l'anesthésie, dont les germes ne se trouvent pas dans les opérations ou les écrits de ces illustres chirurgiens de l'école de Hunter, dont les bustes ornent notre vestibule et dont la mémoire éternelle est le bien le plus précieux de notre Collége.

Le même sujet a été traité ici, il y a quarante-trois ans, par M. Guthrie dans les célèbres leçons qu'il fit comme professeur d'anatomie et de chirurgie, et qui ont fourni la substance de son ouvrage sur les *maladies et les blessures des artères*. Cet ouvrage est devenu un de nos livres classiques, et il a ajouté un nouveau lustre au nom de l'un des plus illustres chirurgiens de l'Europe. Mais si admirable et si complet qu'ait été ce livre à l'époque de sa publication, il est devenu aujourd'hui un peu ancien en ce qui concerne le traitement des anévrysmes. Ainsi, bien que le traitement par la compression eut en sa faveur de grandes autorités, bien qu'il ait été expérimenté par Hunter, bien qu'il fût fortement recommandé par Freer, il était encore à l'état d'enfance, et Guthrie ne lui accorde que quelques paroles dédaigneuses. L'opération du côté de la périphérie est, à la vérité, traitée plus au long, mais sur des données imparfaites et avec un résultat que nous ne pouvons pas considérer comme satisfaisant. En somme, la conclusion à laquelle il nous conduit est que, un anévrysme qui ne guérit pas par l'opération de Hunter, est, à peu d'exceptions près, absolument incurable. Tout cela a bien changé depuis que les chirurgiens de Dublin ont montré comment on applique la compression à un degré supportable sans chloroforme, de façon à provoquer la coagulation partielle. Guidés par cette idée fertile, les chirurgiens du monde entier se sont mis à la recherche de moyens nouveaux et plus doux pour guérir les anévrysmes poplités et autres. Nous avons vu avec étonnement réussir ce moyen si simple de la flexion du membre dans les anévrysmes poplités. Par ce moyen, cette redoutable affection est quelquefois guérie en un ou deux jours, par un simple changement de position, si léger qu'il n'occasionne au malade qu'une gêne insignifiante, sans douleur ni danger. Chose plus étonnante encore peut-être, nous avons vu le grand changement introduit dans la pratique par l'emploi de la compression rapide appliquée pendant plusieurs heures (dans un cas récent pendant plus de deux jours), sous l'influence du choloroforme. Par ce moyen, des anévrysmes profonds de l'abdomen et même de la partie inférieure de l'aorte ont pu être définitivement guéris; de telle sorte qu'une affection qui, du temps de Guthrie, était considérée comme au-dessus des ressources de l'art, peut, en réalité, guérir par un traitement approprié.

Encouragés par ces succès, les chirurgiens en sont venus à ne plus considérer aucune sorte d'anévrysme, si voisin qu'il soit du cœur, comme absolument incurable, et à chercher au moins les moyens d'arrêter le développement des tumeurs dans lesquelles le vaisseau affecté est inaccessible, quand on n'en peut obtenir l'oblitération définitive. C'est de là qu'est venue l'introduction dans la pratique de ces moyens nouveaux tels que l'électro-puncture, la manipulation, l'introduction de corps étrangers dans le sac, les injections coagulantes, et, de là également, la nouvelle impulsion donnée à la ligature périphérique. Je veux bien admettre qu'aucune de ces nouvelles méthodes n'a réussi jusqu'à présent d'une manière régulière; mais je dois dire que quelques-unes du moins ont en leur faveur assez de preuves tirées de l'anatomie pathologique et de la pratique chirurgicale pour justifier et même pour nécessiter de nouveaux essais dans les cas appropriés, et enfin pour légitimer l'espérance de voir leur application réussir uniformément dans un certain groupe de faits qui avait bien déjà fourni des succès, mais d'une manière accidentelle, et pour ainsi dire par hasard. Nous commettrions, je crois, la même erreur que ceux qui ont jugé la compression indigne d'un examen sérieux à cause de ses rares succès et de ses avantages douteux à l'époque des premiers essais, si nous repoussions également sans études nouvelles, les méthodes auxquelles je viens de faire allusion, sous prétexte que jusqu'ici, appliquées comme elles l'ont été aux anévrysmes les plus graves, elles n'ont généralement pas réussi. Cependant, il n'est que trop évident qu'une pareille discussion nous conduirait aux questions sur lesquelles l'opinion est la plus partagée; il n'est que trop évident également que ces quelques leçons ne me permettent pas de faire plus que de vous indiquer aussi brièvement que possible les

bases des conclusions que je désire vous présenter. Pardonnez-moi donc si, en vous parlant du traitement chirurgical des anévrysmes intra-thoraciques, de la sous-clavière et des anévrysmes abdominaux, je ne vous indique que les traits les plus indispensables de la pathologie et du diagnostic de ces affections. J'espère que vous voudrez bien n'attribuer cette omission qu'aux limites qui me sont imposées.

Depuis que Guthrie écrivait sur ce sujet, il n'est certes pas devenu plus facile à traiter. Les matériaux faisaient alors défaut; il y a maintenant pour ainsi dire pléthore. Nos musées pathologiques sont devenus si nombreux et si bien fournis, même à Londres seulement, qu'il est difficile à quelqu'un qui a d'autres devoirs à remplir de les connaître à fond. J'ai cependant à remercier les autorités des différents musées de l'obligeance avec laquelle ils m'ont communiqué les richesses contenues dans leurs collections. J'ai surtout à exprimer ma gratitude aux chirurgiens des hôpitaux de Dublin, et en particulier au Conseil du Collége royal des chirurgiens d'Irlande, qui ont mis à notre disposition un grand nombre de préparations précieuses dont quelques-unes d'un grand intérêt historique, que j'avais indiquées comme devant éclairer mon sujet. Personnellement inconnu en Irlande, je ne puis attribuer à moi-même l'honneur de cette courtoisie, mais elle est une preuve flatteuse des sentiments que les chirurgiens irlandais ont pour ce Collége et de leur désir d'aider les efforts, si faibles qu'ils soient, tentés dans le but d'augmenter nos connaissances sur une maladie pour le traitement de laquelle ces chirurgiens ont déjà tant fait. C'est à la fois un devoir et un grand plaisir pour moi de reconnaître, par dessus tout, l'obligeante assistance que mon ami le docteur Stokes m'a prêtée dans cette circonstance.

Il en est des matériaux publiés, comme des spécimens pathologiques; leur nombre aujourd'hui défie les efforts des chercheurs qui veulent arriver à les connaître tous. Les auteurs de statistiques, il est vrai, nous donnent les moyens de nous reconnaître dans le labyrinthe de la littérature où ces différents sujets sont traités. Mais leurs collections, en admettant qu'elles soient exemptes d'erreurs sérieuses, ce qui est loin d'être le cas, sont, somme toute, composées de matériaux de valeur très différente; bien des faits sur lesquels reposent leurs conclusions numériques sont, lorsqu'on les examine à fond, tout à fait indignes d'une attention sérieuse, de sorte que chaque fois il faut remonter à la source originale. J'ai donc complétement renoncé à l'idée de traiter ce sujet en me basant sur une statistique complète, et en cherchant à établir de mon mieux mes propres opinions, je m'abstiendrai de vous faire la fastidieuse énumération des opinions des autres. Je me bornerai à puiser dans les documents que j'ai pu me procurer, tout ce qui sera de nature à appuyer mes conclusions.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES CONVULSIONS ET PARALYSIES LIÉES AUX MÉNINGO-ENCÉPHALITES FRONTO-PARIÉTALES (1)

Par le docteur Louis LANDOUZY, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — A la théorie de l'excitation réflexe, acceptée par les auteurs, pour expliquer « les troubles moteurs de la méningite tuberculeuse », nous nous croyons en droit, pour les troubles partiels au moins, de substituer la théorie de l'excitation locale.

Aux excitations réflexes ou à distance nous opposons :

1° La clinique, avec ses convulsions et ses paralysies limitées, avec ses « dissociations symptomatiques » variables à l'infini (myoplégies, monoplégies, convulsions de la face, rotation de la tête, etc.), avec ses hémiplégies convulsives ou paralytiques habituelles, toutes modalités symptomatiques, qui, échappant entièrement à l'action des centres (ganglions, bulbe, moelle), ne peuvent relever que des « dissociations anatomiques » (points moteurs) dont la pathologie humaine, d'accord avec la physiologie expérimentale, affirme l'existence.

2° L'anatomie pathologique, avec ses lésions prédominantes sur les régions dont les attributions motrices semblent bien démontrées.

3° La physiologie pathologique, avec ses dégénérations envahissant les parties du corps autrefois atteintes par les troubles moteurs.

4° La pathologie tout entière, qui, témoignant d'une symptomatologie commune, chaque fois que des légions envahissent les régions motrices, montre que, corticales par leurs lésions, les méningites tuberculeuses fronto-pariétales sont bien corticales par leur symptomatologie convulsive et paralytique.

(1) 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploiter pour l'usage médical une source d'eau minérale ferrugineuse, située dans la commune de de Saint-Félix de Gallières (Gard).

2° Les rapports généraux sur le service des eaux minérales du département des Landes (commission des eaux minérales).

PRÉSENTATIONS

M. DEPAUL présente en hommage, au nom de M. le docteur Arnaldo Cantani, professeur de clinique médicale à l'université de Naples, un volume intitulé : *Le diabète sucré et son traitement diurétique.*

M. GUBLER présente une brochure intitulée : *Du traitement des ulcérations chroniques et des plaies atoniques par le sulfure de carbone*, par M. le docteur Paul Guillaumet.

M. LE PRÉSIDENT a la douleur d'annoncer à l'Académie la double et cruelle perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres éminents, M. Béhier, mort dans la soirée de dimanche dernier, et M. Buignet, mort ce matin.

Au nom du bureau, M. le président propose de lever la séance en signe de deuil, immédiatement après l'élection qui est à l'ordre du jour et qui ne peut être ajournée.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national.

La liste de présentation porte *ex æquo* : M. Jules Roux (de Toulon), M. Leudet (de Rouen) et M. Cazeneuve (de Lille).

Sur 61 votants, majorité 32.

M. Roux obtient. . . . . . . 39 suffrages.
M. Leudet. . . . . 16 —
M. Cazeneuve. . . . . 6 —

En conséquence, M. Roux est proclamé élu.

La séance est levée à trois heures et demie.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

En faisant abstraction des douloureux événements pendant lesquels se sont accomplies les mutations auxquelles nous faisons

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 mai.

allusion, événements qui d'ailleurs ne modifient en rien le fonds des situations que nous avons rapprochées, car il importe vraiment peu pour la démonstration rigoureuse du fait, qu'un médecin français soit transporté de Strasbourg à Nancy, ou un médecin allemand en Suisse, de Bâle à Tubingue, on se trouve en présence d'un point digne d'attention.

Ce docent de Bâle, devenu extraordinaire dans l'université wurtembergeoise, se trouvera dans son nouveau séjour en présence de confrères et de collègues qui, eux aussi, travaillent et ne laissent échapper, autant qu'ils peuvent, nulle occasion.

Les professeurs ordinaires, qui changent de chaire, appelés dans une université plus importante, se trouvent eux aussi dans une situation nouvelle, et ne sont pas sans éprouver quelques difficultés.

Dans le corps des professeurs, tous d'ailleurs ne se laissent pas séduire par l'appât d'un titre académique plus élevé. Tel préfère rester dans sa patrie, et se contente d'une position relativement secondaire en comparaison de celle qu'il pourrait avoir. Des considérations de famille, de clientèle, de situation particulière (conseiller privé, médecin du prince), sont souvent omnipotentes. D'autres au contraire acceptent cette vie un peu errante à travers les universités allemandes, pourvu que finalement leur bonne étoile les conduisent dans une université de premier ordre. Dans le collége professoral d'une Faculté de médecine, il est facile de savoir quels maîtres quitteraient leur chaire au premier signe d'un autre conseil académique et quels autres maîtres préfèrent l'*aurea mediocritas* dans leur propre pays.

Comme nous soumettions ces quelques observations à un professeur extraordinaire de la Faculté de Munich, il nous fut répondu que ce système de mutation a des avantages trop considérables, pour le recrutement des professeurs de toutes les universités, pour que ces considérations arrêtent quelqu'un; d'ailleurs il est tout à fait et depuis longtemps entré dans les mœurs universitaires allemandes. La clientèle ne manque pas aux maîtres qui arrivent précédés d'une réputation méritée. En ce qui concerne les professeurs ordinaires, comme M. de Ziemssen, la proposition est certainement exacte. Mais les difficultés n'en sont pas moins considérables quand il s'agit de professeurs extraordinaires ou de docenten, et rien n'atteste mieux la certitude de ces difficultés que ce fait : c'est que tel privatdocent de Vienne, de Berlin, de Prague, en possession d'une clientèle convenable, ne changerait point son titre de docent dans une de ces villes pour le titre de professeur extraordinaire à Kiel, à Giessen, ou à Rostock. Il préfère attendre plus longtemps dans le séjour où il a déjà beaucoup travaillé et y obtenir tardivement le titre qui lui aurait été beaucoup plus tôt conféré dans une petite ville universitaire.

Il y a quelques mois, le sentiment que nous dépeignons ici, s'est traduit d'une manière assez vive dans notre Faculté de Paris. Un professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, était nommé à une chaire de clinique chirurgicale dans une de nos grandes facultés du Midi. Le fait ne laissa point de surprendre généralement le public médical. Ce n'est point ainsi que se passent les choses d'ordinaire, disait-on, et les commentaires se peuvent résumer en paraphrasant le mot connu : « Être agrégé, chirurgien des hôpitaux à Paris, et devenir professeur de clinique en province ! Il aspire à descendre ! »

Le service de M. de Ziemssen est très-fréquenté : la visite du matin est publique, cependant les élèves n'accompagnent pas le professeur dans toutes les salles, comme dans nos hôpitaux de Paris.

En général les hôpitaux en Allemage ne sont point ouverts avec la même facilité qu'en France. Les étudiants ne sont point libres de se présenter dans toutes les salles et, ainsi que les étudiants de Paris, sans autre formalité qu'un salut de politesse au chef de service, d'étudier et de manier les malades à leur guise. A l'hôpital de Munich nous voyons que, tous les mois, huit ou douze étudiants sont attachés à une salle quelconque : ils étudient les malades qui leur sont désignés, les interrogent et rendent compte de leur examen au maître. Les autres salles leurs sont fermées. C'est donc une publicité fort restreinte, et il est douteux que le gros des élèves, ceux qui ne sont ni assistants, ni co-assistants (aspirants), puisse profiter largement d'un enseignement pratique, avec un tel système. Le soir, les étudiants ne peuvent pas non plus suivre la visite de l'assistant ainsi que cela se pratique chez nous pour la visite de l'interne ; les assistants de M. de Ziemssen font seuls leur visite.

Il est inutile d'insister, à ce sujet, sur les avantages que présentent l'excellente organisation de notre stage et les habitudes libérales qui règnent dans nos hôpitaux.

En Allemagne, de même que le concours n'existe pas pour les professeurs ordinaires et extraordinaires, et que toutes les chaires universitaires sont données au choix, sur la simple recommandation que les postulants peuvent tirer de leurs publications scientifiques, de même il n'existe aucune institution semblable au concours de l'externat et de l'internat pour assurer le service médical inférieur des hôpitaux et mettre les élèves en rapport fréquent et facile avec les malades.

Tout se tient dans notre organisation française depuis l'humble fonction d'externe jusqu'à la situation, pleine d'espérances et de promesses, d'un professeur agrégé. Il faut concourir pour être externe, interne, médecin des hôpitaux, professeur agrégé. Le concours est le pivot unique de nos institutions d'enseignement médical : un tel système ne convient point à la tournure de l'esprit allemand, au génie allemand, et les critiques ne sont point épargnées à cette institution française. Mais nous n'avons point à nous étendre, pour le moment, sur ce sujet.

M. le professeur de Ziemssen a trois assistants. Nous avons déjà souvent prononcé ce mot d'*assistant :* à quelle fonction répond-il exactement ?

L'*assistant* allemand est assez justement assimilable à notre *chef de clinique*, avant que l'institution du concours fut étendue à cette fonction. L'assistant allemand a une situation supérieure à celle de l'*interne* de nos hôpitaux : ses attributions sont plus étendues, sa responsabilité plus grande. Les internes constituent généralement, on peut le dire sans encourir le reproche de louange exagérée, l'élite de nos étudiants en médecine. Comment en effet l'étudiant qui prolonge volontairement ses études dans les hôpitaux et reculant de plusieurs années le moment où la pratique l'empêchera de suivre d'une manière assidue le mouvement scientifique quotidien, n'aurait-il pas prématurément une expérience plus complète que ses camarades forcés pas des raisons sans doute fort respectables, mais tout à fait étrangères à la science, de prendre rapidement leurs grades ? En dépit des critiques que doivent toujours exciter l'esprit de coterie et certaines vanités un peu puériles, même quand elles s'appuient sur un mérite réel, on doit donc convenir que le titre d'interne, conquis comme on le voit d'ordinaire par un travail assidu de plusieurs années, honore infiniment dans notre corporation celui qui en est revêtu.

L'interne cependant, même à l'hôpital où il est dans *son* service le second du *chef*, reste toujours étudiant, il n'a pas passé par les formalités de la thèse, il ne peut, il ne doit pas pratiquer en ville ; sa situation, quelque instruit et habile qu'il soit, est toujours secondaire.

L'assistant allemand, lui aussi, vient au second rang, mais il n'est plus étudiant, il est docteur, il remplace quelquefois le maître ; dans les services de chirurgie il fait les grandes opérations, et, sous sa seule responsabilité, prend les déterminations décisives dans les cas graves, en l'absence du chef de service. L'assistant allemand habite à l'hôpital, il est vrai, et reçoit un traitement médiocre (cependant plus élevé que celui de nos internes, 1,200 francs environ), mais il est libre de faire de la clientèle, on vient le chercher du dehors, et nous avons vu plusieurs assistants très-suffisamment occupés. L'assistant allemand est de plus, fort souvent, privatdocent, c'est-à-dire, qu'il enseigne à des élèves et peut ainsi, si ses travaux le lui permettent, être un candidat sérieux pour une chaire extraordinaire dans une petite université. Le même fait se retrouve à peu près dans nos hôpitaux, où les internes qui ont obtenu *la médaille d'or* et peuvent être par conséquent docteurs en même temps qu'internes, arrivent quelquefois rapidement, en deux ou trois ans, à l'agrégation et aux hôpitaux, dans la branche de chirurgie le cas est même fréquent.

Avant d'être assistant, l'étudiant devenu docteur sera aspirant, ou coassistant. Pour devenir aspirant ou coassistant (fonction naturel-

lement toute bénévole et gratuite), il faut être très-assidu auprès du maître : « Pour devenir assistant, nous disait un jeune privatdocent, il faut être un de ceux qui écoutent le mieux, prendre beaucoup de notes, et s'asseoir au premier banc. » De cette sorte, au bout d'un certain temps, on finit par attirer l'attention du chef de service qui vous adopte son élève et vous fait nommer assistant.

L'aspirant, coassistant (sorte d'externe) prend les températures, écrit les observations, tient les cahiers, etc.

On reste ainsi assistant du même professeur pendant trois, quatre, cinq et même six ans; au bout d'un si long laps de temps on s'est entièrement assimilé toutes les habitudes d'esprit d'un maître, sa méthode ses procédés : l'assistant, c'est le maître redevenu jeune. On est alors vraiment l'élève de tel ou tel. De même qu'en physiologie Brucke, Helmholtz, Dubois-Reymond reconnaissent pour maître J. Muller, et avouent hautement l'influence de ce grand professeur sur leurs travaux ; de même, en pathologie, nous voyons des maîtres comme MM. de Ziemssen et Liebermeister rappeler qu'ils ont été, durant des années, assistants de Niemeyer. Quand M. de Ziemssen quitta Erlangen, il fut suivi à Munich pas ses assistants. Toutes ces considérations peuvent s'appliquer aux assistants des instituts, des chaires de physiologie, d'anatomie pathologique, etc.; seulement ici l'assistant ressemble tout à fait au *préparateur*, ainsi que nous disons. Cependant, en règle générale, et comme impression personnelle, il nous paraît que dans les relations, la distance est moins grande entre le maître et son second. Cela tient-il à ce que l'assistant enseigne lui aussi le plus souvent comme privatdocent et cela dans l'amphithéâtre de l'institut? Dans les *statistiques des universités*, les assistants sont même très-souvent désignés officiellement à côté du professeur en titre pour le seconder dans son enseignement, mention qui rehausse naturellement leur situation.

Outre la leçon clinique du matin, M. de Ziemssen fait dans une spacieuse salle dépendante de son service, une leçon de pathologie et de thérapie (cours identique à celui qui est fait dans le grand amphithéâtre à la Faculté) à ses éleves. Grâce à l'obligeance de M. de Ziemssen nous avons assisté à ces leçons, d'ailleurs, privées, en ce sens que les étudiants payants seuls viennent s'asseoir sur les bancs. Soixante élèves suivent le cours théorique de ce maître : ce chiffre de soixante est fort élevé, ainsi qu'on a eu soin de nous le faire remarquer, en ajoutant quelques comparaisons.

Aux leçons cliniques sur la médecine interne en général, le directeur de la clinique médicale de Munich joint, ainsi que cela a souvent lieu ici en dépit de l'ardeur que mettent les médecins spécialistes à accaparer certaines branches de l'art, des leçons particulières sur l'électrothérapie, la laryngoscopie et la rhinoscopie : le matériel qui concerne la pratique de ces spécialités est des plus complets. Nous avons aussi remarqué de beaux appareils destinés à l'inhalation, à la modification de l'air respirable en ce qui concerne les pressions, etc., qui rappellent en petit le magnifique attirail que nous avons vu fonctionner dans un but expérimental et médical aussi, dans les laboratoires de l'éminent professeur Paul Bert, à la Sorbonne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le professeur Béhier viennent d'avoir lieu aujourd'hui mercredi. Le cortége, en tête duquel marchait M. Béhier fils, était composé de la Faculté de médecine presque au complet, son doyen en tête, professeurs et agrégés, en robe; du bureau de l'Académie de médecine, auquel s'étaient joints un très-grand nombre de membres; d'une députation de la Société de médecine des hôpitaux, de la Société de médecine légale, d'un grand nombre d'élèves du Val-de-Grâce en uniforme, d'une députation du personnel administratif et du personnel du service de l'Hôtel-Dieu. Suivait une affluence considérable de confrères et d'amis. De la maison mortuaire, le cortége s'est rendu à l'église de la Madeleine, où a eu lieu la cérémonie religieuse. Un fort détachement de troupe rendait les honneurs réglementaires au commandeur de la Légion d'honneur.

L'église de la Madeleine était pleine et une partie de l'assistance refluait jusque sur les marches du temple.

Après l'office, le cortége s'est dirigé par les boulevards au cimetière du Père-Lachaise. Des discours ont été prononcés sur la tombe du regretté maître et confrère, par M. le professeur Hardy au nom de la Faculté de médecine, par M. Laboulbène au nom de l'Académie de médecine, par M. Liouville au nom de la Société médicale des hôpitaux et par M. Chaudé an nom de la Société de médecine légale.

— Par suite du décès de M. le professeur Béhier, les actes, qui devaient avoir lieu à la Faculté le mercredi 10 mai, sont remis au mercredi suivant.

— Par diverses décisions préfectorales, ont été nommés internes à l'asile public d'aliénés de Maréville, près Nancy :

MM. Brunet, Bohn, Ravaillé et Mabille, en remplacement de MM. Duprey, Hally, Grasse et Kardamatis.

— *Excursion scientifique.* — M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 14 mai, au Raincy. Rendez-vous à la gare de l'Est à dix heures vingt minutes pour la station du Raincy.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

—

Syphilide maligne précoce.

M. Bazin, dans ses leçons de 1858, a étudié et décrit une forme rare de syphilis, qu'il a désignée sous le nom de syphilide maligne, et qui rappelle par la rapidité de sa marche et la gravité de ses symptômes la syphilis épidémique des quinzième et seizième siècles. L'un des caractères principaux de ces syphilis malignes consiste en ce qu'elles participent à la fois par leurs caractères des syphilides exanthématiques et des syphilides ulcéreuses. Elles tiennent des syphilides exanthématiques, en ce sens que leur apparition suit de très-près le moment de la contagion, et elles se rapprochent tout à fait par leur mode pathogénique des syphilides ulcéreuses qui appartiennent à une période beaucoup plus éloignée de la maladie. C'est cette dernière circonstance qui leur a fait donner le nom de syphilides malignes précoces. Les exemples de cette forme de syphilis sont assez rares pour que M. Dubuc, qui en a fait le sujet de sa thèse en 1864, n'en ait pu réunir que neuf observations recueillies soit à l'hôpital Saint-Louis, soit dans la pratique des principaux syphiliographes, et que M. le professeur Hardy, dans sa pratique déjà longue, n'en ait rencontré encore que quatre cas.

Un nouvel exemple de cette forme rare de syphilide vient de se présenter dans le service de la clinique de l'hôpital Necker, et M. le professeur Hardy a appelé sur ce fait l'attention de ses auditeurs dans l'une des dernières leçons cliniques.

Voici en quelques mots l'histoire de la malade qui fait le sujet de cette observation :

C'est une femme de trente et un ans, cuisinière, d'une constitution faible, qui a eu dans son enfance des accidents scrofuleux, engorgements ganglionnaires et abcès cervicaux, dont on voit encore actuellement les cicatrices au cou.

Elle s'était assez bien portée néanmoins jusqu'à ces derniers temps, lorsque, il y a deux mois, après un rapprochement sexuel, elle a vu survenir aux grandes lèvres un bouton, qui est devenu bientôt ulcéreux. Un mois après, elle éprouvait de la faiblesse, de l'inappétence, de la courbature générale et du malaise ; en même temps elle fut prise de douleurs intolérables dans toute la tête, douleurs s'exaspérant surtout pendant la nuit.

Après ces phénomènes initiaux, il s'est manifesté d'abord une légère ulcération sur l'autre lèvre avec saillie (plaque muqueuse), des ganglions mous, indolents dans les aines ; une éruption croûteuse sur la tête, avec un ganglion cervical postérieur, enfin une éruption au dos et sur les membres ayant les caractères d'une syphilide papuleuse. Sur quelques-unes de ces papules, il s'est formé une vésicule qui s'est ouverte, et il en est résulté une croûte, ce qui constitue l'une des formes de la syphilide pustulo-papuleuse.

Pendant un premier séjour à l'hopital, de février en mars dernier, la céphalée, efficacement combattue par l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, a disparu, et la malade est sortie à peu près guérie de ses manifestations syphilitiques, se sentant mieux dans son état général, ayant repris des forces et de l'embonpoint.

Mais à peine rentrée chez elle et après avoir repris pendant quelque temps son service, il est survenu une nouvelle éruption, qui n'a pas cessé d'aller en se multipliant et en s'aggravant. Rentrée à l'hôpital il y a environ trois semaines. Voici l'état qu'elle présente :

On retrouve des taches pigmentaires, traces de l'ancienne affection, un tubercule à la figure, sur la joue gauche, près de la commissure labiale. Dans le dos, on voit des squames de psoriasis syphilitique. Ces écailles, ces squames, qui recouvrent les tubercules, sont entourées d'une auréole d'un rouge brun. Enfin il existe, outre cela, sur certains points, des croûtes d'un aspect tout particulier et d'une couleur syphilitique bien tranchée, formant un cercle régulier, composé de croûtes concentriques, stratifiées.

Il y a donc, en résumé, simultanément quatre lésions cutanées distinctes : des macules, des tubercules recouverts de squames, du psoriasis syphilitique et les croûtes en question.

Enfin, — car ce n'est pas tout encore, — les jambes sont le siége d'ulcérations qui présentent aussi un caractère tout particulier. On voit notamment, sur le mollet droit, une ulcération large et profonde, taillée à pic et dont le fond, au lieu d'être grisâtre, comme l'est en général le fond des ulcérations syphilitiques, est rouge et bourgeonnant.

Voilà donc une femme qui est syphilitique depuis peu de temps, qui a eu pour la première fois un chancre au mois de décembre, c'est-à-dire il y a seulement quatre mois environ, et qui néanmoins présente en ce moment des lésions profondes, qu'on ne rencontre d'ordinaire qu'au bout d'un laps de temps beaucoup plus long. C'est là, comme on le voit, un

exemple de cette forme spéciale de syphilide que M. Bazin, ainsi que nous le rappelions tout à l'heure, a décrite, sous le nom de syphilide maligne, dénomination sous laquelle on entend moins désigner la gravité de la maladie que cette circonstance de l'apparition prématurée des phénomènes qui sont habituellement tardifs.

Pour M. Hardy, cette malignité ne tient point à la nature même du virus, qui aurait une intensité ou une gravité particulière, mais à la constitution du sujet lui-même. La cause de cette malignité est inhérente à l'individu. Ces formes anormales se rencontrent, en effet, chez les sujets affaiblis par les maladies antérieures ou par la misère, chez les alcooliques, chez les scrofuleux. C'est le cas de cette malade.

Le traitement, dans les cas de ce genre, doit être général et local. Ayant affaire, dans ces circonstances, à des accidents associés de la deuxième et de la troisième période, c'est à un traitement mixte qu'il faut avoir recours, mais en insistant surtout sur l'iodure de potassium dont les doses doivent être élevées. L'indication la plus importante, après celle-là, est de chercher à remonter les forces des malades par le vin de quinquina, les ferrugineux, des soins extrêmes d'hygiène, une alimentation substantielle, viandes rôties, vin généreux, café; pas de fatigue; bon air à la campagne; enfin usage des eaux minérales reconstituantes, eaux minérales sulfureuses chaudes, tels sont les moyens qui conduisent à la guérison.

Voici le traitement qui a été institué chez cette malade : mercure à petites doses (une pilule de Sédillot), uni à l'iodure de potassium à hautes doses (de 2 à 4 grammes); vin de quinquina. Les ulcérations seront lotionnées tous les jours avec le vin aromatique, le quinquina ou le chloral; puis recouvertes d'emplâtre de Vigo. Plus tard, quand elles auront été suffisamment modifiées, pour en hâter la cicatrisation on les saupoudrera avec la poudre d'iodoforme.

Il sera intéressant de suivre cette malade et de faire connaître par la suite le résultat de ce traitement.

Empoisonnement aigu par le plomb. — Lésions anatomiques. — Traitement.

Nous avons esquissé dans la *Revue* du 22 avril, d'après la petite monographie clinique de M. René Moreau, les traits principaux de la symptomatologie de l'empoisonnement aigu par le plomb. Il nous reste à faire connaître quelques-unes des particularités relevées dans ce travail sous le point de vue de l'anatomie pathologique et du traitement.

D'après le très-petit nombre d'autopsies qui ont été faites et les expériences que l'auteur a pratiquées sur des animaux, l'empoisonnement aigu par le plomb ne produirait pas des lésions anatomiques constantes et caractéristiques. Voici celles qui ont été rencontrées le plus souvent :

L'œsophage a été trouvé généralement sain, ou s'il présente quelques lésions, elles sont peu prononcées.

L'estomac renferme assez souvent de la bile, lorsque les vomissements ont été peu abondants, et que le poison a été ingéré en solution, il peut contenir encore du plomb en faible quantité, celui-ci s'étant déjà déposé en partie.

Si le poison a été ingéré en solution, s'il s'agit surtout d'extrait de saturne, on trouve sur l'estomac un dépôt qui peut être assez abondant; ce dépôt, qui est formé par les sels de plomb précipités et des produits organiques, couvre la totalité ou une grande partie de l'estomac auquel il adhère, il est pulvérulent ou grumeleux, blanc ou grisâtre, ou teinté en jaune par la bile.

La muqueuse de l'estomac peut être épaissie, et comme tannée; d'autres fois elle est un peu ramollie, elle peut aussi présenter une teinte grisâtre à reflet plus ou moins métallique.

Une lésion assez fréquente consiste dans des taches rosées ou rouges plus ou moins foncées, parfois même violacées ou presques noires. Ce sont des taches ecchymotiques ou plutôt des suffusions sanguines, quelquefois même ce sont seulement des arborisations vasculaires. Ces taches siégent généralement dans la muqueuse ou bien à sa face externe.

Les intestins présentent à peu près les mêmes lésions que l'estomac; les suffusions sanguines y sont plus fréquentes, elles siégent ordinairement dans le duodénum et dans la première partie de l'intestin grêle. Dans deux cas où la mort a été tardive, M. R. Moreau a remarqué dans l'intestin grêle des plaques légèrement ulcérées et rappelant par leur aspect les ulcérations de la fièvre typhoïde.

Le foie est souvent congestionné, ainsi que la rate. La congestion des reins paraît plus rare. Les urines peuvent contenir du plomb. La vessie a été trouvée toujours saine.

Le cœur n'a rien offert de particulier.

Le sang est souvent fluide et présente quelquefois une couleur lie de vin foncée.

Les poumons ont présenté assez souvent à leur surface, et principalement sur leur face médiastine, des ecchymoses sous-pleurales de forme et de dimensions variables, à bords nets, qui intéressent peu ou point le parenchyme pulmonaire et qui sont de nature hémorrhagique.

Du côté de l'encéphale, en dehors des signes d'encéphalopathie saturnine, on observe, dans certains cas, principalement lorsqu'il y a eu des phénomènes nerveux, de la congestion dans les méninges, dans la substance cérébrale, dans le cervelet, dans chacune de ces parties isolément ou dans toutes à la fois. Cette congestion s'observe également dans le bulbe, dans la protubérance, dans la moelle et dans les méninges rachidiennes.

Le traitement de l'empoisonnement aigu par le plomb repose sur les deux indications suivantes : empêcher, lorsqu'il en est temps encore, le poison de continuer son action et combattre les symptômes qu'il a déjà produits.

Chercher à enlever la portion de substance toxique qui n'est pas encore absorbée, l'empêcher d'être absorbée davantage, faire éliminer celle qui l'est déjà; telle est la première indication; elle sera remplie par les vomitifs, et, au besoin, par l'usage de la pompe stomacale.

Si la substance toxique, après un certain temps de séjour dans l'estomac, a pénétré dans les intestins, on cherchera à précipiter le sel de plomb au moyen d'un électuaire au soufre, de limonade sulfurique, ou mieux encore de sulfates de soude ou de magnésie, qui ont l'avantage de produire la purgation. La noix de galle est aussi très-bien indiquée dans ces cas-là, ainsi que le blanc d'œuf qui forme un albuminate de plomb insoluble.

Plus tard, on doit chercher à débarrasser par des purgatifs les intestins du plomb qu'ils peuvent contenir. L'élimination du plomb qui aura été absorbée sera facilitée en donnant de l'iodure de potassium ou mieux du bromure de potassium.

Pour combattre les symptômes déjà produits, on se conduira d'après la nature de ces symptômes : réchauffer les malades, combattre la constipation par des lavements, pratiquer le cathétérisme s'il y a rétention d'urine; enfin, combattre les symptômes nerveux par le bromure de potassium, qui est surtout indiqué à cause de sa double action éliminatrice et antispasmodique.

Pansements rares.

M. le docteur Journal, dans le numéro du 11 avril de la *Gazette des Hôpitaux*, donnait comme règle de conduite, dans le traitement des brûlures, de ne renouveler le pansement que le moins souvent possible, s'autorisant à cet égard des préceptes fort sages formulés en 1861 par M. le professeur Béchet (de Nancy).

M. le docteur Sonrier, à cette occasion, dans le numéro du 22 avril a réclamé la priorité de cette idée pour nos anciens maîtres, citant en particulier les préceptes formulés en 1841, par M. Bégin, du Val-de-Grâce.

M. le docteur Lescure (de Saint-Riquier), vient à son tour réclamer, non pour le pansement des brûlures, mais pour le pansement des blessures de guerre ou des plaies d'amputation, en général, la priorité pour un de ses maîtres, à lui, M. Josse (d'Amiens), qui a traité cette question dans un ouvrage publié en 1835, et intitulé : *Mélanges de chirurgie pratique, emploi de l'eau par la méthode des affusions, pansements rares*, etc., d'après la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, et les leçons de M. Josse.

M. Josse, dans le chapitre VI de son livre, énumère les avantages des pansements rares (premier pansement du huitième au dixième jour), les inconvénients des pansements renouvelés, et décrit ensuite la pratique de M. Josse père, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. « Je n'hésiterais pas, dit-il, à attribuer les résultats presque surprenants qu'on obtient dans cet établissement, à la méthode de pansements que mon père a adoptée depuis *longues années*. Cette méthode est celle des chirurgiens espagnols, un peu modifiée toutefois, et consiste à ne panser qu'à nécessité absolue, et surtout à ne pas laisser développer la plus légère inflammation dans les parties lésées. Au reste, ajoute M. Josse, je ne suis pas étonné qu'on n'ait pas adopté cette méthode plus généralement, car elle a quelque chose d'effrayant, pour ainsi dire, et il faut vraiment avoir la foi et la hardiesse de la conviction pour l'employer dans toute sa rigueur. En effet, l'appareil imbibé par les sucs échappés des vaisseaux ouverts, échauffé par la chaleur du lit et des parties malades, contracte une odeur désagréable approchant même parfois de celle de la gangrène, et qui serait insupportable s'il n'était facile de la masquer par des odeurs agréables, ou de la détruire à l'instant au moyen de chlorure de chaux. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'un chirugien, frappé comme on l'est généralement de la crainte de résorptions, s'effraie à l'aspect d'un appareil couvert de tâches noires, imbibé de liquipes qui exhalent une odeur fétide, et qu'il se hâte de le changer sans oser attendre davantage. S'il observe cependant, il remarquera au-dessous de ces linges, pour ainsi dire en putréfaction, une suppuration bien établie, une plaie unie, vermeille, et sur laquelle pas le moindre brin de charpie ne restera adhérent, de telle sorte que l'appareil s'enlèvera d'une seule pièce. Mais pour adopter une semblable méthode sans avoir d'autorité irrécusable, il fallait y être conduit par des observations accidentelles. C'est en 1815, que mon père, chirurgien en chef de l'ambulance établie à Amiens, fit cette remarque importante : il vit des militaires, qui étaient restés pendant dix, quinze et vingt jours sans être pansés, soit par oubli, par négligence ou par impossibilité, offrir en général des plaies plus belles, toutes choses égales d'ailleurs, que ceux qui avaient été régulièrement pansés au quatrième jour ; les appareils étaient presque méconnaissables, quelques-uns remplis de vers; ils exhalaient une odeur pestilentielle, et cependant au-dessous d'eux, on trouvait une suppuration bien établie et de la meilleure qualité, des plaies dans l'état le plus satisfaisant; point de fièvre, point d'accident de résorption. Il pensa alors que les premiers pansements faits de bonne heure étaient nuisibles, et qu'en corrigeant et en soumettant à une méthode régulière la remarque qu'il venait de faire, il pourrait en retirer de grands avantages. Son attente ne fut point trompée, depuis ce temps mon père attache bien moins d'importance à la régularité des pansements. Il ne faut pas cependant porter les choses à l'excès, et croire que plus on retardera la levée du premier appareil, plus le bien sera grand ; les extrêmes sont également loin de la vérité. Ce ne sera donc que jusqu'au douzième ou au quinzième jour qu'il sera permis de différer le premier pansement. »

On voit, sans doute, par cette citation, que le principe des pansements rares était depuis longtemps posé, ainsi que le fait remarquer notre correspondant, qui ajoute qu'on n'a fait depuis que le généraliser.

— Tout en acceptant la réclamation de M. Lescure, comme contenant des faits et des renseignements intéressants, nous ne pouvons nous empêcher de reproduire, à son occasion, la même réflexion que nous avons faite à propos de la note de M. le docteur Sonrier, savoir que les faits que l'on rappelle et les questions de priorité que l'on débat au sujet des pansements rares, ne répondent qu'à un point particulier de la méthode des pansements ouatés, à laquelle on a fait allusion et dont le principe et les applications sont tout autres.

— Nous avons reçu, à la même occasion et sur le même sujet, une autre lettre en réponse à la note de M. Sonrier, dont le texte entier roule évidemment sur un malentendu, et qui ne contient d'ailleurs aucun document nouveau de nature à éclairer davantage la question. L'auteur voudra bien nous excuser, en conséquence, de ne pas la publier. Dr Brochin.

REVUE DE LA PRESSE

De la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. — On a longtemps discuté sur la nature de la gangrène qui vient compliquer certaines fièvres éruptives. Pour Chomel, elle n'était que le fait de l'adynamie profonde dans laquelle restent souvent plongés les typhiques. Gerdy la faisait rentrer dans la classe des gangrènes diathésales. D'après M. Patry elle serait le fait d'une artérite, tandis que, si l'on en croit M. Bourgeois, d'Etampes, elle serait due à la métastase, au déplacement de toutes pièces de l'élément morbide. Il résulterait de l'observation suivante, rapportée par M. le docteur Valette, qu'elle peut être liée à la production d'une embolie.

Rosalie X..., dix-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Boucaud, le 16 septembre 1875. On diagnostique une fièvre typhoïde. Traitement de Brand.

Les complications marchent rapidement : pneumonie à droite, eschare au sacrum, troubles cardiaques considérables.

Le 21 octobre, la malade se plaint de douleurs vives dans la jambe et la cuisse droites ; le lendemain le pied présente une teinte rouge sombre et un abaissement notable de température. Contraction spasmodique dans les muscles des orteils.

Le 18 novembre, la gangrène du pied est complète. La malade est transportée dans le service de M. Valette qui constate l'état suivant. Pouls oscillant entre 130 et 200 pulsations, température variant de 38° à 40°,5.

Une eschare de l'étendue d'une pièce de cinq francs existe au niveau de la région trochantérienne droite. L'ulcération a ouvert la synoviale de l'articulation; larges décollements sous le muscle grand fessier. Une plaie semblable s'observe à la région trochantérienne gauche. Troisième eschare au sacrum.

Le pied est gangrené dans ses deux tiers antérieurs, séparés des

portions vivantes par une ligne qui passerait entre les articulations des os de la 2e et de la 1re rangée. On ne perçoit aucun battement dans la poplitée et la fémorale.

En présence des douleurs excessives que provoque la gangrène, que de fortes doses d'opium ne parviennent pas à calmer, sur les instances de la malade, M. Valette se décide à pratiquer l'amputation de la jambe par le procédé à trois lambeaux. Elle est pratiquée au lieu d'élection le 11 décembre.

Hémorrhagie nulle. Pansement de Lister. Néanmoins, l'état général continue à s'aggraver et le malade meurt le 2 janvier.

A l'autopsie, le pied est complétement momifié dans les deux tiers antérieurs : les articulations de la 1re et de la 2e rangée sont ouvertes, les cartilages nécrosés.

Les artères de la jambe, diminuées de volume, présentent sur leurs trajets des nodosités dues à de petits caillots gris et anciens, leurs parois ont conservé une certaine élasticité. Elles sont tuméfiées, jaunes, ramollies, oblitérées dans le voisinage des parties momifiées.

Rien de particulier dans les veines ni dans les muscles. Nulle trace d'endartérite.

L'autopsie de la malade révèle à la surface de l'intestin grêle toutes les lésions caractéristique de la fièvre typhoïde. La tuméfaction de la rate, l'induration des ganglions mésentériques ne permettent pas non plus de douter de la nature de la maladie.

Dans la poitrine, le poumon droit présente les signes de l'hépatisation rouge avec quelques points grisâtres annonçant le passage à l'hépatisation grise.

Le cœur est normal. Le ventricule gauche renferme un caillot de la grosseur d'un œuf de poule, jaune, dur, ferme, résistant, de la partie supérieure duquel émane un prolongement qui s'étend jusqu'aux valvules sygmoïdes. Un rameau semblable se dirige du côté de l'orifice auriculo-ventriculaire. Ce caillot a contracté des adhérences très-résistantes avec les parois du ventricule; il est formé d'une coque élastique renfermant à son centre une masse granuleuse ramollie.

Rien sur les valvules.

Au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive on trouve un caillot gris, blanchâtre, obturant l'iliaque externe. L'artère hypogastrique renferme quelques petits caillots emboliques.

L'artère fémorale et ses branches n'ont pu être examinées.

M. Valette fait suivre son observation des réflexions suivantes : la gangrène d'un membre peut être rangée au nombre des complications possibles de la fièvre typhoïde; elle se rattache non pas à une cause mal définie, la malignité, mais bien à des conditions organiques déterminées. Enfin elle peut être produite par une embolie, d'après le mécanisme décrit déjà autrefois par Bonnet, Van Swieten et tout récemment par Virchow. (*Lyon médical*, 6 février 1876).

Du diagnostic différentiel entre la congestion pelvienne morbide, la congestion physiologique et la métrite. — Voici d'après M. Alph. Guérin les signes à l'aide desquels on peut reconnaître ces diverses affections.

La congestion physiologique de la menstruation a pour caractère certain, sa régularité et sa durée qui peut varier de deux à trois jours. Dans la congestion pathologique, l'hémorrhagie arrive au bout de quinze jours, trois semaines; elle se montre, à des époques irrégulières et dure de deux à quinze jours, trois semaines et même plus. Quand la congestion cataméniale est l'occasion de la congestion morbide, l'écoulement sanguin qui accompagne celle-ci emprunte à la première ses caractères d'irrégularité et de durée. Enfin les phénomènes propres à l'une et à l'autre de ces congestions, augmentation de volume de l'utérus, sensations de gêne, de pesanteur, etc., disparaissent avec l'écoulement sanguin dans la menstruation, tandis qu'ils persistent dans la congestion pathologique. D'autre part, on distingue la congestion morbide de la métrite par les caractères suivants : la leucorrhée dont s'accompagne la congestion est constituée par un mucus transparent, opalin, tandis qu'il est jaunâtre dans l'inflammation, muco-purulent ou purulent. De plus, dans la congestion, la malade éprouve dans le bassin une sensation de corps lourd qui tend à sortir, de tiraillement dans les aines; les parois vaginales offrent une sensation œdémateuse particulière; il est très-rare que le col utérin soit atteint d'ulcérations, et que la matrice présente encore quelque mobilité. Dans la métrite les malades n'éprouvent pas cette sensation de corps lourd qui tend à s'échapper; l'utérus est moins mobile, plus fixe. Les douleurs sont plus vives, irradiant dans la région anale; l'utérus a une consistance plus ferme et les ulcérations du col sont plus fréquentes.

Quant au diagnostic entre la congestion et la fluxion utérine il n'y en a pas; la fluxion utérine se confondant complétement avec la congestion dont elle n'est qu'un degré et n'existant pas à titre d'entité morbide. (*Union médicale*).

Traitement du rachitisme et de la scrofule par le lait de chienne. — Nous avons déjà rapporté quelques faits relatifs au traitement du rachitisme par le lait de chienne. L'observation suivante est empruntée à la pratique de M. le docteur H. Bernard, de Montbrun.

Il s'agit d'une enfant, qui à partir de l'âge de douze mois, commença à présenter quelques signes de rachitisme : défaut d'équilibre entre le développement des membres, qui s'incurvent, déformation de la poitrine, gonflement du ventre, etc. A vingt-six mois l'état général s'est considérablement aggravé : la malade refuse la bouillie et ne tolère plus que le lait de la mère.

M. le docteur Bernard, de Montbrun, après avoir épuisé sans succès toutes les médications usitées en pareil cas, propose un traitement par le lait de chienne. Une chienne pouvant donner par jour de 80 à 110 centilitres de lait est choisie pour nourrice. L'enfant s'habitue promptement à ce nouveau régime : un peu de fièvre seulement et de diarrhée surviennent vers le vingtième jour. Vers le milieu du deuxième mois, l'amélioration déjà sensible s'accentue de plus en plus. A la fin de celui-ci, le ventre a repris son état normal, les os se redressent, la soudure des fontanelles est complète.

Enfin, le centième jour, la cure est à peu près complète : seuls les membres inférieurs présentent encore une courbure assez prononcée. La malade marche seule. (*Sud médical*).

Calculs salivaires. — Cicatrisation de la plaie déterminée par l'incision. — Dans une leçon récemment faite à l'Hôtel-Dieu, M. Richet s'est demandé ce qu'il adviendrait de la plaie résultant de l'incision, dans les cas d'extirpation de calculs salivaires. Le plus souvent, en effet, les malades n'ont pas été revus après l'opération. M. le docteur Sirus Pirondi a pu constater ce résultat chez deux malades dont il publie à ce propos les observations :

En 1869, un homme se présente à l'Hôtel-Dieu, service de M. Broquier, pour un abcès qui s'est ouvert dans la bouche, à gauche du maxillaire inférieur, depuis trois semaines. On diagnostique l'existence d'un calcul salivaire, avec le lit duquel communique le canal de Warthon. L'extraction en est faite par l'ouverture agrandie de la plaie, déjà existante. Au bout de quelques jours, la cicatrisation est complète : le canal de Warthon reste perméable.

En 1871, M. Sirus Pirondi est appelé à faire l'ablation d'un calcul semblable situé dans le canal Warthonien gauche. La muqueuse est incisée, et par l'ouverture, on retire un calcul volumineux, de 4 centimètres de long et de 2 centimètres et demi de circonférence à la partie moyenne. La cicatrisation s'obtient quelques jours plus tard, sans autre soin que de fréquents lavages.

M. Sirus Pirondi fait observer que ces deux faits de guérison, sans oblitération du canal de Warthon, sans récidive calculeuse, sembleraient donner raison à l'hypothèse admise par M. Richet, qu'un noyau accidentel est probablement nécessaire à la formation de ces calculs. (*Sud médical.*)

Traitement des tumeurs suspectes par l'eau de mer et l'iode. — M. le docteur Regnault (de Rennes), dans un travail sur l'emploi de l'iode comme résolutif, nous apprend qu'il a employé ce médicament avec succès chez une malade atteinte d'une tumeur ovarienne sus-cancéreuse.

Consulté par une religieuse de quarante-cinq ans, qui éprouvait, depuis quelques mois, dans le sein du côté gauche, de la gêne, un peu de douleur et quelques éblouissements, il reconnut, dans la profondeur du sein, l'existence d'une tumeur dure, résistante, n'adhérant pas encore à la peau, ni au grand pectoral, mais intimement unie au tissu de la glande. Ce caractère, joint aux antécédents de la

malade, dont la mère avait succombé aux suites d'un cancer de l'utérus, lui fit diagnostiquer une affection carcinomateuse du sein.

L'opération n'étant pas urgente, M. Regnault institua le traitement suivant : il fit prendre à la malade tous les matins 200 grammes d'abord, puis 150 ou 160 grammes d'eau de mer, et lui conseilla de saupoudrer le sein malade, une fois par jour, d'une poudre iodée obtenue par le mélange de 2 grammes d'iode pur et 20 grammes de fécule de pommes de terre.

Sous l'influence de ce traitement, la malade éprouva chaque jour une légère purgation consistant dans une ou deux garde-robes, et la peau du sein devint le siége de démangeaisons intenses dues à l'action irritante de l'iode ; mais bientôt la tumeur diminua progressivement de volume, et deux mois après l'inauguration du traitement, elle avait complétement disparu. (*Rev. de thérapeut. médico-chirurg.*)

De l'atrophie de la pupille et des amblyopies dans certaines affections gastriques et intestinales. — Les affections gastriques s'accompagnent souvent de phénomènes caractéristiques du côté de la vision, atrophie de la papille, rétinite, choroïdite, névrite optique, etc., phénomènes qui, dans certains cas, offrent une telle analogie avec ceux de l'ataxie locomotrice, qu'on peut être tenté de les rapporter à cette maladie. Cette erreur est d'autant plus facile à commettre, que celle-ci s'accompagne fréquemment de troubles gastriques très-accentués.

Les diarrhées chroniques, catarrhales, graves, peuvent également donner lieu à des troubles nerveux plus ou moins sérieux, susceptibles de se traduire, chez certains individus, tantôt par une amblyopie diarrhéique, tantôt par une rétinite péri-vasculaire exsudative.

Tel est du moins ce qui résulte d'un mémoire lu par M. Galezowski dans une des dernières séances de la Société médicale d'émulation.

Les atrophies de la papille qui accompagnent les troubles gastriques s'annoncent d'une manière très-lente; elles débutent d'abord dans un œil et n'apparaissent qu'ensuite dans l'œil opposé. L'acuité visuelle commence par s'affaiblir, et l'œil cesse de distinguer les couleurs. Bientôt on constate que la pupille devient large, irrégulièrement dilatée. A l'examen ophthalmoscopique, la papille apparaît blanche et nacrée.

L'amblyopie diarrhéique est caractérisée par un trouble visuel, subit, des deux yeux, et par une obscurité de la vue. Rien de particulier à l'ophthalmoscope, si ce n'est quelquefois un peu de pâleur et d'anémie de la rétine et de la papille.

L'influence des altérations intestinales chroniques sur la vision est moins grave que celle des affections gastriques. Elles guérissent avec la diarrhée.

Les troubles visuels résultant de troubles digestifs, amènent bientôt l'atrophie progressive avec une série de symptômes morbides, qui ressemblent d'une manière frappante à l'ataxie locomotrice.

C'est donc par l'emploi méthodique du nitrate d'argent qu'on aura raison des premières, tandis que les atrophies de la papille, liées aux troubles gastriques, ne disparaîtront que par l'usage fréquent des vomitifs. (*Un. méd.*)

Intermittence des troubles pupillaires dans un cas d'empoisonnement par le datura stramonium. — M. le docteur Paul Vergely rapporte l'observation d'une petite fille de trois ans qui s'était empoisonnée en mangeant les graines contenues dans une tête de datura stramonium. Après la cessation complète des accidents, du 22 février au 10 mars, tous les soirs, la pupille se dilate et l'enfant accuse un sentiment de sécheresse sur les lèvres. Ces phénomènes n'ont disparu que sous l'influence du sulfate de quinine, administré à la dose de 10 centigrammes par jour, dans du café noir, pendant quatre jours.

Un fait également à noter dans cette observation : c'est l'affaiblissement de la mémoire. Pendant les deux jours de maladie que cette enfant a subis, sa mère a remarqué qu'elle a oublié sa prière et qu'elle a de grandes difficultés à la retenir de nouveau.

(*Bordeaux méd.*)

Glycosurie alimentaire chez les cirrhotiques. — On sait, depuis les expériences de M. Cl. Bernard, que le foie a la propriété de retenir le sucre. Une solution de glycose injectée dans la veine jugulaire d'un chien détermine la production d'une glycosurie temporaire, tandis que, introduit dans l'économie par une des branches d'origine de la veine-porte, le suc ne se retrouve pas dans les urines. Cette propriété de retenir le sucre est bien propre au foie, car si l'on vient à supprimer cet organe au point de vue fonctionnel, en liant la veine-porte, bientôt on voit la glycosurie se manifester.

M. le docteur Lépine, après M. Colrat (de Lyon), a pensé avec raison que des malades atteints de certaines affections du foie, et se trouvant dans des conditions plus ou moins analogues à celle des animaux dont la veine-porte a été liée, pourraient être également susceptibles de présenter la *glycosurie alimentaire* de M. Cl. Bernard.

A cet effet, M. Lépine a soumis à l'usage du sucre trois individus atteints de cirrhose du foie, chez lesquels toute absence de sucre dans les urines avait été préalablement constatée. Il a fait prendre, dans un litre de tisane, dans les vingt-quatre heures, à l'un 300, à l'autre 400 et au dernier 500 grammes de glycose. Chez ce dernier, l'administration du sucre a été continuée pendant trois jours. Chez chacun de ces malades la glycosurie s'est manifestée le lendemain ou le surlendemain; elle a duré six jours chez le dernier.

A l'autopsie, on a trouvé les lésions typiques de la cirrhose; mais de plus, chez le dernier, des lésions peu avancées de pneumonie caséeuse.

Les mêmes expériences ont été répétées, sans succès, sur deux malades atteints de cancer du foie. Mais ici l'absence de glycosurie s'explique par le fonctionnement de la partie du foie, restée saine. Même insuccès cependant chez un phthisique, dont le foie volumineux, était probablement gras.

Quoi qu'il en soit, M. Lépine pense que l'administration d'une certaine dose de glycose pourrait être employée, comme moyen de diagnostic, dans quelques cas embarrassants, particulièrement quand on hésite entre une cirrhose et une péritonite chronique.

(*Gaz. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Le dernier volume paru des *Bulletins et mémoires de la Société de médecine des hôpitaux de Paris*;

3° Le premier volume des *Bulletins de la Société de chirurgie de Moscou pour* 1876.

PRÉSENTATIONS

M. Verneuil présente : 1° de la part de M. Roustan, professeur-agrégé à Montpellier, un mémoire manuscrit *sur les injections dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache* (Commis. : MM. Desprès, Horteloup, Tillaux); — 2° deux thèses récemment soutenues à Paris, intitulées, l'une : *De quelques explorations chirurgicales dangereuses*, et l'autre : *Blessures des foyers pathologiques*.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Depaul partage l'avis des chirurgiens qui sont opposés à l'opération du spina-bifida dans un délai rapproché de la naissance. Quelques-unes de ces tumeurs s'atrophient plus tard par suite du développement de l'enfant; et, si elles ont persisté, les nombreuses dissections que M. Depaul en a faites lui ont toujours démontré la présence de la moelle ou de nerfs nombreux, surtout à la région lombo-sacrée. D'ailleurs, d'autres tumeurs de la colonne vertébrale peuvent être confondues avec un véritable spina-bifida qui n'existe réellement que si les enveloppes de la moelle y sont comprises.

COMMUNICATION

Glaucome aigu guéri en quelques heures par la paracentèse irido-choroïdienne. — M. LE FORT passe en revue les diverses théories relatives à l'étiologie de cette maladie, dont le traitement classique, depuis les travaux de de Graefe, est l'iridectomie. En 1864, dans un mémoire sur ce sujet, il l'attribuait lui-même au refoulement de la papille en arrière et du cristallin en avant par l'accumulation d'un liquide séreux entre la choroïde et l'iris. Mais ce n'est qu'en 1872 qu'il eut l'occasion de mettre en pratique le traitement par la ponction.

Dans une communication faite cette même année au congrès de Bordeaux, M. Le Fort a relaté l'observation d'un jeune homme de vingt-six ans, qu'il avait traité à l'hôpital Lariboisière et guéri avec une seule ponction pratiquée à l'aide d'une large aiguille à cataracte. Le liquide échappé par l'ouverture était séreux et ne pouvait être confondu avec le corps vitré.

Au mois de janvier 1876, un deuxième fait se présenta à sa pratique, B..., domestique, n'ayant jamais eu la syphilis, avait ressenti, onze mois avant son entrée à l'hôpital, une légère tension dans l'œil droit, accompagnée d'une douleur intolérable; mais tout était rentré dans l'ordre au bout de trois jours, et B... attribuait ce petit accident à un *coup d'air*. Depuis ce moment, il avait eu plusieurs récidives, et s'était aperçu qu'en regardant une bougie, il voyait la flamme irisée. Deux jours avant son entrée, il avait éprouvé de la photophobie, du larmoiement, et avait vu se produire une saillie considérable de l'œil droit. Les paupières étaient saines; la conjonctive était injectée avec accompagnement de chémosis, et était insensible au contact d'un corps étranger; les douleurs étaient continues, et le malade éprouvait une sensation douloureuse. Après quatre jours d'un traitement resté sans effet par des sangsues, des purgatifs, et autres dérivatifs, M. Le Fort fit la ponction de la sclérotique à 6 ou 7 millimètres en arrière de la cornée, entre les muscles droits externe et supérieur. Quelques gouttes de liquide sortirent et le soulagement fut instantané. Le malade voulait partir le lendemain; il fut, par précaution, retenu encore un jour, et lorsqu'il quitta l'hôpital, quarante-huit heures après l'opération, il n'avait plus d'œdème conjonctival, et l'iris était contractile. La cornée, il est vrai, n'avait pas encore toute sa translucidité, mais M. Lécorché, qui avait adressé ce malade à M. Le Fort, l'a revu après sa sortie complétement guéri.

Ces deux exemples semblent confirmer la théorie émise en 1864 par M. Le Fort.

DISCUSSION

M. GIRAUD-TEULON pense que les deux observations recueillies par M. Le Fort se rapportent plutôt à une tension glaucomateuse de l'œil qu'à un glaucome confirmé. L'ophthalmoscope aurait pu lever les doutes, car il est certain que, dans le glaucome, la papille est excavée, et que ce n'est pas seulement une apparence donnée par l'injection séreuse entre la choroïde et la sclérotique. La ponction est d'ailleurs un traitement ancien pour combattre les accidents de tension exagérée de l'œil, mais ne suffit pas pour obtenir la guérison du glaucome. Les résultats obtenus sont aussi prompts avec l'iridectomie.

M. PERRIN. Au point de vue clinique, les deux faits de M. Le Fort sont très-intéressants; mais quant à la théorie, M. Perrin ne partage pas les idées de M. Le Fort. Le caractère fondamental du glaucome est l'atteinte portée à la papille et non la tension de l'œil, qui peut être passagère. On observe à l'ophthalmoscope le rétrécissement concentrique typique de la papille, et, par suite, le champ visuel est très-rétréci. Le siége de préférence des épanchements séreux n'est pas entre la choroïde et l'iris, mais dans le stroma.

M. LE FORT. Il est très-difficile de savoir s'il y a un épanchement liquide dans le glaucome aigu. On ne meurt pas de cette maladie et on ne peut observer à l'autopsie que des glaucomes chroniques. M. Le Fort avait fait construire en 1864 un œil artificiel avec lequel il démontrait comment se produisait ce refoulement de la pupille et du cristallin qu'il avait décrit. Malheureusement cet appareil est aujourd'hui en mauvais état. L'étendue du champ visuel est difficile à déterminer, et l'examen ophthalmoscopique impossible chez des malades affectés d'une photophobie intense. Quant à la question pratique, ces deux malades auraient subi l'iridectomie qu'ils ne seraient pas mieux, ni si rapidement guéris que par la simple ponction qui leur a été faite. L'un deux pouvait à peine distinguer l'emplacement de la fenêtre avant l'opération; une heure après il pouvait *lire* avec le nº 30 de Smellen, et à la visite du soir il lisait un journal.

COMMUNICATION

M. PONCET donne lecture d'une observation de *Synchysis étincelant*, avec examen microscopique. (Renvoyé à la commission déjà nommée).

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Cancer du testicule chez un enfant de dix mois. — M. DEPAUL présente une pièce véritablement rare dans les conditions où le fait a été observé. C'est un cancer du testicule chez un enfant de dix mois. Cet enfant, bien développé et bien portant, fils d'une nourrice de la Clinique, présentait il y a deux mois sur le testicule gauche une tumeur de 3 centimètres à 3 centimètres et demi de hauteur sur deux de largeur, presque cylindrique allant en diminuant vers la partie supérieure. Au palper on sentait un corps solide, non douloureux, à la partie supérieure duquel était attaché le cordon. Aucun autre corps ne rappelait ce testicule. Il n'y avait pas de liquide dans la tunique vaginale. La peau était mobile, mais collée sur cette tumeur. M. Depaul hésitait, entre une hypertrophie, une orchite, une tumeur tuberculeuse, dont d'ailleurs elle ne présentait pas les caractères, et enfin un cancer. Un traitement par les résolutifs restait sans résultat. Au contraire la peau de l'extrémité inférieure du scrotum rougit, devint adhérente, et suppura. Une ulcération se produisit par où la tumeur descendit en huit ou dix jours du tiers de sa hauteur. M. Depaul en fit l'extraction au moyen d'une incision verticale et de l'écraseur pour sectionner le cordon. En quinze jours la plaie fut cicatrisée. L'enfant paraît aujourd'hui guéri, et M. Depaul se propose de le surveiller puisqu'il doit rester un certain temps à la Clinique avec sa mère. La tumeur fut examinée par M. Latteux, sous-chef du laboratoire d'histologie de la Clinique. Elle présentait une structure mixte, sarcome dans une partie, et véritable carcinome dans une certaine étendue.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

1. Chenet. Étude sur le cancer du sein chez l'homme.
2. Chaignot. Du tremblement pulsatile.
3. Budin. De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.
4. Vicente. Considérations sur la paralysie radicale *a frigore*.
5. Normand. Du phimosis et de son traitement.
6. Souilhé. Du pansement simple dans le traitement des plaies avec perte de substance dans les amputations du sein.
7. Cardon. Essai sur les névromes généralisés.
8. Ferret. Étude sur un cas d'albuminurie.
9. Laprée. De quelques formes insolites de délire dans les périodes de début de la paralysie générale.
10. Chandelux. Contribution à l'étude des lésions rénales déterminées par les obstacles au cours de l'urine.
11. Salis. Étude sur les corps étrangers organiques de la tunique vaginale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 10 mai 1876, le concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques près l'École de médecine de Nantes, fixé au 9 novembre 1875, par arrêté du 28 août dernier, aura lieu le 2 août prochain.

— La première épreuve pour le concours des chirurgiens du Bureau central (épreuve clinique), s'est terminée mercredi 10 mai. — La seconde épreuve (médecine opératoire) a eu lieu aujourd'hui vendredi, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — La troisième épreuve (leçon de pathologie externe) commencera mercredi prochain 17 mai, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

— Dans la séance du 10 de ce mois, la Société des médecins des bureaux de bienfaisance a élu parmi ses membres associés libres nationaux :

MM. Barrier, médecin inspecteur des eaux de Luchon. — De Beauvais, ancien chef de clinique de la Faculté. — Duchaussoy, professeur agrégé libre de la Faculté. — Laroche, administrateur du bureau de bienfaisance du 8e arrondissement. — Michel Möring, ancien directeur de l'administration de l'Assistance publique. — Thierry Mieg, docteur en médecine à Paris.

— La Société française de tempérance décernera en 1877, des prix au meilleurs travaux sur les questions suivantes :

1re *question.* — Déterminer à l'aide d'analyses chimiques répétées, sur un grand nombre d'échantillons pris au hasard, chez les débitants de Paris ou de la province, les analogies et les différences qui existent entre l'esprit de vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs. — Le prix sera de 2,000 francs.

2e *question.* — Est-il possible de distinguer positivement, par l'examen des propriétés chimiques ou physiques, les vins et les eaux-de-vie naturels, c'est-à-dire provenant de la fermentation des jus de raisin ou de la distillation des jus fermentés, des vins ou des eaux-de-vie fabriqués ou mélangés avec des alcools d'autre provenance. — Le prix sera de 1,000 francs.

3e *question.* — Étude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques. — Le prix sera de 1,000 francs.

Elle décernera en 1878, des prix aux meilleurs travaux sur les questions suivantes :

1re *question.* — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine. — Le prix sera de 2,000 francs.

2e *question.* — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues, augmente ses propriétés toxiques. — Le prix sera de 1,000 fr.

Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1er janvier des années 1877 et 1878, pour les prix à décerner au commencement de chacune de ces années.

— *Hôpital des Enfants-malades.* — M. le docteur Saint-Germain commencera, le jeudi 18 mai, à neuf heures et demie, des conférences cliniques sur l'orthopédie (torticolis, déviations de la taille, pieds-bots, etc.), et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— *Excursion scientifique.* — M. Bureau fera sa prochaine herborisation le 14 mai 1876, à Chaville.

Rendez-vous à la gare de Chaville à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Montparnasse) à 11 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du frisson (pathogénie et nature), sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral, par le docteur Stoïcesco. — In-8° avec 35 tracés thermo-sphygmiques. Prix : 4 francs. — Paris, 1876, A. Coccoz.

Clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts. Compte rendu statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1874, par le docteur Fieuzal. — 1 vol. In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur le sulfate de quinine, par T. Fortin. — In-4°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1872, A. Coccoz.

Variation du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies, par le docteur Bonne. — In-8° avec treize tableaux lithographiés. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Grossesse et maladies du cœur, par le docteur Berthiot. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur le bain turc au point de vue hygiénique et thérapeutique, par le docteur G. Thiermes. — Prix : 1 franc. — Paris, F. Savy.

Brûlure par le grisou et accidents produits par son explosion dans les mines de houille, par le docteur Bousquet. — In-8°. Prix : 75 centimes. — Paris, 1876, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Cancer de l'estomac (1).

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

II

Je vous ai dit que nous avions trouvé chez notre malade une tumeur volumineuse, immobile, à bords mousses : mais sachez bien qu'il n'en est pas toujours ainsi. Souvent vous la trouverez mobile, et vous aurez alors une tumeur de l'épigastre, siégeant le plus ordinairement à la partie inférieure de cette région, et fuyant sous le doigt, à la pression. Cette mobilité indique habituellement que la tumeur a son siége sur la face antérieure ou en un point de la grande courbure de l'estomac. Il faut même que vous teniez toujours compte de son existence possible. Il m'est arrivé une fois de mettre en défaut un certain nombre de compétiteurs au Bureau central, en la refoulant jusque sous les fausses côtes. Aucun n'avait su la trouver. Je n'eus qu'à faire lever le malade, à lui recommander de faire une forte inspiration pour la remettre en évidence à l'hypogastre. De là ce précepte, lorsque vous êtes en présence d'un individu que vous soupçonnez atteint de cancer de l'estomac, de faire asseoir le malade sur son lit, et de lui faire faire de fortes inspirations, de manière que le diaphragme en s'abaissant chasse la tumeur. Enfin, dans ces cas, vous devez pratiquer l'exploration de l'estomac non pas de bas en haut mais de haut en bas, pour éviter de la refouler sous les côtes où elle échapperait à votre investigation.

L'immobilité, ici, peut tenir à deux causes : ou bien, comme c'est le cas chez ce malade, la tumeur occupe la partie antérieure et supérieure de la petite courbure, et alors elle confine à un point du pylore, ou bien, et cela a lieu un certain nombre de fois, cette immobilité est due à des adhérences pathologiques, peu probables ici parce qu'il n'y a pas de péritonite concomitante.

Il ne faut pas cependant attacher à l'existence de celle-ci une trop grande valeur, et il faut savoir que des adhérences peuvent se faire avec les organes voisins par simple contiguïté, par le fait même, envahissement du cancer. C'est ainsi que se développe le cancer du foie et qu'on voit quelquefois cet organe constituer le fond d'un ulcère cancéreux de l'intestin. C'est que dans ce cas, il s'est établi, entre le foie et l'organe malade, des adhérences qui en ont déterminé l'altération cancéreuse, par le seul fait du contact.

Ici, je ne crois pas que le foie soit envahi parce qu'il paraît normal : nous n'avons par conséquent pas à invoquer l'altération consécutive de cet organe à un cancer de l'estomac. La tumeur, comme je vous l'ai dit, est immobile parce qu'elle a son siége sur la petite courbure de l'estomac.

Les vomissements ici ne présentent rien de classique, ils ne sont pas en rapport avec un trouble déterminé. Autrefois, ils survenaient quelques heures après le repas, maintenant ils ont tout à fait disparu. Il faut donc savoir que les vomissements peuvent manquer complétement dans le cancer de l'estomac et que des individus même peuvent succomber à cette affection, sans les avoir jamais présentés. J'ai vu plusieurs cas de ce genre dont deux surtout m'ont frappé.

J'ai eu dans mon service, à la Pitié, un malade présentant une teinte cachectique avancée, une bouffissure de la face, sans albumine dans les urines, et de l'œdème des membres inférieurs et qui n'avait jamais eu de vomissement, ni de selles irrégulières. Je diagnostiquai, néanmoins, un cancer, et vraisemblablement, un cancer de l'estomac, quoi qu'il n'y eût pas non plus trace de tumeur à l'épigastre. Le malade déclinait rapidement, par le fait de l'inanition tenant au défaut de nutrition. A l'autopsie, je trouvai un cancer de l'estomac, siégeant vers le milieu de la face postérieure de l'organe.

Le cas suivant a été observé à Beaujon. Un vieillard qui offrait le type de la cachexie cancéreuse, entre dans le service : il était très-maigre, mais n'avait jamais eu de vomissements, et ne présentait aucune tumeur perceptible dans la région de l'épigastre. Il était évident cependant qu'il succombait à un cancer de l'estomac. Nous trouvâmes, en effet, dans cet organe, à l'autopsie, un paquet de consistance médiocre qu'on prît tout d'abord pour un bol alimentaire mais qui, n'était autre qu'une énorme masse encéphaloïde occupant la partie postérieure et inférieure de la grande courbure, un véritable échantillon de champignon cancéreux encéphaloïde, si je puis m'exprimer de la sorte.

Dans le cancer de l'estomac, le vomissement peut provenir de deux causes différentes. Tantôt il est, pour ainsi dire, mécanique et il survient alors peu de temps après l'ingestion des aliments. Il est dû au rétrécissement de l'orifice cardiaque que le bol alimentaire ne peut plus franchir. C'est une forme

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 mai.

rare, mais ce qui est plus commun, c'est de voir le vomissement survenir par le fait de l'occlusion du pylore. Dans ce cas, les aliments ne sont expulsés qu'après un temps très-long, quelquefois vingt ou vingt-deux heures après le repas, ainsi que je l'ai observé alors que j'étais dans le service de Lherminier. Dans le cas dont je vous parle, l'occlusion du pylore était complète; elle était déterminée par la présence d'un anneau squirrheux, très-dur, très-résistant, très-concentré qui obturait complétement l'orifice.

Le second mode de vomissement se rencontre chez les individus qui, au lieu de cette occlusion des orifices de l'estomac, ont un certain degré d'excitabilité de la muqueuse stomacale, excitabilité qui entraîne le vomissement comme le ferait une inflammation aiguë. L'ulcération cancéreuse irrite la muqueuse de l'estomac qui vomit alors par excitation, comme sous l'influence d'une inflammation véritable.

Il est important que vous connaissiez bien cette distinction, parce que, suivant le mode de vomissement, vous devez avoir recours à une thérapeutique différente. Tandis que vous êtes impuissants, contre celui qui revêt le caractère mécanique, vous pouvez, au contraire, au moyen d'une médication convenable, combattre l'état d'éréthisme, de susceptibilité spéciale de la muqueuse stomacale, et ainsi, faire cesser ou tout au moins modérer le vomissement qui est lié à cet état particulier de l'estomac.

Il faut que vous sachiez encore qu'un individu affecté de cancer de l'estomac, peut avoir pendant un certain temps une absence complète de vomissements, mais présenter à l'épigastre une tumeur qui vous permet de diagnostiquer le cancer, et que ce n'est que plus tard que se manifestent des vomissements de l'ordre mécanique. Ce symptôme signifie alors que l'altération cancéreuse, limitée en un point de la muqueuse, a fini par envoyer des digitations du côté du pylore, et qu'elle s'est propagée jusqu'à cet orifice. Dès lors, vous avez affaire à un cancer du pylore qui se présente avec tous les symptômes qui lui sont propres.

Le vomissement, quand il signifie cancer de l'estomac, revêt habituellement deux formes spéciales. Tout d'abord il est alimentaire. Ce caractère, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme nerveuse ou d'une gastralgie, ne peut tenir qu'à une affection cancéreuse. Je donne en ce moment des soins à une jeune femme dont le père est mort d'un cancer de l'estomac; quels que soient les aliments, dont elle fasse usage elle les vomit immédiatement. Elle ne présente aucun symptôme de cancer de l'estomac, mais c'est une femme hystérique, qui a de la gastralgie et chez laquelle il est à craindre que cette affection ne dégénère plus tard en cancer. Par intervalle, lorsqu'elle se distrait, sous l'influence de préoccupations agréables, elle garde une certaine portion d'aliments. Récemment elle est allée à Vienne où elle a fréquenté les bals, les soirées, les théâtres : elle a repris alors un certain embonpoint. De retour à Paris, les choses sont revenues à leur état habituel. Dans les cas analogues ayez toujours peur, car il est à craindre que la maladie, commençant par une gastralgie, ne finisse par un cancer.

Quoi qu'il en soit, sachez que le vomissement habituellement alimentaire, se produisant chez des individus, à moins qu'il ne s'agisse de jeunes femmes, a toujours une grande valeur au point de vue du cancer.

Le second caractère du vomissement c'est la coloration noire, et ce symptôme appartient surtout au cancer de l'estomac. On a bien signalé des exemples de vomissements marc de café dans l'ulcère simple, mais, dans cette affection, le sang est généralement rouge, rutilant, et l'hémorrhagie est ordinairement beaucoup plus abondante que dans le cancer.

Enfin, un fait sur lequel j'appellerai encore votre attention, car il a une certaine valeur diagnostique, c'est l'anorexie pour la viande qu'accusent certains individus. Je ne veux pas dire que tout individu qui présente ce symptôme soit voué au cancer de l'estomac, mais seulement que cette affection est possible lorsque ce dégoût profond pour la viande se rencontre chez un homme déjà avancé en âge. Dans ces cas, pour peu que le malade se plaigne d'avoir des rapports nidoreux, qu'il offre un certain degré d'œdème des malléoles, recherchez un cancer de l'intestin et, plus particulièrement, un cancer de l'estomac. J'ai vu le professeur Grisolle, en présence de ces seuls signes, diagnostiquer chez un individu qui n'avait jamais vomi, qui n'avait pas même maigri, un cancer de l'estomac qui ne tarda pas en effet à se manifester.

Comment meurent les individus affectés de cancer de l'estomac? Chez ce malade, la mort peut survenir de deux manières différentes. Le mode de terminaison le plus habituel, c'est celui qu'a indiqué Trousseau et dont il est mort lui-même, la mort par inanition. Le malade est dans l'impossibilité la plus absolue de se nourrir, tous les aliments, sous quelque forme qu'ils soient présentés, les liquides mêmes sont vomis. L'état de faiblesse est alors excessif, la langue est rouge, dépouillée, la soif est ardente et le patient tombe bientôt dans le coma. Il est bon que vous sachiez qu'il peut en être ainsi, car en présence du subdelirium, de la fièvre, que présentent ces malheureux, vous pourriez être portés à croire à une complication encéphalique, alors que vous avez simplement devant vous un homme qui meurt de faim. Ce cortége de symptômes, vous le rencontrerez fréquemment chez les lypémaniaques qui refusent les aliments et qu'on ne peut nourrir que difficilement à l'aide de la sonde œsophagienne.

Un autre genre de mort, c'est celui que provoque une péritonite accidentelle. A cet égard, je vous citerai l'exemple de la sœur d'un de mes amis qui se mourait lentement d'un cancer de l'estomac quand, en voulant prendre un objet sur sa table de nuit, elle fit un effort à la suite duquel elle ressentit une sorte de craquement. Immédiatement une péritonite suraiguë se déclara qui emporta la malade. Elle avait évidemment déterminé, par le mouvement qu'elle avait fait, la rupture de l'estomac dans le point ulcéré. Mais, en dehors d'accidents de ce genre, il n'est pas rare de voir une péritonite venir compliquer la scène.

Devant cette affection, comme en présence, du reste de toutes les maladies organiques, le médecin est malheureusement impuissant. Ce que nous pouvons faire, c'est de prescrire au malade, quand il peut la tolérer, une alimentation qui ne stimule pas trop énergiquement la contraction de l'estomac. A cet égard, le régime lacté est excellent. Je n'ai pas besoin, ici, d'insister sur cette pratique que recommandent certains médecins de faire manger les malades la tête en bas, sous prétexte que les aliments sont plus facilement digérés.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

J'ai déjà mis entre vos mains un sommaire détaillé de chaque leçon; mais je pense qu'il sera également utile d'établir plus

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 mai.

succinctement les propositions principales que je compte établir dans ce cours. Les voici :

1° Quelle que soit la variété d'un anévrysme, quelque rapproché qu'il soit du cœur, il ne faut pas le considérer comme incurable, mais il faut le soumettre à un traitement méthodique défini, interne ou externe.

2° L'anatomie pathologique et l'expérience chirurgicale prouvent, d'une manière certaine, l'influence curative de l'opération de Brasdor dans l'anévrysme de l'innominée et ses effets utiles dans quelques cas d'anévrysme de l'aorte.

3° Les artères peuvent être liées avec succès et s'oblitérer sans que leur continuité soit interrompue; et cette modification de la ligature, tout en donnant plus de sécurité contre l'hémorrhagie secondaire et en diminuant ainsi le danger de l'opération en général, pourra très-probablement dans l'avenir permettre au chirurgien de lier avec succès la première portion de la sous-clavière, soit en dessus, soit en dessous d'un anévrysme, ou même le tronc innominé.

4° La galvano-puncture peut être employée et donner une amélioration au moins temporaire dans les anévrysmes intra-thoraciques; son emploi n'est pas dangereux au point de rendre déraisonnables de nouvelles applications; et il y a lieu d'espérer que la méthode sera assez perfectionnée pour devenir un moyen de traitement inoffensif et régulier dans les anévrysmes thoraciques, les anévrysmes de la sous-clavière et autres.

5° Beaucoup de cas, tels que ceux où on a lié l'artère du côté du cœur pour des anévrysmes de la sous-clavière, de la sous-clavio-axillaire, peuvent être traités par des procédés perfectionnés de compression.

6° Les tumeurs anévrysmales situées à la partie inférieure de l'aorte abdominale, celles de l'artère mésentérique et autres branches de l'aorte, celles des artères iliaques peuvent être traitées avec succès par la coagulation rapide du sang au moyen de la compression; mais c'est là un moyen dangereux qui ne doit être employé que quand le traitement interne a été inutilement essayé.

7° Il y a des cas d'anévrysme de l'abdomen dans lesquels on pourrait essayer de mettre à exécution le conseil de M. Syme, d'employer l'opération ancienne.

Outre ces conclusions positives, j'espère vous présenter les considérations principales applicables à des questions sur lesquelles il est inutile, quant à présent, de porter un jugement définitif, comme sur la valeur de la manipulation dans les anévrysmes de la sous-clavière, ou la compression périphérique dans les anévrysmes de l'abdomen.

Ce fait élémentaire que les anévrysmes intra-thoraciques ne sont pas incurables, qu'ils affectent ou l'aorte ou l'innominée, servira de base à ce que j'ai à dire sur le traitement chirurgical de ces anévrysmes. On peut citer de nombreux exemples de malades qui atteints d'anévrysmes de la crosse de l'aorte, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement médical, sont revenus à un état de santé tolérable, ont vécu pendant longtemps et ont fini par mourir de causes étrangères à l'anévrysme. Je ne veux pas vous fatiguer par l'énumération d'exemples que tout le monde connaît, cependant j'aurai l'occasion de vous en citer incidemment quelques uns dans le cours de ma démonstration.

Je ne mettrai pas en question ce que l'anatomie pathologique prouve d'une manière péremptoire, c'est-à-dire que les anévrysmes de ces grosses artères sont souvent causés par une dégénérescence généralisée du système artériel; et que, lors même que nous pourrions guérir l'anévrysme actuellement en traitement, un autre peut très-bien apparaître au bout de peu de temps; ou il peut en exister simultanément un second qui est resté ignoré et qui peut occasionner la mort d'une manière inattendue, pendant que les efforts du traitement sont dirigés du côté de l'anévrysme qui a été constaté. Ce fait a été mis en lumière d'une manière remarquable par une observation récemment publiée par M. Christopher Heath (*Clin. Soc. Trans.*, vol. II., p. 8. *Pathol. Trans.*, vol. XX). Il s'agit d'un malade spontanément guéri d'un anévrysme de la sous-clavière gauche, qui vint, bientôt après, se faire soigner pour un anévrysme de la sous-clavière et de l'origine de la carotide du côté droit. On jugea que c'était un cas défavorable pour une intervention chirurgicale, de sorte que l'on n'entreprit aucun traitement actif. Ces soupçons furent justifiés par la mort soudaine du malade, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'aorte dont les symptômes avaient été masqués, pendant la vie, par ceux de l'autre anévrysme. La guérison d'un anévrysme n'empêcha donc pas le développement rapide d'un second, et lors même que le traitement dirigé contre le second aurait complétement réussi, il n'eut pas empêché la mort rendue inévitable par le développement du troisième anévrysme.

Mais en admettant qu'il soit difficile d'obtenir la solidification complète d'un anévrysme d'aussi grosses artères, et que lorsque l'on a eu le bonheur de l'obtenir, elle ne donne aucune garantie de guérison permanente, ce n'en est pas moins un devoir positif de tenter le traitement, si la guérison est possible et si même on ne peut espérer qu'un soulagement et la prolongation de l'existence. Et c'est non seulement possible mais c'est facile. Un traitement médical judicieux, par le repos systématiquement ordonné, est presque toujours suivi d'une amélioration temporaire. Dans les anévrysmes qui s'accroissent dans une direction déterminée où ils menacent d'importants organes, ou qui menacent de se rompre, il y a toujours une chance d'arrêter cet accroissement pour un certain temps et de pouvoir, par là, prolonger l'existence du patient. J'ose dire que ce point n'a pas encore été envisagé avec une suffisante attention. Nous sommes si préoccupés de savoir si un anévrysme peut, oui ou non, se solidifier complétement, que nous oublions facilement que sa solidification partielle est souvent suivie d'un amendement si marqué des symptômes, qu'il équivaut presque à une guérison temporaire.

Permettez-moi de combattre ici une objection que j'entendais faire dernièrement contre les tentatives de traitement faites dans le but d'obtenir la consolidation de la partie externe ou accessible d'un anévrysme thoracique. En admettant, disait-on, qu'une telle consolidation puisse être obtenue, elle serait plus nuisible qu'utile; car la partie externe du sac remplit, en quelque sorte, le rôle d'une soupape de sûreté pour éviter l'excès de pression de la partie interne, de sorte que cette consolidation aurait pour effet de rejeter toute l'impulsion de la colonne sanguine sur la partie interne et de hâter ainsi la rupture du sac. Cette objection semble plausible à première vue; mais il me semble qu'elle ne repose sur aucune base solide, soit clinique, soit pathologique. En réalité, les observations que je vais vous produire montrent que la solidification d'une semblable tumeur, n'est jamais ou presque jamais suivie de signes d'augmentation de tension dans une autre portion. La manière, d'après laquelle un anévrysme s'accroît, dépendra, non pas d'une extension passive produite par la pression du liquide s'exerçant généralement sur la paroi intérieure, mais d'un développement actif très-probablement accompagné d'un ramollissement inflammatoire d'une portion de ses parois. Et je soutiens que plus est étendue la surface que nous pouvons protéger et recrépir, si j'ose m'exprimer

ainsi, à l'aide d'un caillot solide et adhérent, et plus notre malade sera à l'abri de cette tendance fatale du sac à pousser des prolongements et enfin à se rompre.

Je puis vous citer, comme exemple, le cas qui a fourni cette série de dessins que m'a prêtés M. Cockle. Vous remarquerez que la tumeur, qui paraissait être à l'extérieur d'un volume moyen quand le malade fut observé pour la première fois, s'est rapidement accrue du côté de la peau. Elle s'est répandue dans le tissu cellulaire, formant une masse volumineuse qui enveloppait toute la racine du cou et qui causa la mort, soit par dyspnée, soit par hémorrhagie sous-cutanée. Si l'on avait pu obtenir la solidification de cette portion externe, la portion interne aurait pu, certainement, avoir déjà assez de solidité pour supporter la pression de l'ondée sanguine et être suffisamment éloignée de toute cause d'irritation, pour être exempte du risque de ramollissement actif. En somme, pourquoi laisser votre malade exposé à un danger manifestement imminent, sous prétexte que si vous éloignez de lui ce danger, il peut tomber dans un autre dont l'imminence ne vous est pas prouvée ?

Les chances de guérison dans les anévrysmes thoraciques varient suivant un nombre infini de circonstances, outre la présence ou l'absence de dégénérescence plus ou moins étendue du système artériel. Une des plus manifestes est la forme de la tumeur. Les anévrysmes cylindriques (tel que l'exemple qu'on trouvera dans les *Pathol. Trans.* vol. III, p. 50), sont évidemment moins susceptibles de guérison que les anévrysmes sacciformes ou latéraux. Dans ces cas, cependant, les symptômes sont moins sérieux. Le malade en question souffrait peu de sa dilatation anévrysmale, bien qu'elle s'étendît, par en bas jusqu'à l'aisselle et par en haut jusqu'à la partie moyenne du cou ; et cette affection fut probablement étrangère à sa mort. J'ai vu dernièrement au Royal-Free-Hospital, deux malades du docteur Cockle, atteints en apparence d'une affection semblable, l'un depuis dix ans, l'autre depuis quatre ans et qui, en réalité, en étaient fort peu incommodés.

Mais, bien que la guérison de ces anévrysmes soit peu probable, il s'en faut qu'elle soit impossible. Une préparation venant de notre musée (n° 1641) montre une dilatation de cette nature, mais plus petite et n'affectant que la crosse de l'aorte, dont toute la paroi est doublée de couches de fibrine, laissant au centre un canal du même diamètre, ou à peu près, que celui de l'aorte normale ; et vous pouvez remarquer qu'ici la guérison est accompagnée de l'arrêt d'un caillot dans l'orifice de la sous-clavière gauche. Cette préparation est malheureusement sans l'observation, mais il paraît probable que cette dilatation anévrysmale a dû être au moins temporairement guérie.

OPTIQUE PHYSIOLOGIQUE

Mesure du diamètre de la pupille et des cercles de diffusion.

par le docteur Badal.

Toutes les fois qu'un œil n'est pas exactement accommodé pour la distance à laquelle se trouve l'objet qui sert de point de fixation, chacun des points de cet objet, au lieu de former foyer sur la rétine, se peint par un cercle de diffusion.

Du rapport, qui existe entre le diamètre des cercles de diffusion et la grandeur totale de l'image, résulte le trouble plus ou moins prononcé de la vision.

En supposant les milieux transparents, la grandeur des cercles de diffusion dépend : 1° du degré d'amétropie (myopie, hypermétropie ou astigmatisme) et de l'impuissance de la réfraction dynamique à produire une accommodation exacte ; 2° du diamètre de la pupille.

Toutes choses égales d'ailleurs, la grandeur des cercles de diffusion croît avec le diamètre de la pupille, et diminue quand la pupille se rétrécit. Si l'ouverture de l'écran irien pouvait se réduire à un point, l'œil serait transformé en une véritable chambre noire donnant des images nettes à toute distances, et dans laquelle, par conséquent, le rôle de l'appareil lenticulaire, serait réduit à néant. C'est ce qui arrive lorsqu'on place devant l'œil un écran percé d'un trou d'épingle (lorgnon sténopéique).

Ces faits, connus de tout temps, expliquent pourquoi la vision, à la même distance, est loin d'être également défectueuse chez des sujets du même âge, atteints d'un même degré d'amétropie. Par exemple, de deux myopes placés dans des conditions en apparence identiques, l'un pourra faire un tireur passable, et l'autre ne verra le but que très-confusément : c'est que la pupille du premier est étroite, relativement à celle du second.

Toutes les fois, donc, que l'on aura à examiner des anomalies de la réfraction, soit pour les corriger à l'aide de verres appropriés, soit pour se prononcer sur l'aptitude à telle ou telle profession proscrivant l'emploi des lunettes, il faudra tenir grand compte de l'état de la pupille.

J'ai grand soin, maintenant, à ma clinique, d'examiner à ce point de vue les sujets qui se présentent.

Le procédé, aussi simple que pratique, employé pour la mesure du diamètre de la pupille, est basé sur le fait suivant, dont le premier j'ai donné la démonstration.

Toutes les fois que deux points lumineux dessinent sur la rétine des cercles de diffusion qui se touchent, le diamètre de la pupille est précisément égal à l'écartement de ces points lumineux, quelle que soit leur distance à l'œil.

Soient A et A' deux points lumineux situés dans un plan perpendiculaire à l'axe visuel et à égale distance de cet axe ;

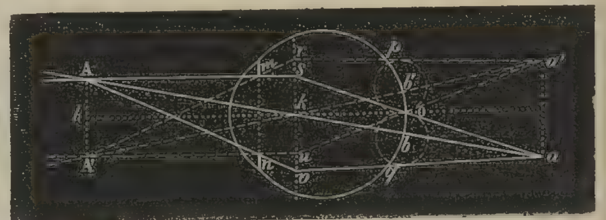
— a et a' les points de convergence des rayons réfractés ;

— op et oq les cercles de diffusion formés sur la rétine ;

— $rsuv$ un plan mené perpendiculairement à l'axe par le centre de réfraction de l'œil (point nodal, situé, comme on sait, à 8 millimètres en arrière de la cornée) et au niveau duquel on peut supposer se faire la réfraction des rayons lumineux ;

— mn le diamètre de la pupille.

Si les deux points lumineux sont mobiles, il y aura un certain écartement de ces points pour lequel les cercles de diffusion se toucheront sur l'axe, en o, comme l'indique la figure.



Mais alors, et en supposant l'œil *emmétrope*, le point o, commun aux deux cercles, se trouve au foyer de l'appareil réfringent de l'œil. Tout rayon réfracté, tel que $s\,o\,a$, passant par ce point O, doit donc, avant son entrée dans l'œil, avoir été parallèle à l'axe, et, puisque ce même rayon a dû affleurer le bord de la pupille, il s'en suit que si l'on joint le point s au point m, et que par ce dernier on mène une parallèle à l'axe, le foyer conjugué de a devra se trouver quelque part sur cette parallèle. Ce foyer conjugué, devant se trouver aussi sur le prolongement de la ligne qui joint le point a au centre de réfraction de l'œil, ne pourra se trouver qu'à l'intersection des deux lignes, en A. Même raisonnement pour les points a' et A'. Les lignes mA, nA' étant parallèles, il est évident que AA' $= mn$, et cela *quelle que soit la distance des points lumineux à l'œil.*

Si ces points sont très-éloignés, les cercles de diffusion seront très-petits, puisque alors les axes secondaires tendent à se confondre avec l'axe principal, mais cela ne change rien à la démonstration.

Le fait était connu depuis longtemps pour deux points situés au foyer *antérieur* de l'œil, et c'est là-dessus, précisément, que Robert

Houdin avait basé la construction d'un petit instrument pour la mesure du diamètre de la pupille. La démonstration, dans ce cas, est beaucoup plus simple, mais il n'y a là qu'un cas particulier de la théorie générale que je viens de faire connaître et que ne paraît avoir soupçonnée aucun des auteurs qui ont étudié la formation des images entoptiques, produites par deux faisceaux de rayons homocentriques (Brewster, Donders, Doncan, cités par Helmholtz, *Optique physiologique*, édition française, p. 223).

En outre, le point précis auquel Robert Houdin se croyait obligé de placer les deux point lumineux, étant très-peu éloigné de la cornée (12 millimètres), il en résulte que les axes secondaires menés par A et A' font avec l'axe principal des angles relativement considérables, pour lesquels la théorie des lentilles cesse d'être exacte. Déjà sur la figure schématique, où les points sont à 2 centimètres environ de l'œil, l'erreur est fort sensible, puisque les cercles de diffusion ne paraissent plus centrés sur les axes secondaires. Il faut donc, pour que la théorie soit applicable, s'éloigner de l'œil bien davantage, sans pourtant se placer trop loin, car alors les cercles de diffusion deviennent si petits qu'il est difficile de saisir le moment précis du contact.

La distance de 15 centimètres, comptée à partir du centre de réfraction de l'œil, me paraît fort convenable; elle a l'avantage de rendre très-simple le calcul de la grandeur des cercles de diffusion.

Calcul du diamètre des cercles de diffusion. — La formule de Listing, reproduite par Helmholtz (*loc. cit.* p. 136) suppose la mesure préalable du diamètre de la pupille, par un procédé différent du mien, et qui nécessite de nombreuses corrections. Aussi l'auteur, dans ses calculs, prend-il simplement, comme exemple, une pupille de 4 millimètres de diamètre.

La formule que je vais établir, fort simple et déduite de considérations vraiment élémentaires, permet de déterminer la grandeur des cercles de diffusion en même temps que le diamètre de la pupille.

Supposons, comme précédemment, que les deux cercles de diffusion se touchent. Dans cette situation, les axes secondaires joignant chaque point lumineux à son image, la ligne qui joint les deux points lumineux et celle qui joint les centres des cercles de diffusion limitent deux triangles semblables se touchant par leur sommet, au centre de réfraction de l'œil.

Soit α la distance AA';

— g la distance de ces points au centre de réfraction;

— φ la distance du centre de réfraction à la rétine : trois valeurs connues.

— β le diamètre cherché des cercles de diffusion.

On a :

$$\frac{\beta}{\alpha}=\frac{\varphi}{g}, \text{ d'où } \beta=\alpha\frac{\varphi}{g}$$

En d'autres termes, *la grandeur des cercles de diffusion est égale à l'écartement des deux points lumineux, multiplié par une fraction dont le numérateur est la distance du point nodal à la rétine* (*15 millimètres*), *et le dénominateur, la distance des points lumineux à l'œil.*

Si cette dernière distance est égale à 15 centimètres, comme je l'ai supposé précédemment, on a :

$$\beta=\alpha\frac{0,015}{0,15}=1/10\,\alpha$$

En résumé, en se plaçant à 15 centimètres de l'œil, le diamètre des cercles de diffusion se trouve être le dixième de l'écartement des deux points lumineux, ou, ce qui revient au même, le dixième du diamètre de la pupille.

Dans l'œil amétrope, où la distance du point nodal à la rétine n'est plus exactement de 15 millimètres, il est nécessaire de tenir compte de la différence, chose toujours facile, connaissant le *punctum remotum* qu'on peut déterminer à l'avance.

Dans le même cas, la mesure mathématique du diamètre de la pupille nécessite une correction plus complexe. Je crois inutile de reproduire ici la formule à laquelle je suis arrivé. Dans la pratique où des erreurs portant sur des dixièmes de millimètre sont tout à fait négligeables, l'emploi de cette formule est entièrement inutile.

Manuel opératoire. — Je me borne, à ma clinique, à prendre la mesure du diamètre de la pupille et des cercles de diffusion, dans la *vision au loin*, ce qui est suffisant pour des mesures comparatives.

A cet effet, je me sers d'un tube cylindrique de 15 centimètres de longueur, dont l'extrémité ouverte est appliquée contre l'œil à examiner, et dont l'autre extrémité est fermée par un système de deux écrans percés chacun d'un trou d'épingle, pouvant s'éloigner ou se rapprocher à volonté. L'autre œil étant ouvert, le sujet dirige son regard au loin, vers une surface bien éclairée, un mur blanc par exemple, ou mieux un ciel bien pur, et amène les deux cercles de diffusion au contact.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 mai 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De la structure des spermatozoïdes. — M. HIPPOLYTE MARTIN rappelle que, dans une première communication qu'il a faite à la Société sur la structure des bactéries, il a cru pouvoir les ranger au nombre des éléments dits de substance contractile vivante. Parmi ces éléments, le spermatozoïde, lui paraît, uniquement par sa structure bien entendu, pouvoir occuper le second rang.

Je ne rappellerai point ici, dit-il, les travaux dont ces petits organismes spermatiques ont été le sujet depuis leur origine, mais je signalerai simplement les recherches de T. Eimer. Cet auteur a décrit au centre des spermatozoïdes, un petit filament uniforme qui se continue jusque dans la tête de l'élément. Pour lui, l'espace clair qui existe entre la tête et le corps résulte d'une interruption dans la gangue extérieure, de sorte qu'à ce niveau le col ne serait constitué que par le filament.

Dans les recherches que M. Martin communique à la Société, il a surtout étudié les spermatozoïdes d'un gastéropode, le limaçon ou escargot vulgaire, des batraciens et de l'homme, toujours à de très-forts grossissements.

Sur un spermatozoïde de limaçon, on distingue nettement le filament central tel qu'il a été décrit par Eimer, et il apparaît, de fait, uniforme dans toute son étendue.

Mais procédons alors, ajoute M. Martin, comme pour certaines coupes microscopiques, de la moelle en particulier; traitons, en d'autres termes, la préparation par une substance clarifiante, soit l'essence de clous de girofles. Des spermatozoïdes de limaçon ainsi préparés sont d'une transparence parfaite, et le filament central loin d'être uniforme, apparaît alors comme une belle traînée de granulations parfaitement régulières que l'on retrouve également dans la tête, mais dont la chaîne est interrompue au niveau du col.

Des spermatozoïdes de grenouilles, semblablement préparés, offrent le même aspect. Il en est, enfin, de même des spermatozoïdes de l'homme, et probablement de tous les mammifères. Mais ici, la tête offre des détails intéressants à signaler : lorsqu'elle est vue de face, elle apparaît bordée d'une belle série de granulations qui en suivent très-régulièrement le contour. Vue de profil elle a, on le sait, un aspect pyriforme caractéristique, et les deux traînées de granulations que l'on aperçoit alors sur les bords ne sont que deux portions distinctes des deux circonférences granuleuses des faces.

Enfin on y voit dans le centre le malléole sur lequel T. Eimer a particulièrement insisté.

Mesure du diamètre de la pupille et des cercles de diffusion. — M. BADAL fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

ÉLECTION

La Société procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire.

M. Bochefontaine, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mai 1876. — Présidence de M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADE

Tuberculose miliaire de la gorge. — M. ISAMBERT présente une petite fille de quatre ans et demi, atteinte de cette lésion curieuse qu'il a étudiée depuis plusieurs années avec MM. Bucquoy, Féréol, Martineau, etc., sous le nom de tuberculose miliaire de la gorge. Les lésions, chez cette petite malade, sont tout à fait typiques et couvrent toute l'arcade de l'isthme du gosier. Elles sont caractérisées par la présence de granulations grises, tuberculeuses, semblables à des grains de semoule, et entourées d'une zone inflammatoire d'un rose vif, mais très-restreinte. L'épiglotte est également infiltrée et volumineuse, et il est probable que le larynx est déjà atteint profondément, bien que l'examen laryngoscopique n'ait pas encore été complet. L'état des poumons est masqué par des ronchus sonores, très-abondants, et par des bruits transmis du larynx. C'est la première fois que cette lésion est observée chez un enfant si jeune. On sait que la tuberculose miliaire aiguë du poumon en est la terminaison ordinaire.

Comme point de comparaison, M. Isambert présente, pour la seconde fois, une femme adulte atteinte de la même maladie, et qu'il a déjà présentée à la Société, il y a quatre ou cinq mois. Depuis cette époque, la luette est tombée spontanément, et depuis cette chute le voile du palais n'étant plus tiraillé est entré dans une phase de réparation. Les granulations grises se sont énucléées en grande partie; les surfaces restantes présentent une grande analogie avec les ulcérations tuberculeuses de la langue. Malheureusement la maladie marche du côté du larynx et des poumons.

RAPPORT

Croup et trachéotomie. — M. CADET DE GASSICOURT, au nom d'une commission composée de MM. Archambault, Blachez et Cadet de Gassicourt, lit un rapport sur un mémoire de M. Revilliod (de Genève), relatif au croup et à la trachéotomie. Sur quatre-vingt-sept trachéotomies, M. Revilliod a obtenu trente-huit guérisons; c'est là une proportion de guérisons bien supérieure à celle qu'on observe dans nos hôpitaux, qui est à peine de 30 pour 100. M. le rapporteur cherche à expliquer les raisons de cette grande différence.

Il propose, en terminant : 1° d'inscrire le nom de M. Revilliod parmi les candidats au titre de membre correspondant étranger; 2° de renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURE

M. LIOUVILLE donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société médicale des hôpitaux, aux obsèques de M. Béhier.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

On ne manque point ici de faire remarquer, à ce sujet, combien l'enseignement est devenu en Allemagne de plus en plus démonstratif, qu'il s'agisse d'anatomie, de physiologie, de chirurgie, de médecine pratique, de laboratoires ou d'hôpitaux. « Jusque vers 1840, et même 1850, dans certaines universités, nous autres Allemands, nous nous contentions trop facilement de présenter notre enseignement dogmatiquement; nos leçons adoptaient trop souvent une forme systématique dont l'élève ne pouvait tirer grand fruit, car elles n'excitaient en son esprit nulle idée d'initiative personnelle. Mais, depuis ce temps, c'est une prétention générale parmi nos professeurs de ne pas donner seulement les résultats des travaux antérieurs, des recherches devenues classiques; ils veulent que l'étudiant approfondisse par lui-même, agisse lui-même. Aussi ce qui caractérise l'esprit de nos universités, c'est qu'on n'y enseigne pas uniquement des choses toutes faites et cent fois répétées; c'est qu'elles sont pour l'étudiant de vastes laboratoires où, guidé, il pourra travailler par lui-même et faire, tout comme ses maîtres, des recherches personnelles et originales. Nos universités ne sont pas comparables aux établissements du même genre à l'étranger : elles leur sont infiniment supérieures, elles sont à la fois *écoles* et *académies*. Quand nous jetons les yeux sur l'Europe et sur le monde, nous ne trouvons pas une seule nation qui, en matière d'enseignement scientifique supérieur, ait visé un but idéal plus noble, et puisse (si d'aventure elle l'avait entrevu) avoir, comme nous, le grand et légitime orgueil de l'avoir pleinement atteint. »

Tel est, en général, le sens des pages qu'il faut lire et des conversations qu'il faut entendre, quand on veut s'instruire ici de ce qui touche les universités. En ce qui concerne la méthode de l'enseignement clinique, les Allemands ne sont pas moins fiers, mais ils n'en recherchent pas moins le mieux, avec le plus grand zèle.

M. de Ziemssen, dans un récent écrit (1), s'est fait l'écho de cette admiration dont il est lui-même pénétré, et propose en même temps un certain nombre de réformes nécessaires.

« La méthode de notre enseignement médical et surtout clinique dans les universités allemandes est appréciée à une si haute valeur, dit-il, qu'en mille endroits à l'étranger elle est devenue une règle et un modèle pour les réformes à faire. La cause d'un si beau succès réside, sans doute, dans les progrès de notre méthode et dans le mouvement graduel et régulier, qui guide et emporte les élèves, depuis le commencement de leurs études jusqu'à leur propre action médicale près des lits des malades, dans la clinique et la policlinique. L'importance, que l'on donne en Allemagne à une éducation clinique pratique, trouve partout le plus favorable accueil, et jamais notre *précision allemande*, déjà passée en proverbe, n'aura été plus justement louée.

« Cependant si, nous autres allemands, nous regardons la chose sans passion, sans préjugé; si nous apprécions, en cliniciens, le résultat de l'enseignement clinique tel qu'il apparaît dans les *examens d'état* (2), et dans la pratique des jeunes médecins, nous ne pouvons pas nier que cette éducation pratique clinique n'est pas si excellente, pour la plupart des étudiants, qu'elle devrait l'être. Avouons même que la méthode de l'enseignement clinique est restée en arrière, si on la compare avec les progrès du diagnostic et de la thérapie. C'est là un grand vide que beaucoup ne peuvent remplir dans la pratique privée qu'aux dépens de leur réputation, que quelques-uns comblent en faisant des voyages scientifiques, mais que le plus grand nombre ne comble point du tout. »

L'article du professeur de Ziemssen finit un peu comme le personnage décrit par le poëte :

Desinit in piscem..... formosa superne.

Tout est parfait, cependant tout pourrait être mieux : il est vrai que c'est une confession entre compatriotes.

Que si l'on hasarde quelques observations critiques au sujet d'un engoûment qui semble, après réflexion comme au premier abord, le résultat d'une exaltation patriotique réellement trop exagérée, on vous répond que cet amour du mieux, malgré l'excellent, est une disposition particulièrement allemande. Ouvrez le livre de M. Bil-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 mai.

(1) *Ueber den Klinischen Unterricht in Deutschland.* — *Deutches Archiv für Klinische Medicin.* Bd. XIII.

(2) On appelle ainsi, en Allemagne, les examens qui confèrent au jeune médecin devenu docteur, le droit de pratiquer. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant des examens de médecine en Allemagne et en Autriche.

lroth, lisez le curieux écrit de M. Henri de Sybel (1), les observations non moins intéressantes de M. Ravoth (2), la brochure de M. Stern (3), vous retrouverez toujours le même fonds de complaisante et naïve admiration, tantôt dans une forme brutalement élogieuse, tantôt avec les ménagements d'une plume plus maîtresse d'elle-même.

Cet éloge passionné de l'excellence des méthodes allemandes, et notamment de l'excellence de la méthode clinique mérite vraiment examen. Ce n'est pas seulement en médecine que l'on a à subir l'audition de pareils déluges de louanges, prodiguées à tort et à travers aux établissements d'enseignement supérieur, on sait qu'en ce qui concerne l'enseignement des gymnases ou enseignement secondaire, les Allemands ne sont pas moins fiers de leurs méthodes. « Les Français manquent de méthodes; rien de plus pauvre que leur pédagogie; existe-t-il même une pédagogie outre-Rhin? »

Un écrivain qui honore l'esprit français, M. Renan (4), remarquait avec beaucoup de sens qu'un tel reproche venait certainement d'une connaissance insuffisante de nos institutions d'enseignement et de leurs véritables procédés. La France, au contraire, est le pays où il a été fait le plus pour la pédagogie, c'est-à-dire pour l'application d'une méthode rationnelle à l'enseignement des belles lettres à la jeunesse. Rollin, avec son *Traité des études*, n'a pu être surpassé, mais il a pu être beaucoup copié. Nous avons eu le tort, ajoute M. Renan, de ne point réunir en corps de doctrine toutes les idées nouvelles que nous avons appliquées, depuis le commencement du siècle, à notre enseignement secondaire. Nous n'avons point mis au jour de *Traité de Méthodologie*, d'in-octavos *sur la Pédagogie*, etc., et, en cela, nous avons peut-être laissé croire aux esprits, que les publications volumineuses convainquent comme les meilleurs arguments, que ces questions ne nous touchaient plus. On sent tout ce qu'il y a de superficiel et d'injuste dans ces appréciations de l'étranger.

Nous dirions volontiers la même chose, au sujet de la méthode médicale allemande, de sa supériorité sur toutes les méthodes étrangères, et de la prétendue admiration que le monde entier a vouée en particulier à la méthode clinique des facultés germaniques. Bien qu'il y ait, à nos yeux, toujours quelque chose de puéril dans ces discussions de préséance, et que ces subtilités nous paraissent plus du ressort d'une polémique infructueuse et vaine que d'une étude sérieuse et réfléchie, on ne saurait laisser passer les appréciations de M. de Ziemssen, et les dires des maîtres dont nous avons très-fidèlement rapporté les jugements, sans présenter quelques observations.

Nous ne connaissons pas, en effet, de publications françaises nombreuses et répandues sur la méthode dans l'enseignement de la médecine; et nous ne voyons pas, à vrai dire, la nécessité d'un Rollin médical pour mettre quelque ordre dans l'étude des sciences biologiques.

(1) *Die deutschen Universitaeten, ihre Lerslungen und Bedurfinsse.* — Bonn, 1874.
(2) *Zur Revision und Reformirung der Lehr-und Lernmethoden an der Universitaeten, haupt saelich der Medicin.* — Berlin, 1874.
(3) *Die propaedeutische Klinik.* — Wienn, 1870.
(4) *Questions contemporaines.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le fisc continue ses poursuites en matière de certificats. Nous avons déjà cité un premier cas : un de nos confrères nous apprend qu'un médecin de son voisinage vient de se voir condamner à une amende de soixante et quelques francs pour certificat délivré sur papier non timbré.

Ces poursuites inquiètent le corps médical qui se demande où s'arrêteront les prétentions du fisc. Nous pensons que jusqu'à ce que l'opinion publique ait fait justice de ces exigences qui deviennent monstrueuses en certains cas (vaccine, pauvreté reconnue, etc.), le médecin ne doit plus délivrer aucun certificat sur papier libre. Quelle que soit la nature du certificat, il faut le faire sur papier timbré, sans aucune exception.

— Le correspondant qui nous a communiqué l'opinion de M. Josse sur les pansements rares est M. le docteur Lesenne et non Lescure, comme il a été imprimé par erreur. Nous profitons de cette rectification pour rappeler que M. Josse ne revendiquait rien, car il pensait que les questions de priorité sont toujours difficiles à résoudre et que l'idée, qu'on croyait faire connaître le premier, a été souvent appliquée bien auparavant.

— La Société des médecins des bureaux de bienfance met au concours la question suivante :

Faire connaître les différentes œuvres d'assistance privée à Paris, en province, ou à l'étranger qui, par leurs secours personnels ou matériels, permettent de pratiquer, à domicile, la médecine et la chirurgie des pauvres.

Les récompenses consisteront en une médaille d'or et en plusieurs médailles d'argent.

Adresser les mémoires, suivant les usages académiques, avant le 30 juin 1877, terme de rigueur, à M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le docteur Leven a donné lecture dans cette séance d'un mémoire sur la dyspepsie. L'histoire des maladies de l'estomac est une des plus singulières et des plus tourmentées peut-être de toute la pathologie. Autrefois le siége d'autant de maladies diverses que l'on comptait de symptômes accusateurs de son état de souffrance, l'estomac n'était plus susceptible que d'un seul mode pathologique, la gastrite, sous le règne de la doctrine de l'irritation; mais en revanche la gastrite était partout, elle faisait partie intégrante et nécessaire de tout état morbide aigu ou chronique, elle dominait la pathologie tout entière. Mais bientôt ce viscère, qui, suivant l'expression pittoresque de Lallemand, portait la parole au nom de tous les autres, au milieu du trouble général de l'économie, n'a pas tardé à déchoir de ce rôle important; et du plus susceptible, du plus irritable de tous les organes, il était devenu le plus calme et le plus tolérant. Cependant, comme en dépit de la versatilité des opinions il n'en continuait pas moins à user, à l'occasion, du droit de se plaindre à sa manière, il a bien fallu s'en occuper de nouveau. La gastrite était discréditée, elle a fait place au règne de la gastralgie et de la dyspepsie avec toutes ses formes et ses variétés.

On sait avec quelle ardeur et quel zèle scientifique M. Leven s'est emparé de cette question. D'une série d'études, d'abord purement physiologiques sur les divers éléments et les conditions du travail de la digestion, il s'est graduellement élevé à la considération des éléments constitutifs de l'état pathologique. Dans le mémoire qu'il a lu hier, c'est en s'appuyant à la fois sur des expériences et sur des observations et des analyses cliniques, qu'il est arrivé aux conclusions qu'il propose et qui aboutissent, en définitive, à attribuer tous les symptômes morbides de la dyspepsie à l'inflammation de la muqueuse stomacale et des membranes sus-jacentes.

C'est, comme on le voit, une reconstitution de la gastrite, mais avec un appareil de démonstration anatomique, physiologique et clinique qui manquait à la gastrite Broussaisienne. Aura-t-elle, nous ne dirons pas une meilleure fortune, mais une existence plus durable? La question vaudrait la peine d'être étudiée et examinée de près, et il serait vivement à désirer que l'Académie la mît à son ordre du jour. C'est affaire au rapporteur de la commission, si le cœur lui en dit.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Cancer de l'intestin. — Siége précis inconnu.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

I

Déjà dans nombre de circonstances, vous avez dû vous apercevoir que la clinique offrait de grandes difficultés et que les données qu'elle présentait, ne permettaient pas toujours de conclure à une affirmation bien rigoureuse, bien précise et irréfutable. Mais, même dans les cas les moins nets, on peut toujours, en serrant le problème et en dominant la question, arriver jusqu'à un degré de précision presque voisin de la certitude. Pour cela, il faut, dans ces cas douteux, recourir à une méthode bien différente de celle que je vous vois employer. C'est pourquoi je crois vous rendre un véritable service, en vous montrant par quelle série d'opérations passe mon esprit, quand je fais le diagnostic d'une maladie. Ce sera un moyen de vous faire comprendre la conduite que vous avez à tenir, en présence de ces cas difficiles.

Le malade que je choisirai pour exemple est un homme de soixante et un ans, exerçant la profession de courtier en vins, et actuellement couché au n° 24 de la salle Sainte-Jeanne où il est entré le 17 mars 1876.

Son père est mort à l'âge de quarante-sept ans, d'une maladie dont il est impossible de déterminer la nature, maladie qui aurait suivi une marche chronique et aurait été amenée par de nombreux excès alcooliques.

Sa mère est morte d'une affection aiguë qui aurait duré onze jours. Enfin une de ses sœurs aurait succombé à une affection chronique qui aurait duré plusieurs mois.

A l'âge de quarante-cinq ans, il eut une jaunisse qui dura trois mois et ne fut accompagnée d'aucune douleur.

Il y a sept ans, il fut pris d'une diarrhée grave qui dura une huitaine de jours : le médecin qu'il consulta diagnostiqua une attaque de cholérine.

Cet homme a toujours bien gagné sa vie : il n'a jamais souffert de la misère si ce n'est pendant le siége. Il avoue d'assez nombreux excès alcooliques.

Il y a dix mois, sa maladie commença par de la diarrhée; il

allait à la selle trois ou quatre fois par jour. Les matières étaient mélangées tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir. Malgré cette diarrhée, l'abdomen resta toujours indolore.

Ce phénomène continuant, le malade s'affaiblit progressivement et fut obligé d'entrer une première fois à l'Hôtel-Dieu dans le courant de janvier 1876, salle Sainte-Jeanne, n° 12.

A ce moment, la persistance de la diarrhée, l'aspect cachectique du malade et la présence du sang dans les selles, firent admettre l'existence d'un cancer de l'intestin.

On prescrivit un régime lacté dans le but d'arrêter ou, tout au moins, de diminuer la diarrhée. Ce traitement réussit assez bien : le malade reprit des forces et malgré nos conseils, sortit de l'hôpital dans le courant de février.

Mais bientôt, il fut incapable de continuer ses travaux : le ventre augmenta de volume, la cachexie devint chaque jour plus évidente, la diarrhée reparut alternant avec la constipation, les forces diminuèrent rapidement et, le 18 mars, il rentrait à la salle Sainte-Jeanne.

État actuel, 21 mars. Le malade est dans l'apyrexie complète; son teint est pâle, cachectique, très-légèrement jaunâtre. Les muqueuses des lèvres et les conjonctives sont pâles, exsangues. L'amaigrissement est notable, considérable même, au dire du malade qui aurait été, jusqu'à ces derniers mois, très-gros et très-fort.

Les extrémités inférieures sont le siége d'un œdème qui, peu considérable aux cuisses et aux jambes, est très-marqué aux malléoles, où la pression du doigt laisse une empreinte persistante. Il fut d'abord intermittent, ne se manifestant que le soir et n'existant guère qu'au niveau des chevilles. Mais, depuis une quinzaine de jours, il a notablement augmenté et il est devenu persistant. Il n'y a pas d'œdème du thorax, des membres supérieurs ni de la face. Il existe un peu d'ascite.

Le ventre est volumineux, mais ce développement du ventre est surtout dû à de la tympanite, ainsi qu'on peut s'en assurer par la percussion, la matité n'existant que tout-à-fait dans les parties déclives de l'abdomen.

La langue est normale, la soif assez vive, l'appétit diminué. Mais les aliments sont assez bien digérés; le malade n'a ni vomissements ni envies de vomir, et n'en a jamais eu à aucune époque de la maladie.

Si la digestion stomacale s'effectue sans douleurs, il n'en est pas de même de la digestion intestinale. Il survient, dans la journée, cinq ou six accès de coliques extrêmement douloureux, qui durent en moyenne de dix minutes à un quart d'heure, et sont souvent suivis d'un besoin d'aller à la selle. Ces coliques s'accompagnent de bruits intestinaux.

La constipation alterne avec la diarrhée; après une constipation de deux ou trois jours, celle-ci survient, caractérisée par des selles liquides, abondantes (cinq ou six), qui contiennent assez souvent du sang soit rouge, soit d'une coloration noire.

L'exploration de l'abdomen n'a permis de constater l'existence d'aucune tumeur. Le toucher rectal ne donne que des résultats négatifs. Pas d'hémorrhoïdes.

Le foie et la rate paraissent avoir leur volume normal.

Depuis quelques jours, rétention d'urine qui a nécessité l'emploi de la sonde. Pas d'albumine.

Pas de troubles de l'appareil pulmonaire ni de l'appareil cardiaque.

Très léger souffle intermittent dans les vaisseaux du cou.

Aucun trouble de l'appareil nerveux. Le malade dort assez bien; il dormirait même très-bien sans ses accès de coliques. Pas de troubles nerveux pouvant être rapportés à l'alcoolisme.

Tel est l'ensemble des symptômes que le malade présente. Eh bien, nous allons procéder au diagnostic de l'affection dont il est atteint, par voie d'exclusion, c'est-à-dire que nous allons examiner les uns après les autres les divers appareils de l'économie et suivant ce que nous noterons dans cet examen, nous rejetterons les uns ou nous conserverons les autres. Par ce procédé, le seul que vous devez toujours employer, nous arriverons, à serrer la question de très-près et à poser un diagnostic extrêmement probable, sinon certain.

Tout d'abord, je vous ferai remarquer qu'il ne s'agit évidemment pas ici d'une affection aiguë. L'apyrexie est complète; et il semble en avoir toujours été ainsi, même au début de la maladie. D'un autre côté, l'invasion remonte au moins à dix mois, nouvelle preuve que nous avons affaire à une affection essentiellement chronique.

De l'examen auquel nous allons nous livrer, il faut presque aussitôt exclure l'appareil pulmonaire. De ce côté, en effet, il n'existe pas le moindre signe, pas le moindre symptôme, toux, souffle, râles, modification de sonorité, retentissement anormal de la voix, qui appelle notre attention.

Le système nerveux mérite un examen un peu plus approfondi, car le malade est alcoolique, et ici l'esprit pourrait concevoir la possibilité de quelques accidents liés à cet état. Mais cet homme n'a jamais eu de délire, de rêves particuliers, de mouvements insolites; il n'a même pas de tremblement de la main. Il a bu beaucoup, mais les excès auxquels il s'est livré n'ont pas déteint sur son système nerveux.

Nous voici arrivés à l'appareil cardiaque. Ici il est nécessaire d'examiner la question de très-près, car nous nous trouvons en présence de tout un ordre de symptômes que l'on peut rencontrer dans les maladies du cœur. Je veux parler de l'œdème, d'abord momentané, puis persistant des malléoles et des membres inférieurs. Cet œdème, vous le savez, peut appartenir à une affection cardiaque. Or, ne pourrait-il pas se faire que notre homme fut atteint d'une maladie de cette nature, laquelle se serait développée lentement, à bas bruit, sans qu'une altération rhumatismale ait commandé la scène?

Mais l'examen du cœur ne dénote rien de particulier. Le malade n'a jamais eu la moindre douleur, jamais de palpitations. Les fonctions de l'organe sont régulières, son rhythme normal, ne présentant ni irrégularités, ni intermittences. Enfin il n'existe aucun bruit de souffle. L'œdème ne saurait donc tenir ici à une affection cardiaque.

Nous trouvons bien, il est vrai, un bruit de souffle dans les vaisseaux du cou, mais vous savez que ce symptôme n'appartient pas au cœur, et qu'il peut très-bien coïncider avec l'œdème. Il tient alors à l'état particulier du sang, à la qualité de l'individu qui, ici, est cachectique.

Cet œdème serait-il rénal? Chez un buveur, déjà âgé, ne serait-il pas lié à l'existence d'une affection du rein, à une néphrite albumineuse? Cette hypothèse n'est pas admissible non plus. Car il n'y a pas d'œdème de la face ni des parties déclives autres que les malléoles et les membres inférieurs. Enfin les urines ne renferment pas trace d'albumine.

Cependant, il s'est passé, il y a quelques jours, du côté des voies urinaires, un fait qui doit appeler l'attention, à savoir un peu de rétention d'urine qui a nécessité l'introduction de la sonde. Mais il est évident que cela ne peut être qu'une complication, parce que voilà dix mois déjà que cet homme est malade et que cet accident du côté de la vessie ne date que de quelques jours seulement. Vous rencontrerez souvent des complications de ce genre. Il faut alors rechercher avec soin le temps depuis lequel elles sont apparues et la valeur qu'elles peuvent avoir dans l'état général. Ici, cette rétention d'urine

devra nécessiter une étude nouvelle et faire rechercher quel est l'état de la prostate.

Par suite de ces éliminations successives, nous arrivons à ne plus avoir à examiner que le système digestif. Tout porte à croire que c'est bien là que siége la maladie, car la diarrhée, la mauvaise nutrition, le dépérissement général, ne sauraient dépendre d'une autre cause. Il est nécesssaire, néanmoins, de bien s'assurer du fait, et, de plus, d'indiquer d'une façon précise, le siége et la qualité de la maladie.

Il est inutile de nous arrêter à l'exploration de l'œsophage. Vous connaissez suffisamment les symptômes de l'œsophagisme; ils ont fait le sujet d'une de nos précédentes leçons. Cet homme n'éprouve pas de gêne dans la déglutition, il avale sans difficulté et ne régurgite pas les aliments, sous quelque forme qu'il les prenne, liquides ou solides.

Restent l'estomac et l'intestin. Mais tout d'abord remarquez bien encore qu'il ne s'agit pas chez cet homme d'une maladie aiguë, et qu'il est alcoolique.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

Une préparation du musée de Saint-Thomas-Hospital (série Y nº 61) vous montre la disposition sacciforme ou latérale de l'anévrysme.

Je ne prétends pas qu'un anévrysme aussi volumineux puisse être guéri par un traitement chirurgical quelconque. Je reviendrai plus tard sur ce cas, lorsque je parlerai du traitement des anévrysmes thoraciques par la galvano-puncture. Mais il est clair que si nous pouvions produire la coagulation dans le sac primaire, celui qui est situé entre la crosse de l'aorte et la paroi de la poitrine, avant la formation du sac secondaire volumineux, il n'y a pas de raison pour que le développement de la tumeur en soit arrêté d'une façon permanente, puisque le courant sanguin à travers l'orifice anévrysmal n'est ni direct, ni très-volumineux. D'autre part, l'observation suivante, dont la préparation, est conservée au musée de Saint-Bartholomew's-Hospital, prouve que le traitement interne peut amener la guérison d'un anévrysme aussi énorme. Voici cette observation, rapportée par M. Harvey Ludlow dans les *Pathological Society's transactions* :

« G. A..., âgé de quarante-sept ans, cabaretier, petit de taille, consulta M. Stanley à Saint-Bartholomew's-Hospital, en octobre 1847, pour une large tumeur pulsatile au niveau du sein gauche, s'accroissant rapidement. La tumeur était demi-ovale, volumineuse, faisait saillie à droite du sternum, immédiatement en arrière du mamelon. Son grand axe était oblique et parallèle à la direction des fibres du petit pectoral. Bien qu'aucun bruit ne fut perceptible, la nature anévrysmale de la tumeur était manifeste de prime-abord. Le pouls des deux radiales était faible, et les veines superficielles de la partie gauche du cou étaient turgides et dilatées. Le bord inférieur de la seconde côte, une portion de l'épaisseur entière de la troisième et le bord supérieur de la quatrième avaient disparu par absorption. Le malade n'accusait pas de grandes souffrances, mais plutôt un sentiment de malaise général et d'oppression. La fréquence de la respiration était augmentée; il avait une toux fatigante, et il expectorait de grandes quantités de mucus clair et visqueux. Un an avant de consulter M. Stanley, il avait éprouvé une douleur dans la poitrine, d'un caractère spasmodique et aigu; il avait, en outre, été fatigué quelque temps par une toux rauque accompagnée de l'expectoration de mucus clair et filant. Cinq mois auparavant, on avait d'abord constaté une tumeur externe, qui alors était petite et présentait des pulsations énergiques.

« L'art ne pouvant évidemment pas améliorer cette situation, on conseilla au malade de retourner chez lui et d'y garder le repos aussi complet que possible. En conséquence, il garda le lit et ne prit que du bouillon, du lait, et de légers puddings. La tumeur se développa rapidement et ses battements devinrent plus énergiques. Trois mois après la consultation de M. Stanley, le volume et la forme de la tumeur égalaient la moitié d'une noix de cacao (cocoa-nut), une partie de la seconde et de la cinquième côte avait été érodée et environ 2 pouces et demi de la troisième et de la quatrième avaient complétement disparu.

« L'augmentation de la distension et de la varicosité des veines du cou et de l'abdomen, jointe à l'aggravation de la toux et de la dyspnée, semblait indiquer que l'affection faisait des progrès à la fois en dedans et en dehors de la poitrine. On était arrivé à la Noël de 1847, et depuis ce temps, on n'observa pas d'accroissement ultérieur de la tumeur externe; les parois perdirent graduellement leur compressibilité, elles devinrent peu à peu plus dures, d'abord au niveau de la convexité, puis au niveau de la base. Les pulsations, à leur tour, diminuèrent d'intensité, et à la fin de mars 1848, elles étaient à peine perceptibles.

« Pendant que ces changements se passaient dans la tumeur, le malade devenait pâle, maigre et faible, au point qu'il fallut améliorer son régime et employer les stimulants. Il n'avait pas quitté le lit depuis six mois, mais au printemps, on commença à le promener sur une chaise à roues. La respiration était laborieuse, et la toux continuait à être fatigante, mais rien ne semblait s'aggraver. A la fin, la tumeur externe ne présenta plus de pulsations; elle devint dure, incompressible et faisait toujours saillie comme une tumeur solide de la paroi thoracique. Le malade vécut dans cet état pendant quatre ans et demi, et il aurait probablement pu vivre plus longtemps, si les élections générales de 1852 ne l'avaient pas poussé à se départir des habitudes calmes et sobres qu'il avait eues jusque-là.

« Il s'exposa imprudemment, fut pris de pleurésie purulente et mourut. »

La préparation montra à la fois la consolidation du sac primaire ou intra-thoracique et du sac secondaire ou externe. L'orifice occupe précisément la même situation que dans la première préparation, c'est-à-dire à mi-chemin des valvules sygmoïdes et de l'innominée, et il conduit dans une cavité qui, d'après les paroles de M. Harvey Ludlow, aurait pu contenir un marron d'Inde ou à peu près.

Je pourrais certainement citer bien des cas d'anévrysmes de l'aorte thoracique, que l'on a trouvés guéris spontanément, dans des autopsies de malades morts à la suite d'affections étrangères à l'anévrysme (on en trouvera de bons exemples dans Hodgson, *Diseases of Arteries*); mais j'ai préféré vous présenter l'observation ci-dessus, qui, mieux que toutes celles que j'ai pu rencontrer, fait ressortir cette vérité qu'il faut, dans de semblables circonstances, faire des efforts persistants et opiniâtres pour sauver ou au moins prolonger la vie. Trop souvent, je le crains, la maladie est regardée comme inévitable-

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 mai.

ment mortelle, et l'on juge qu'elle ne mérite pas l'honneur d'un traitement. Je ne crois pas pouvoir mieux exprimer ma pensée qu'en reproduisant les paroles de Ciniselli sur la guérison spontanée des anévrysmes de l'aorte (*Sulla elettro-puntura nella cura degli aneurismi*) :

« En admettant que la rareté de ces guérisons nous prouve qu'il ne faut pas trop compter sur les ressources de la nature dans des cas semblables; elles montrent, néanmoins, que la guérison par coagulation du sang est possible dans toutes les espèces d'anévrysmes, et qu'elle peut arriver sans que le vaisseau affecté soit oblitéré. Ce que la nature nous montre possible, l'art doit s'efforcer de l'imiter ou de le favoriser. C'est sur ce principe que repose le progrès des sciences physiques, et c'est aussi sur lui que reposent les grands perfectionnements de la chirurgie. »

Les autres anévrysmes thoraciques susceptibles d'être traités chirurgicalement sont ceux qui affectent l'innominée, ou les racines de la carotide gauche et de la sous-clavière à l'intérieur de la poitrine, ou encore, ce qui est le cas le plus ordinaire, une ou plusieurs de ces grosses artères en même temps que la crosse de l'aorte.

Quant aux anévrysmes de l'innominée proprement dits, que je pense être moins rares qu'on ne le croit généralement, ils sont, comme ceux de l'aorte, ou tubulaires ou cylindriques. Mais cette distinction n'a pas ici la même importance sous le rapport de la curabilité, que dans les anévrysmes de l'aorte, car un anévrysme de l'innominée proprement dit, quoique tubulaire par rapport à l'innominée, est sacciforme ou latéral par rapport à l'aorte, c'est-à-dire qu'il proémine comme un bourgeon à la partie latérale du courant principal, et que la coagulation peut s'y faire rapidement. Et même, à moins que son origine sur l'aorte, ne soit très-large et très-dégénérée, je crois que la coagulation complète doit se faire dans une semblable tumeur si les orifices périphériques, c'est-à-dire ceux de la sous-clavière et de la carotide, peuvent être oblitérés.

On pourrait produire un grand nombre de préparations qui montre la possibilité de la guérison des anévrysmes de l'innominée. Une préparation du musée de l'hôpital Saint-Georges nous présente un exemple de guérison spontanée. J'aurai occasion d'en reparler un peu plus tard, quand je discuterai les indications de la ligature périphérique de la carotide et ses effets dans ces tumeurs. Il suffit de dire que le malade fut guéri par l'arrêt d'un caillot dans la carotide, et qu'il ne ressentit plus aucun symptôme d'anévrysme, pendant les quatre ans et demi qui ont précédé sa mort causée par la phthisie, bien que tout le sac ne soit pas oblitéré.

LA LONGUEUR DU FREIN DE LA LANGUE

PEUT-ELLE GÊNER LE TETER, ET PLUS TARD LA PRONONCIATION?

Par M. BAILLY, agrégé libre.

On connaît les variétés nombreuses que présente, relativement à ses dimensions, le frein ou ligament de la langue chez le nouveau-né. Remarquablement court ou même tout à fait nul chez quelques enfants, il est plus développé chez d'autres, et son insertion supérieure occupe alors le quart, la moitié, la totalité même de la portion libre de la langue, qu'on trouve dans ce dernier cas élargie et bifide. Ces différences anatomiques influent nécessairement sur l'étendue des mouvements de l'organe. Très-mobile en tous sens, si son frein est peu développé, le muscle lingual se trouve, au contraire, étroitement fixé contre le plancher de la bouche, si son repli membraneux offre une grande longueur. Cette dernière disposition, qui donne lieu à ce qu'on est convenu d'appeler le *filet*, maintient en effet la langue captive dans la bouche, et la contraction de ses muscles propulseurs ne pouvant alors porter en avant sa pointe fixée dans l'angle de la mâchoire, c'est son dos qui s'arrondit, se soulève et se trouve projeté vers l'ouverture buccale.

Dans l'opinion des personnes du monde, et peut-être aussi de quelques médecins, cet état de la langue aurait l'inconvénient de troubler des fonctions importantes, et en conséquence devrait être corrigé. Si un nouveau-né tette mal, on ne manque pas de l'attribuer au filet qui, *en bridant la langue*, l'empêche de saisir le mamelon et gêne la succion. Si un enfant de quelques années prononce difficilement certains mots, la faute en est sûrement à un filet méconnu au moment de la naissance; d'où la nécessité de diviser la membrane dans la plus grande étendue possible, pour rendre à la langue la liberté de ses mouvements.

Le médecin est dans l'habitude de déférer à ce désir, et pratique la section du filet avec des ciseaux, après l'avoir engagé dans la fente d'une sonde canelée, qui sert en même temps à relever la langue et à tendre son ligament. Je ne condamne pas absolument cette petite opération, qui paraît inoffensive, à la condition toutefois qu'on se borne à diviser la partie mince et transparente du frein, et qu'on respecte son bord postérieur adhérent; car ce dernier renferme des vaisseaux d'un certain volume, dont la section peut très-bien causer la mort par hémorrhagie. J'en ai déjà vu deux exemples.

Mais, même en admettant qu'elle soit toujours exempte de dangers, la section du frein de la langue est-elle nécessaire, est-elle utile? En d'autres termes, le filet a-t-il, tant au point de vue de la succion du sein que de l'articulation des mots, les inconvénients qu'on lui prête? J'avoue que je n'en crois rien et que c'est uniquement par complaisance et pour faire cesser la préoccupation des familles que je me laisse aller à faire la section du ligament lingual, quand elle m'est demandée.

Relativement au teter, je base mon opinion sur cette remarque, c'est que bien souvent un filet très-prononcé n'est reconnu qu'au bout de plusieurs jours, pendant lesquels l'enfant n'a cessé de teter très-régulièrement. Quelquefois même, ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que le hasard fait découvrir cette disposition chez des enfants d'ailleurs bien venants, preuve qu'au point de vue de l'allaitement elle n'avait point d'inconvénients. Il n'est guère supposable d'ailleurs, étant donnée son extrême fréquence, que le filet n'échappe pas chez beaucoup d'enfants des campagnes, où la doctrine qui le concerne n'a pas pénétré, et où fût-elle, connue, ne se trouverait probablement aucune personne capable de pratiquer l'opération qui en découle; ce qui n'empêche pas ces enfants de se nourrir et de se développer comme les autres.

Le reproche est-il mieux justifié en ce qui concerne l'articulation des mots? Bien que mes renseignements soient moins complets à cet égard, j'incline à croire que ce reproche n'est pas mieux fondé, ayant par devers moi le fait d'une cliente âgée de vingt-six ans, qui n'a aucun vice de prononciation, bien que chez elle la langue ne puisse pas dépasser l'arcade dentaire; et, chose curieuse à noter, son frère, dont la langue est entièrement libre, siffle désagréablement en prononçant certains mots.

Ainsi donc, en résumé, inconvénients nuls pour l'allaitement, très-douteux quant à la prononciation, telle me paraît être la vérité relativement au filet. Mais je vais plus loin, en m'appuyant sur le fait suivant, que j'observais ces temps derniers,

je suis disposé à soutenir que la nature, en attachant la partie antérieure de la langue au plancher de la bouche, entre autres buts, a eu précisément en vue de faciliter l'alimentation du nouveau-né, et que la trop grande mobilité de la langue dans les cas exceptionnels où son ligament fait entièrement défaut, devient un réel obstacle à la préhension régulière et à la succion efficace du sein. Quelque étrange que paraisse tout d'abord cette opinion, je pense que les lecteurs de ce journal l'adopteront après avoir pris connaissance de l'observation suivante :

Mme X..., âgée de vingt-quatre ans, primipare, accouche heureusement d'une fille à terme, le dimanche 19 mars 1876, dans la matinée. L'enfant offre un développement moyen et paraît bien constituée. La mère jouissant d'une bonne santé, je ne fais aucune difficulté d'accéder au désir qu'elle exprime d'allaiter son enfant. Celle-ci est mise au sein le jour même de sa naissance, et plusieurs fois encore les jours suivants. Cependant, bien que la conformation du sein soit bonne, son bout convenablement détaché et saillant, la petite ne parvient pas à le saisir avec force et à teter. Elle mâchonne un instant le mamelon et s'arrête. Une amie de Mme X.., qui allaitait un bel enfant de dix mois, et dont la mamelle était par conséquent facile à saisir, ne réussit pas mieux que la mère à se faire teter. Cependant la petite fille tette avec succès un biberon muni d'un mamelon de caoutchouc très-gros et très-long, qui pénètre assez avant dans la bouche. La garde, femme intelligente et attentive, avait remarqué toutefois qu'elle éprouvait toujours de la difficulté à introduire ce bout artificiel dans la bouche de l'enfant, et en cherchant la cause de cette difficulté, avait observé que la langue se tenait constamment relevée contre le palais et arrêtait l'appareil, en sorte que, pour le placer convenablement, il fallait d'abord abaisser la langue avec le doigt. Je n'eus pas de peine à vérifier l'exactitude des observations faites par la garde de Mme X... La langue de l'enfant, sous laquelle on ne voit absolument aucun rudiment de ligament, paraît démesurément longue. Elle semble inerte et flottante dans la bouche, et abandonnée à elle-même, s'applique contre le palais, fermant ainsi le pharynx à la manière d'une soupape.

Est-ce la pression atmosphérique au moment de l'inspiration ou l'action de ses muscles qui la relève de la sorte, je ne saurais le dire; le fait est que telle est sa direction habituelle, et que l'on est obligé de l'abaisser préalablement avec le doigt pour faire prendre à l'enfant son biberon. Ces difficultés n'ayant pas permis à l'allaitement de s'établir convenablement chez Mme X..., cette dame dut renoncer à nourrir, et l'on prit une bonne nourrice ayant un sein bien fait; mais la petite ne put le prendre directement, et ne téta cette femme qu'avec un bout de sein artificiel ayant un mamelon très-long comme celui du biberon dont j'ai parlé. Bref, cet état de choses se prolongea pendant trois semaines, la nourrice étant obligée pendant ce temps de se servir du bout de sein de caoutchouc et de faire pénétrer celui-ci dans la bouche au moyen du doigt. Vers la quatrième semaine, la langue d'abord assez flasque comme je l'ai dit, était devenue plus contractile et s'abaissait d'elle-même. L'enfant put alors prendre directement le sein. Elle tette aujourd'hui très-régulièrement et vient bien.

Je pense que, pour tous mes lecteurs, la signification de ce fait n'est pas douteuse : la direction insolite de la langue, sa longueur apparente, son inertie, et par suite les difficultés de l'allaitement dépendaient de l'absence complète dans ce cas du frein lingual. Pourvue de ce ligament normal, la langue fut restée appliquée sur le plancher de la bouche et aurait saisi facilement, comme c'est la règle, le mamelon de la mère ou celui de la nourrice avec sa face supérieure et ses bords. Il est clair que cette préhension nécessaire et les mouvements de succion ne pouvaient être opérés par la face inférieure de l'organe, contre laquelle allait butter tout d'abord le bout de sein naturel ou l'appareil destiné à le remplacer. Mais alors, s'il en est ainsi, que deviennent donc les inconvénients du filet? N'est-il pas à croire qu'ils sont imaginaires, et que, n'était le désir d'obéir à un préjugé très-répandu, on pourrait, dans tous les cas, se dispenser d'en pratiquer la section, et attendre que les progrès du développement restituent peu à peu à la langue la mobilité dont elle jouit ordinairement chez l'adulte? Je le répète, telle me paraît être la conclusion logique à tirer des faits invoqués dans cet article, et telle est aussi mon entière conviction.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux arts transmet l'ampliation de deux décrets par lesquels est approuvée l'élection de M. le docteur Oulmont, comme membre titulaire dans la section de thérapeutique, et de M. Lasègue comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation de M. le président, MM. Oulmont et Lasègue prennent place parmi leurs collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Chevance, médecin des épidémies, à Vassy, sur la situation sanitaire de l'arrondissement pendant l'année 1875. (Commission des épidémies).

2° Les rapports relatifs aux épidémies qui ont régné dans le département de la Sarthe, pendant l'année 1875.

3° Une demande en autorisation d'exploiter une source minérale sise au territoire de la commune de Dax (Landes). (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciement de M. Jules Roux, récemment nommé membre associé national.

2° Une lettre de M. le docteur Chauvin, médecin-major, accompagnant l'envoi d'un travail sur les vaccinations et revaccinations pratiquées chez les hommes du 111e de ligne, pendant l'année 1875. (Commission de vaccine).

3° Un travail de M. le docteur Garrigou, intitulé : *Étude chimique de la source vieille, aux Eaux-Bonnes.*

4° Une lettre de M. le docteur Bonnemaison (de Toulouse), qui se porte comme candidat au titre de membre correspondant.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente, au nom de M. Guibout, un volume intitulé : *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, professées à l'hôpital Saint-Louis.

M. Bergeron présente de la part de M. Aronssohn, la traduction de la *Pathologie des tumeurs* de Virchow.

M. Depaul, au nom de M. Langlebert, une brochure intitulée : *De la dilatation médiate appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre.*

M. Gavarret, au nom de M. Bonnemaison, une série de brochures sur divers points de pathologie et de clinique.

M. Chatin, au nom de M. de docteur Charles Brames, une brochure sur l'état utriculaire de l'eau.

M. Laboulbène, sur la demande de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Béhier.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements de l'Académie.

LECTURES

M. Poggiale lit, au nom de M. Jacquemin, correspondant de l'Académie, une note sur l'application du réactif ferroso-pyrogallique au dosage des bicarbonates dans les eaux ou à l'hydrocalimétrie.

C'est la méthode volumétrique qui s'applique à tant de cas et qui a si considérablement simplifié l'étude des eaux minérales ou potables et fait progresser par conséquent l'hydrologie, que M. Jacquemin a eu recours pour le dosage des bicarbonates dans les eaux. Ce travail a pour objet d'exposer cette méthode et d'en faire connaître les résultats dans le cas particulier auquel il l'a appliquée.

Dyspepsie. — M. LEVEN donne lecture, sous ce titre, d'un mémoire dont voici le résumé :

Après l'historique de la question, M. Leven constate qu'aujourd'hui il n'est pas une partie de la pathologie plus obscure que celle de l'estomac et où la thérapeutique soit plus empirique. Les lésions, décrites par Broussais sous le nom de gastrite et qu'on ne trouve pas dans la plupart des affections de l'estomac, ne se rapportent qu'à la gastrite alcoolique.

Lorsque l'estomac est irrité par l'abus de boissons alcooliques, dit M. Leven, on trouve à l'autopsie la muqueuse hyperémiée, rouge, couverte de fausses membranes qui sont composées de mucus ayant englobé de l'épithélium cylindrique ; elle est couverte d'ecchymoses partielles, ulcérée. Les glandes muqueuses sont hypertrophiées, les glandes gastriques ont subi, en partie, la dégénérescence graisseuse.

Les noyaux des vaisseaux capillaires se sont multipliés, ceux-ci se sont rompus en divers points et ont donné lieu à des hémorrhagies.

Si les causes de l'inflammation de l'organe persistent, la muqueuse s'indure, s'épaissit, son tissu conjonctif sous-muqueux s'hypertrophie, le tissu musculaire lui-même s'hypertrophie.

Si l'on donne à un chien pendant quatre jours 10 grammes d'alcool étendus avec 100 grammes d'eau, on détermine au bout de quatre jours la gastrite alcoolique.

Tout le monde est d'accord sur la nature de la dyspepsie que l'on observe chez l'ivrogne : c'est le résultat de la gastrite.

Mais qu'est-ce que la dyspepsie commune? Est-elle indépendante de toute lésion de l'estomac, comme on l'admet? N'est-elle qu'une lésion fonctionnelle?

On a bien rarement l'occasion de faire une autopsie dans le cas d'une dyspepsie simple ; et s'il faut attendre vingt-quatre heures, l'estomac est tellement altéré que toute observation est devenue impossible.

Pour avoir la solution de la question, il faut avoir recours à la physiologie, voir quelles sont les modifications de l'estomac par les diverses espèces d'aliments.

La muqueuse stomacale, comme l'on sait, est couverte de glandes muqueuses et gastriques qui s'ouvrent dans la cavité de l'organe et chacune de ces glandes jusqu'à son ouverture dans l'estomac est entourée de plusieurs réseaux capillaires de 1/100 de millimètre de diamètre, lesquels aboutissent dans l'estomac même.

Que l'on fasse faire à un chien un repas de viande, substance digeste, on verra tous ses vaisseaux se gorger de sang et la muqueuse, pâle avant le repas, devenir rosée. Deux heures après le repas, tous ces capillaires ont repris leur calibre normal et la muqueuse est redevenue pâle.

Il n'en est pas de même si le repas était composé de graisse, aliment indigeste pour le chien. Si l'on examine l'estomac deux heures après le repas, on trouve la muqueuse rouge, congestionnée ; les nerfs vaso-moteurs ont été irrités, les capillaires restent dilatés et ne reprennent pas leur calibre normal.

Ces capillaires irrités se sont rompus en quelques points ; il s'est fait des ecchymoses partielles. Du mucus s'est exhalé en quantité plus considérable que d'ordinaire, les glandes muqueuses ont été irritées. Un liquide clair, qui ne contient pas d'éléments organisés, et qui n'est que de l'eau provenant des capillaires, s'est épanché dans la cavité de l'estomac, et on en trouve jusqu'à 80 ou 100 grammes. L'estomac a perdu sa capacité normale, est dilaté.

Ainsi, un seul aliment a créé une lésion qui a atteint les vaisseaux, les nerfs, les glandes muqueuses, le muscle lui-même, lésion qui ne sera que passagère si on laisse l'organe au repos, et, si à l'aliment indigeste on substitue un bon régime, mais qui ne fera que s'aggraver si on continue le même régime, et peu à peu on verra les noyaux des capillaires se multiplier, les glandes muqueuses s'hypertrophier, leurs cellules se multiplier. Le travail irritatif s'étendra au tissu cellulaire sous-muqueux et à la membrane musculeuse ; en un mot, les éléments anatomiques se modifient comme il arrive dans les cas d'inflammation proprement dite.

Ainsi, chez les animaux, les aliments indigestes déterminent à la longue une véritable gastrite.

Chez l'homme, les symptômes que l'on attribue à la dyspepsie ont la plus grande analogie avec ceux que nous venons de rencontrer chez le chien; les sécrétions exagérées de mucus, les vomissements de liquide acide ou neutre, les douleurs stomacales dues aux contractions du muscle et aux nerfs vaso-moteurs comprimés par les capillaires dilatés.

Si l'on tient compte des analogies de structure de l'estomac de l'homme et de celui du chien, des analogies de symptômes, on est autorisé à induire que l'aliment indigeste a le même effet irritatif chez l'homme, et que la lésion anatomique doit être la même, passagère au début, et devant disparaître si le régime alimentaire est bon; mais appelée à se développer et à produire une véritable inflammation de l'organe si le régime est mauvais, inflammation *sui generis* qui ne détermine pas une production de leucocytes.

Il n'est pas besoin d'une mauvaise alimentation pour irriter l'estomac, troubler son système vasculaire, exciter les sécrétions des glandes, produire des vomissements de liquide et déterminer des convulsions de ses fibres musculaires.

Lorsqu'une fonction est suspendue momentanément, comme la fonction menstruelle dans la grossesse, tous ces phénomènes gastriques se développent durant quelques semaines, jusqu'à ce que l'économie ait retrouvé son équilibre, il en est de même chez l'hémorrhoïdaire, quand le flux ne se produit pas; chez l'eczémateux, si l'éruption disparaît brusquement.

De ces considérations M. Leven conclut qu'on ne peut admettre avec Beau que la dyspepsie est une lésion fonctionnelle. Il n'admet pas davantage avec Barras que la gastralgie n'est qu'une névrose. Avec nos connaissances physiologiques, dit-il, on ne saurait admettre que les nerfs de l'estomac soient troublés, sans que le système circulatoire ne participe à leur état de souffrance.

Ainsi la gastralgie ne constitue pas une espèce morbide distincte !

C'est, ajoute M. Leven, le même courant d'idées qui avait inspiré Cruveilhier, quand il décrivait pour la première fois l'ulcère de l'estomac.

Celui-ci est considéré par les auteurs classiques, comme indépendant de toute maladie aiguë ou diathésique.

Si l'on reprend les observations d'ulcère qui ont été publiées, on se convainc que presque toujours l'ulcère a été précédé d'une dyspepsie qui a duré plusieurs mois ou plusieurs années.

Si nous rappelons que la lésion primitive de la dyspepsie porte sur les vaisseaux de la face postérieure, que la région pylorique est la moins vascularisée, puis celle de la grande tubérosité, qu'en certaines parties les vaisseaux deviennent variqueux et en d'autres disparaissent, on comprendra que cette muqueuse cessera bientôt d'être suffisamment irriguée pour sa nutrition.

L'influence de la pression des aliments sur une membrane qui ne reçoit plus une quantité suffisante de sang déterminera l'ulcération et de préférence dans les régions les moins riches en vaisseaux, la région pylorique et la grande tubérosité.

Ce ne sont pas des thromboses ou embolies qui produisent les ulcérations, comme le croyait Wirchow.

Nous avons essayé, avec l'aide de M. Bochefontaine, préparateur du cours de pathologie expérimentale, en injectant dans les artères de l'estomac de la poudre lycopode, de produire ces ulcérations. Jamais nous n'avons pu y arriver.

Il en est des ulcérations de la muqueuse stomacale comme des ulcérations de la peau de la jambe, quand elle est couverte de varices. Le moindre coup, la moindre violence suffit pour ulcérer la peau.

Quand l'estomac a longtemps souffert de la dyspepsie, la circulation vasculaire est gravement altérée et le poids des aliments suffit pour provoquer l'ulcération dans la portion de la muqueuse la moins riche en vaisseaux, la région pylorique et la grande tubérosité.

Ainsi on peut regarder l'ulcère de l'estomac comme lié à la lésion qui accompagne la dyspepsie.

On peut dire qu'il est un accident tardif de la dyspepsie.

Conclusions. — Il résulte de ces considérations, des expériences physiologiques que nous venons de rapporter, de nos études cliniques :

1° Que par sa structure, sa fonction, la muqueuse stomacale est entre toutes la plus exposée aux inflammations, que tous les symptômes morbides de la dyspepsie doivent être attribués à une inflammation *sui generis* qui peut s'étendre de la muqueuse aux membranes sous-jacentes.

2° Que faire de la dyspepsie une pure lésion fonctionnelle avec Chomel, Trousseau et Beau, cela est en contradiction avec l'anatomie et la physiologie de l'estomac et la clinique.

Le mémoire de M. Leven est renvoyé à la commission chargée de l'examen des précédents travaux de l'auteur.

RAPPORTS

M. BLOT, au nom de la commission de vaccine, donne lecture de la partie scientifique du rapport annuel sur la vaccine.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions relatives aux récompenses à accorder aux vaccinateurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 mai 1876, M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de M. Wurtz, démissionnaire.

— Les correspondants de l'Académie des sciences, sont, quant au nombre, arrêtés par le règlement du 6 juin 1808.

Deux sections (géométrie et mécanique), ont chacune 6 correspondants. — Trois sections (géographie et navigation, minéralogie, médecine et chirurgie) ont chacune 8 correspondants. — Deux sections (physique générale et chimie) ont chacune 9 correspondants. — Trois sections (botanique, économie rurale, anatomie et zoologie) ont chacune 10 correspondants. Enfin la section d'astronomie à elle seule peut nommer 15 correspondants.

Si on cherche à les diviser par nationalités et que l'on désigne les membres de la classe des sciences mathématiques, par la lettre M., et les membres de la classe des sciences physiques par la lettre P., on trouve :

Angleterre 15 (9 M. et 6 P.). — Autriche 1 (P.). — Bade 2 (1 M. et 1 P.). — Bavière 3 (2 M. et 1 P.). — Belgique 2 (1 M. et 1 P.). — Brésil 1 (M.). — Cap 1 (M.). — Chine 1 (M.). — Danemarck 1 (P.). — États-Unis 2 (1 M. et 1 P.). — France 31 (8 M. et 23 P.). — Italie 3 (2 M. et 1 P.). — Norwége 1 (M.). — Perse 1 (P.). — Prusse 9 (6 M. et 3 P.). — Russie 7 (3 M. et 4 P.). — Silésie 1 (P.). — Suède 1 (P.). — Suisse 3 (1 M. et 2 P.).

Le représentant de la Chine est un savant voyageur français, l'abbé David ; l'Académie a pour correspondant, au Brésil, l'empereur de ce pays, et, en Perse, elle est représentée par un médecin français, M. Tholozan.

Si nous cherchons à nous rendre compte de la manière dont les correspondants sont fixés en France, nous les trouvons dans dix-sept départements. Un seul correspondant dans les départements : Bouches-du-Rhône, Calvados, Finistère, Gironde, Haut-Rhin, Ille-et-Vilaine, Loir-et-Cher et Vienne. — Deux correspondants dans : Côte-d'Or, Meurthe-et-Moselle, Nord, Rhône, Seine-Inférieure et Strasbourg. — Trois correspondants dans : Haute-Garonne et Seine-et-Oise. — Enfin cinq correspondants dans l'Hérault.

Désire-t-on savoir comment les mathématiciens et les physiciens se trouvent distribués parmi les membres correspondants ? On trouve 2 mathématiciens en Seine-et-Oise, et 1 seul dans : dans Côte-d'Or, Finistère, Haut-Rhin, Haute-Garonne, Hérault, Meurthe-et-Moselle. Les physiciens, au contraire, sont répandus dans dix-sept départements ainsi que suit : 1 dans Bouches-du-Rhône, Calvados, Côte-d'Or, Finistère, Gironde, Ille-et-Vilaine, Loir-et-Cher, Meurthe-et-Moselle, Seine-et-Oise et Vienne. — 2 dans : Haute-Garonne, Nord, Rhône, Seine-Inférieure et Strasbourg. — Enfin 4 dans l'Hérault.

— *Excursions scientifiques.* — M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique le dimanche 21 mai 1876, à Lardy, La Ferté-Alais et Ballancourt.

On se réunira à la gare d'Orléans, où l'on prendra, à sept heures, le train pour Lardy.

— M. Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 21 mai 1876, au Vésinet et dans la forêt de Saint-Germain en Laye.

Rendez-vous à la station du Vésinet, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare de l'Ouest, rive droite), à sept heures trente-cinq minutes.

— M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 21 mai dans la forêt de Montmorency.

Rendez-vous à la gare du Nord, à dix heures et demie pour le train de Paris partant à dix heures cinquante-cinq pour la station de Montmorency.

— Par suite du décès de M. Leroux, bonne clientèle médicale à prendre à Francastel, par Crèvecœur (Oise). S'adresser à M. le maire de Francastel.

Des grossesses prolongées, par le docteur SCHMIT. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La diphthérie et le croup dans les hôpitaux de Paris pendant le premier semestre de cette année.

Nous demandons à nos lecteurs la permission de revenir ici sur l'un des points du rapport de M. Besnier, sur les maladies régnantes pour le premier trimestre de cette année, qui n'a pu être que très-sommairement indiqué dans le compte rendu de la séance de la Société médicale des hôpitaux (voir le numéro du 2 mai dernier); nous voulons parler de la diphthérie.

Témoin en ville, cet hiver, de plusieurs cas de diphthérie croupale rapidement mortels, alors que rien au début ne semblait de nature à faire pressentir une issue aussi promptement funeste, et très-légitimement préoccupé de l'impuissance de la thérapeutique, en présence d'une affection aussi foudroyante, malgré le nombre et la variété des moyens journellement préconisés comme presque infaillibles, notre attention s'est naturellement portée sur cette partie du rapport, dès que nous en avons eu le texte complet sous les yeux, pour voir si nous y trouverions quelques cas analogues à ceux que nous avions observés et quelque explication de leur si excessive gravité. Or voici ce que nous y lisons.

« L'augmentation de nombre et de gravité de la diphthérie, dans la population qui entre en relations avec nos hôpitaux, dit M. le rapporteur, continue à suivre la marche progressivement croissante que nous ne cessons de signaler depuis plusieurs années. Ce trimestre compte particulièrement au nombre des plus désastreux, et la diphthérie a été si universellement maligne que, dans chaque hôpital et dans chaque service, presque tous les croups opérés ont été suivis de mort. Un relevé comparatif des cas de croup pendant le premier trimestre de cette année et pendant le trimestre correspondant des six années précédentes, donne pour les six années la proportion de 76, 54 décès pour 100, et pour la présente année celle de 79, 73. »

Parmi les documents très-complets et très-circonstanciés que renferme le rapport, nous ferons remarquer plus particulièrement les faits suivants :

A l'hôpital des Enfants-Malades, M. Archambault a eu dans le service des filles : 10 cas de croups dont 1 déclaré à l'intérieur, sur lesquels 9 opérations donnent 9 décès, 1 guérison sans opération ; dans le service des garçons, 9 cas, tous opérés, 1 seul cas de guérison.

Tous ces croups étaient accompagnés d'angine couenneuse, et dans tous, sauf un, il y avait de l'albuminurie. Plusieurs enfants ont résisté pendant un bon nombre de jours, l'un d'eux n'est mort que le dix-septième jour.

Dans le même service, il y a eu 4 angines diphthéritiques venues du dehors, sur lesquelles 3 ont guéri; plus 2 cas développés dans les salles, l'un suivi de mort.

Dans le même hôpital, M. Labric a eu 15 croups, 1 seul a guéri, sans opération : des 14 autres opérés 2 ont guéri, 12 ont été suivis de mort. Sur 7 angines couenneuses, il y a eu 4 décès et 3 guérisons.

Enfin M. J. Simon a eu, dans les salles de chroniques, plusieurs cas d'angines couenneuses, dont moitié ont guéri et moitié ont été suivies de croup mortel inopérable.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron, 31 enfants (17 garçons et 14 filles) ont été traités pour des pharyngites, plus souvent des pharyngo-laryngites diphthéritiques, 5 sont sortis guéris.

L'étude séparée de l'angine diphthéritique et du croup, a fait reconnaître que la léthalité la plus considérable avait appartenu à l'angine pharyngienne. Sur 10 malades, dont le pourtour de l'isthme et la paroi postérieure du pharynx avaient seuls été envahis par les fausses membranes, 9 ont succombé. Sur 21 atteints de croup et qui ont tous subi la trachéotomie, 4 ont guéri.

A l'exception de 2 enfants atteints de croup d'emblée, tous avaient eu d'abord la diphthérie pharyngienne, et plusieurs d'entre eux atteints de la forme grave caractérisée par la pâleur, la bouffisure du visage, l'empâtement sous-maxillaire et l'écoulement nasal, ont succombé plutôt à l'empoisonnement spécifique qu'aux complications thoraciques. Aucun des 4 enfants qui ont guéri n'a présenté ces signes de la diphthérite septique, mais ils ont eu tous à subir des complications sérieuses.

M. Bergeron, dans les notes qu'il a fournies pour le rapport, relate un fait de guérison inespérée, très-curieux et qui mérite que nous le rappelions ici.

Un enfant qui avait été trachéotomisé vingt-trois jours auparavant, et qui venait d'être débarrassé d'une congestion du sommet du poumon droit, obligé de garder encore la canule qu'on ne pouvait retirer un instant sans provoquer d'effrayants

accès de suffocation, fut pris de petites hémorrhagies, le sang sortait par les lèvres, par les narines et par la canule, en même temps apparaissaient à la peau, çà et là, des taches de purpura, en général de petite dimension et disséminées sur divers points du corps, et aux membres de larges ecchymoses dont quelques-unes même formaient des bosses sanguines. Ces accidents duraient depuis trois semaines environ, laissant l'état général relativement satisfaisant, lorsque tout à coup survint une hématurie qui, en peu de jours, fit tomber l'enfant dans un tel état de faiblesse, que M. Bergeron dût songer à tenter la transfusion du sang. Tout était prêt pour l'opération, lorsque, coïncidemment avec l'emploi de la térébentine (M. Bergeron n'ose pas dire sous l'influence de), il vit la proportion de sang diminuer peu à peu, et les urines devenir bientôt normales. L'hématurie avait duré seize jours. A partir du moment où elle avait diminué, les forces s'étaient rapidement relevées et l'enfant, qu'on avait enfin pu débarrasser de sa canule pendant cette crise, sortit complétement guéri dans la seconde quinzaine de mars. Il a été revu depuis en parfait état.

A Sainte-Eugénie également, M. Cadet de Gassicourt a fait la remarque que la mortalité constatée pendant ce trimestre dans son service aurait été presque entièrement constituée par les affections diphthéritiques : 13 sur 18 décès. Sur 13 croups, qui tous ont été opérés, il y a eu 1 seul succès.

M. Cadet de Gassicourt attribue cette grande léthalité et l'insuccès si constant de la trachéotomie en partie aux conditions défavorables dans lesquelles se trouvaient les malades amenés à l'hôpital, les uns à la dernière période de l'asphyxie, d'autres atteints de diphthérie maligne, le plus grand nombre atteint de rachitisme, de scrofule et de tous les attributs de la misère physiologique. Il rapporte, entre autres, un cas dans lequel la mort a été manifestement causée par une gangrène des parties superficielles et profondes autour de la plaie donnant passage à la canule.

Quoi qu'il en soit, des circonstances accessoires et des conditions constitutionnelles et générales qui ont pu élever le chiffre de la mortalité chez les enfants de la classe indigente qui constituent la clientèle ordinaire des hôpitaux, il faut chercher aussi ailleurs une cause plus générale encore ; car dans la pratique de la ville, où les conditions de misère physiologique sont infiniment moins communes, sans qu'il soit possible d'indiquer même approximativement une proportion quelconque, il est certain et d'après ce que nous avons appris par beaucoup de nos confrères et d'après ce qu'il nous a été donné de voir par nous-même, que les affections diphthéritiques et croupales ont présenté généralement pendant toute cette même période hivernale et paraissent présenter encore, même en ce moment, une très-grande gravité.

Sur une forme spéciale de cirrhose hypertrophique du foie.

On sait que pendant longtemps la cirrhose du foie a été considérée comme ayant pour caractère essentiel l'atrophie définitive de l'organe, laquelle était précédée quelquefois, au début, par une hypertrophie passagère. Cette hypertrophie, qui avait paru jusque-là ne correspondre qu'à une phase seulement de la maladie, à sa phase initiale et qui avait passé le plus souvent inaperçue, si bien qu'elle était pour quelques médecins en quelque sorte purement théorique, est apparue plus tard, à mesure qu'on a mieux observé, comme une réalité clinique, et non point seulement comme un fait transitoire, mais comme fait durable et persistant. Enfin, il y a aujourd'hui une tendance générale à envisager la question sous un point de vue nouveau, et à admettre l'existence d'une cirrhose hypertrophique, non point accidentelle ou passagère, ni même comme variété, mais comme espèce pathologique distincte et différente de la cirrhose classique, telle qu'on la connaissait depuis Laënnec.

M. Victor Hanot, interne des hôpitaux, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre de cirrhose hypertrophique, pendant son internat à l'hôpital Cochin dans le service de M. Bucquoy, a eu l'idée, à l'aide de ces faits et de quelques autres semblables et recueillis aussi depuis peu, de donner une esquisse nouvelle de l'histoire anatomo-pathologique de cette espèce de cirrhose.

Voici quels en seraient les principaux caractères et en quoi elle différerait particulièrement de la cirrhose atrophique, dont M. Bucquoy nous présentait tout récemment encore un tableau si exact dans une des leçons cliniques qui ont été publiées dans les colonnes de ce journal en octobre dernier.

Anatomiquement, la cirrhose hypertrophique, indépendamment de la sclérose extra-lobulaire et souvent aussi intra-lobulaire qui la constitue, serait caractérisée, en outre, par une lésion spéciale des canalicules biliaires, laquelle consisterait en un développement exagéré et un catarrhe chronique de ces canalicules. C'est cette lésion déjà décrite par M. Cornil dans un mémoire inséré dans les *Archives de physiologie pour* 1874, et par M. Hayem dans une communication faite à la Société anatomique en 1875, que M. Hanot a étudiée à nouveau sur trois sujets morts de cirrhose à l'hôpital Cochin.

Nous ne saurions mieux faire pour donner une idée de la physionomie symptomatique de cette affection, que de rapporter en résumé l'une des observations recueillies par M. Hanot, qui peut être justement considérée comme un type de l'espèce.

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, robuste, qui avait eu les fièvres intermittentes pendant son service militaire et qui avait fait, dès sa jeunesse, de grands excès alcooliques. Néanmoins sa santé était restée solide, et ce n'est que vers l'âge de quarante-huit ans qu'elle commença à s'altérer. Un ictère survient, s'accuse de plus en plus et persiste ; douleur sourde, exagérée par la pression, dans l'hypochondre droit ; un peu de fièvre, anoréxie ; diminution des forces. Après un apaisement de ces symptômes durant quelques temps, une nouvelle poussée d'hépatalgie a lieu avec augmentation de l'ictère ; enfin, après quelques nouvelles alternatives de mieux et d'augment, il survient un nouveau symptôme, une augmentation graduelle mais assez rapide du volume du ventre, due non à la présence d'une ascite, mais à une tumeur qui a envahi non seulement tout l'hypochondre droit et le creux épigastrique, mais encore le flanc droit et même une partie de la fosse iliaque du même côté, tumeur très-dure au toucher, assez régulière à sa surface, plus ou moins douloureuse par moments à la pression. Cependant en dehors des crises dont il a été question, l'état général est resté longtemps bon. Ce n'est que sept ans après le début de la maladie que la cachexie a commencé à se montrer. Le malade a commencé alors à maigrir, à perdre insensiblement les forces et l'appétit. Les troubles nutritifs ont été en augmentant ; la cornée a commencé à s'ulcérer, les conjonctives à s'enflammer, les poumons se sont engorgés et la peau s'est couverte de pétéchies ; l'ictère est devenu verdâtre, la maigreur squelettique, des hémorrhagies stomacales et intestinales se sont produites, enfin le malade est tombé dans le coma et n'a pas tardé à succomber.

Toutes les autres observations reproduisent à peu près dans

le même ordre, la même série de phénomènes, n'en différant que par la durée, en général moins longue, par le plus ou moins de fréquence des poussées, par le volume de l'organe hypertrophié. Mais les grands traits généraux sont toujours les mêmes : ictère permanent, hypertrophie du foie, à laquelle s'ajoute quelquefois une hypertrophie de la rate, absence d'ascite et de développement anormal des veines sous-cutanées abdominales, du moins pendant la plus grande durée de la maladie, enfin terminaison par les phénomènes de l'ictère grave.

Les recherches que M. Hanot a faites sur l'étiologie n'ont pas été beaucoup plus fructueuses que celles qu'avait faites déjà M. Hayem. Des maladies antécédentes, telles que des fièvres intermittentes, surtout celles qui ont été contractées dans les pays chauds, ou des troubles divers et fréquemment répétés des fonctions digestives, entraînent des congestions hépatiques; telles sont les circonstances principales qui ont paru prédisposer au développement de cette lésion. L'alcoolisme et la syphilis ont plus d'une fois joué un rôle dans l'étiologie, mais ni constant ni nécessaire. Enfin la lithiase biliaire dans quelques cas a coïncidé avec le développement de la cirrhose hypertrophique.

Nous sommes encore plus pauvres en thérapeutique. La thérapeutique, malheureusement, a eu peu de prise jusqu'à présent contre cet état pathologique. Ce qui a paru à M. Hanot exercer une heureuse influence sur la marche de la maladie, c'est l'application qu'il a vu faire par M. Bucquoy des révulsifs sur la région de l'hypochondre droit, consistant surtout en cautères à la pâte de Vienne. Ils diminuaient la douleur et semblaient abréger la durée et amoindrir l'intensité des crises. C'est en partie à ce moyen de traitement que M. Hanot attribue la marche lente de la maladie chez le malade dont on vient de lire l'histoire abrégée. Les indications se résument en général dans l'emploi des toniques et des agents propres à maintenir l'intégrité des principales fonctions et particulièrement celle des fonctions digestives.

Mais ce qui ressort utilement des recherches de M. Hanot, confirmatives de celles de MM. Cornil, Hayem, c'est la démonstration d'une espèce morbide, spéciale, englobée pendant longtemps sous la dénomination commune de cirrhose, dont elle ne constituait qu'une variété, et qui a ses caractères anatomo-pathologiques et symptomatiques propres, ainsi que ses caractères très-nettement distinctifs de la cirrhose atrophique, — celle-ci se développant autour des radicules de la veine-porte, celle-là ayant ses points de départ autour des canalicules biliaires; l'une que l'on pourrait appeler, dit M. Hanot, cirrhose-porte et l'autre cirrhose-biliaire; d'où les différences symptomatiques tranchées qui ont été indiquées plus haut.

Dr Brochin.

ACCÈS PERNICIEUX

CONSÉCUTIF A UNE LARYNGITE AIGUE

Par M. Sonrier, médecin principal en retraite.

Le fait si intéressant de fièvre pernicieuse produite par un calculbronchique, observé par M. le docteur Burdel (de Vierzon), et dont votre savant collaborateur M. le docteur Brochin rend compte dans la Revue clinique hebdomadaire de la *Gazette des Hôpitaux* du 6 mai dernier, nous a remis en mémoire l'histoire d'un fait analogue traité par erreur pour fièvre pernicieuse, qui entraîna la mort.

Nous avons pensé qu'une erreur de diagnostic, toujours pleine d'enseignements précieux, était souvent plus instructive qu'une cure merveilleuse obtenue par une opération trop réussie, et qu'avec votre bienveillance habituelle vous voudriez bien lui accorder les honneurs de la publicité.

F..., vingt-deux ans, soldat à la légion étrangère, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital de Batna, province de Constantine, le 2 décembre 1853, sous la rubrique habituelle de fièvre quotidienne avec bronchite.

Or, il faut savoir que la ville de Batna, malgré son altitude de 1,100 mètres, sur le point culminant du Tell, se trouvait alors entourée de jardins marécageux, où l'on cultivait avec succès les fièvres pernicieuses.

Notre malade se plaint donc d'accès quotidiens, avec frissons, chaleurs, sueurs profuses, caractérisés par une bronchite avec gêne extrême de la respiration.

Les jours suivants, malgré l'administration du sulfate de quinine à haute dose, l'intensité de la fièvre augmente, crachats muqueux abondants lactescents ; aucun signe ne sort de cette poitrine silencieuse qu'une légère diminution du bruit respiratoire, la percussion est sonore sans être emphysémateuse; l'oreille sur le larynx constate un sifflement musical insolite. L'inspection du pharynx ne découvre aucun obstacle au passage de l'air, pas d'hypertrophie de la glande thyroïde, pas de calcul ni corps étranger dans la trachée-artère, les doigts plongés aussi loin que possible derrière le sternum, ne constatent aucun développement exagéré des ganglions bronchiques, rien au cœur, pas d'asthme, et cependant il y a là un obstacle au larynx, mais de quelle nature? Quel traitement lui appliquer?

Certes, dans un pays qu'on pouvait avec raison incriminer d'être la cause de ces accidents intermittents, l'hypothèse la plus probable, tout imprégnée des idées si séduisantes et si à la mode alors, nous conseillait de ne voir en ces manifestations, qu'un accès pernicieux dyspnéique avec spasme de la glotte... que devait briser le sulfate de quinine administré largement; et nous étions si certain que c'était la seule interprétation des phénomènes morbides, que nous sommes passé à côté du fait sans le voir.

Vers le 3 janvier, le mal empire, redoublement de quinine, la dyspnée est extrême, accès de suffocation, cyanose des lèvres, face anxieuse, livide; la voix voilée devient rauque, l'inspiration longue, bruyante, flûtée, est suivie d'une expiration prompte et saccadée; la fièvre dure quatre heures, et l'apyrexie ramène un sommeil d'épuisement.

Les jours suivants, aggravation des symptômes, c'est alors qu'on place un séton sur le larynx, frictions stibiées sur la poitrine, potion vomitive pour expectorer, si c'est possible, cette asphyxie imminente. Mais le malade meurt le 8 janvier.

La cause du mal étant restée inconnue, nous nous empressons de demander à la mort le secret de la vie. Avions-nous affaire à une fièvre pernicieuse ou à une affection du larynx?

Dans nos campagnes, où l'on pratique si rarement l'autopsie, on comprend que chaque médecin soutienne avec ardeur des théories contradictoires, et Dieu sait le nombre d'énigmes médicales enterrées sous des discussions savantes et ensevelies sous de menteuses épitaphes; mais dans les hôpitaux, en face de la vérité, chacun fait ses réserves même en exposant ses doutes, tant on redoute les révélations de la mort et ses reproches d'ignorance méritée.

La poitrine ouverte ne décèle rien, rien dans le cœur que des caillots de la dernière heure, bien innocents sans doute, mais toujours incriminés quand on ne trouve pas d'autres organes coupables.

Rien dans le cerveau, qu'un peu de sérosité méningienne, dont on a peut-être un peu trop abusé en Afrique. Nulle trace de notre accès pernicieux, dont la cause s'est envolée avec la mort. C'est alors que nous ouvrons le larynx, et que nous trouvons dans sa cavité un petit abcès produit par la carie articulaire des cartilages cricoïdes et aryténoïdes dont les débris flottants sont rencontrés dans le pus. Cette tumeur, qui a le volume d'une grosse noix, ferme le passage de l'air et réduit à une fente mince l'ouverture des lèvres vocales.

Voilà donc notre accès pernicieux expliqué, et la cause de l'impuissance de notre thérapeutique obstinée; mais il faut avouer que toutes les circonstances fatales avaient bien un

peu conspiré contre nous, et s'étaient réunies pour égarer le diagnostic : l'intermittence franche du mal, l'influence d'un climat où toutes les affections les plus diverses, pneumonie, bronchites, rhumatismes, affections chirurgicales mêmes, revêtent les caractères périodiques et sont si bien combattues par le sel de quinquina. Nous étions tellement imbu de ces idées pernicieuses, qu'avec notre esprit d'aveugle prévention nous n'avons vu là qu'une lésion matérielle insignifiante soumise à l'influence climatérique, et dont la race péruvienne devait avoir raison. Mettez à notre place un jeune médecin, moins saturé de sulfate de quinine, qui concentre son attention sur le mal même; supposez qu'inspiré, comme notre chanteur M. Garcia, qui le premier eut l'idée de voir son larynx dans un miroir, bien avant que la formule du laryngoscope soit sortie des conceptions flottantes et des nébulosités germaniques, il projette des flots de lumière sur les obscurités de ce diagnostic douteux, il reconnaîtra son erreur et il cessera de poursuivre, avec le sulfate de quinine, cet accès pernicieux imaginaire. La vie de son malade n'est plus qu'au bout d'une aiguille.

Nous avons souvent pensé à tout cela, et les vingt-trois années, qui ont déja vieilli ce souvenir, n'ont pas encore effacé nos regrets de n'avoir pas crevé, par un petit coup de bistouri, cette grosse erreur qui fit périr notre malade.

GROSSESSE ET MALADIES DU CŒUR (1)

Par M. le docteur Berthiot.

Conclusions. — La grossesse, par les modifications qu'elle imprime à l'appareil circulatoire, exerce une influence funeste sur les maladies du cœur. — Réciproquement, les maladies du cœur font obstacle à la gestation et produisent souvent, soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

De ces faits, on peut tirer les conséquences pratiques suivantes : Une femme atteinte d'affection cardiaque ne devrait pas se mettre dans le cas de devenir mère. — Dans les cas de maladie du cœur, le médecin devra déconcilier le mariage. — On devra toujours ausculter le cœur de la femme grosse; en cas de lésion de cet organe, on pourra ainsi prévoir l'invasion des accidents et prendre d'avance toutes les précautions convenables. — Si la femme a le bonheur d'accoucher sans accident, elle ne doit pas nourrir son enfant, afin de ne pas fatiguer davantage un cœur déjà malade. — Comme dernière ressource, le médecin est autorisé à provoquer l'accouchement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mai 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. le secrétaire général annonce l'envoi par M. E. Vincent, ancien interne des hôpitaux de Lyon, d'un exemplaire de sa thèse intitulée : *De l'ablation du calcanéum en général, et spécialement de la résection sous-périostée de cet os*, destinée au concours pour le prix Duval. M. le secrétaire général rappelle que le règlement de ce prix exige l'emploi de deux exemplaires. Il espère que M. Vincent, qui a omis de donner son adresse, sera informé par la voie de la presse de cette condition qu'il a négligée.

M. Terrier dépose, au nom de M. Fieuzal, un volume intitulé : *Clinique ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts.*

(1) In-8°. Paris, 1876, Ve Adrien Delabaye et Ce.

COMMUNICATION

Des rapports de la grossesse avec les affections chirurgicales. — M. Verneuil donne lecture d'un travail sur cette question, qu'une discussion récente de la Société de chirurgie a soulevée à propos d'une communication de M. Nicaise. Ce chirurgien avait pratiqué la désarticulation de l'épaule sur une femme enceinte, qui accoucha néanmoins à terme. M. Valette (de Lyon), dans sa *Clinique*, publiée en 1864 et en 1876, a cité des faits de ce genre. Diverses thèses ont été soutenues sur ce sujet par MM. E. Petit, Cornillon, Massot. En Allemagne, Golstein s'est occupé aussi de cette question. Mais on a toujours eu en vue l'influence des opérations chirurgicales sur la grossesse. Il serait utile d'étudier aussi l'influence de la grossesse, considérée comme constitution médicale spéciale, sur les opérations chirurgicales, et de rechercher ce qui peut être épars dans les traités de pathologie interne ou externe, et qui a trait à cette étude. M. Verneuil apporte aujourd'hui quelques observations inédites. Dans certains cas, on a vu une affection locale ou générale évoluer en temps de grossesse comme dans les circonstances ordinaires. Tous les chirurgiens ont pu voir de même la grossesse n'influencer en rien une affection chirurgicale, et observer aussi la réciproque.

M. le docteur Vandran a communiqué à M. Verneuil l'observation d'une femme enceinte de sept mois, d'une bonne santé habituelle, qui fut atteinte d'une pleurésie gauche intense, et traitée par les vésicatoires, sans que la grossesse ait subi le moindre dérangement. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Il y a quelques mois, M. Verneuil dut faire la trachéotomie pour combattre un œdème de la glotte, chez une femme enceinte. Le lendemain matin, la malade allait bien, mais le soir la fièvre se déclara. Quarante-huit heures après l'opération, la fièvre augmenta et quelques douleurs utérines se firent sentir. Le troisième jour, la femme accoucha à huit mois et demi d'un enfant mort, et mourut elle-même à deux heures de l'après-midi.

Un fait semblable a été communiqué dernièrement à la Société d'anatomie par un interne de M. Sée. Ce chirurgien avait fait la trachéotomie sur une femme de trente-trois ans, menacée de suffocation et arrivée à un degré d'anesthésie très-prononcé. Pendant l'opération il y eut des menaces de syncope quoique la malade eût perdu peu de sang. Après l'expulsion d'une très-longue fausse membrane, il y eut d'abord un soulagement très-évident; puis il se fit une hémorrhagie en nappe entre la canule et la plaie, et une deuxième fausse membrane fut expulsée. L'hémorrhagie diminua; une demi-heure après la malade semblait en bon état, mais elle mourut subitement à minuit, en rejetant du sang par la canule. L'autopsie faite avec le plus grand soin par M. Sée, ne révéla pas de blessure vasculaire importante. Mais les veines thyroïdiennes étaient développées, le larynx œdémateux, et les bronches remplies de sang. Il s'était produit une hémorrhagie en nappe, due sans aucun doute à l'état particulier des vaisseaux du cou et des capillaires du corps thyroïde pendant la grossesse.

Dans l'observation suivante, le résultat ne fut pas aussi néfaste, puisque l'enfant seul succomba. Le 5 avril 1875, une femme enceinte de quatre mois environ entre dans le service de M. Verneuil pour des blessures multiples causées par une chute sur des moellons. Elle présentait une plaie légère du menton, une plaie contuse de la vulve ayant divisé transversalement la grande lèvre, et une plaie contuse de la cuisse. Cette femme était déjà accouchée une fois très-normalement. Quoiqu'elle ne présentât aucune trace de contusion vers la mamelle, une vive inflammation se manifesta dans cet organe, mais céda promptement à quelques cataplasmes. La cicatrisation de la vulve marchait sans encombre, mais très-lentement. Au dix-huitième jour, la malade voulait quitter l'hôpital, et consentit cependant à rester, sur les observations que lui fit M. Verneuil. Le soir même, elle fut prise de douleurs utérines violentes, et dans la matinée du lendemain, elle accoucha d'un fœtus d'environ quatre mois, mort depuis très-peu de temps. L'avortement ne fut suivi d'aucun trouble de la santé générale, et la plaie de la vulve, dont la guérison avait marché si lentement jusqu'alors, se cicatrisa complétement dans les dix jours qui suivirent.

Dans les trois exemples qui vont suivre, ni la mère ni l'enfant ne succombent. Une femme enceinte de vingt-cinq ans entre dans le service de M. Verneuil, en 1875, pour une ulcération très-douloureuse du gros orteil consécutive à la chute d'un corps pesant sur l'ongle. L'ongle était tombé; la plaie était fongueuse grisâtre, à bords ulcérés, la phalange gonflée. Soupçonnant un peu la syphilis, M. Verneuil fit panser avec des bandelettes de Vigo et administrer de l'iodure de potassium, mais en vain; les opiacés ne donnèrent pas plus de résultat; l'eau phéniquée à 1/100, pulvérisé toutes les deux heures sur la plaie, lui fit perdre son mauvais aspect, sans pour cela amener la guérison. Au bout de deux mois, elle accoucha d'un enfant vivant; les suites de l'accouchement furent simples, et la plaie de l'orteil guérit en dix ou douze jours. C'est évidemment aux troubles de la circulation déterminés par la grossesse qu'il faut attribuer la marche anormale de cette petite plaie.

A la fin de 1874, une femme se présente à la consultation de la Pitié pour des accidents inflammatoires survenus dans le cours du traitement d'une tumeur lacrymale par le procédé de Bowmann. Le sac lacrymal était distendu, après une ponction à l'aide de la seringue de Pravaz suivie de l'injection de quatre à cinq gouttes de teinture d'iode, et l'application d'un cataplasme de fécules, la malade partit chez elle. Quelques jours après M. Verneuil apprit qu'elle avait un phlegmon de la paupière supérieure, et que la cavité orbitaire même était envahie. Ce n'est qu'alors que la grossesse fut reconnue. Après l'ouverture de l'abcès, tout rentra rapidement dans l'ordre, et la fistule lacrymale elle-même se trouva guérie.

Presque à la même époque que cette dernière malade, M. Verneuil reçut une jeune femme enceinte, atteinte depuis longtemps de blépharite et chez laquelle un phlegmon des paupières s'était développée. Une simple ponction avec la lancette en eut raison. Mais tous ces faits démontrent bien la tendance pyogénique de la grossesse.

Le fait suivant démontre bien l'influence réciproque et fâcheuse de la grossesse et des opérations chirurgicales.

Le 29 novembre 1875, une paysanne robuste, de vingt-neuf ans, entre dans le service de M. Verneuil pour y être opérée d'une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux, quatorze mois auparavant. L'exploration était difficile; le doigt était arrêté net à 4 centimètres de la vulve par un rétrécissement vaginal prononcé. Il fallut d'abord vaincre cet obstacle, ce que le chirurgien fit en le dilatant avec une pince, d'abord, puis avec le doigt, puis avec le spéculum, en produisant une déchirure très-superficielle de la paroi vaginale. La fistule était située immédiatement au-dessus. L'opération fut ajournée à quelques jours. Mais il survint de la douleur et un écoulement abondant, en même temps qu'un œdème considérable des grandes lèvres; puis une large ulcération se fit au périnée, d'aspect livide, accompagnée de lymphangite. Cet aspect rappelait celui de la pourriture d'hôpital. *Les règles survinrent à ce moment*. Des irrigations phéniquées, des cataplasmes, des bains calmèrent ces accidents au bout de trois semaines, et l'opération de la fistule put être pratiquée le 12 janvier. Cinq points de suture furent placés. Trois jours après l'opération, il y eut un petit écoulement de sang, qui fut pris pour un retour prématuré des règles. Trois jours plus tard, eut lieu une véritable perte, qui amena, le lendemain matin, l'expulsion d'un gros caillot renfermant un œuf entier de deux mois. La grossesse avait été d'autant moins soupçonnée que les règles avaient été vues quelques jours après l'entrée de la malade. Elle était cependant enceinte, mais de deux ou trois jours seulement au moment de son entrée, de quinze jours au moment de la première opération et de deux mois lors de l'opération de la fistule. En présence de cet accident, les fils furent laissés en place jusqu'au seizième jour. A cet époque la fistule était guérie.

Ce fait, par les accidents qui survinrent, et par le résultat qui fut heureux, prouve à la fois la nocuité et l'innocuité de la grossesse sur les opérations chirurgicales. Il s'était développé une vulvo-vaginite en rapport avec la grossesse; il a fallu deux opérations pour tuer le fœtus; mais la grossesse n'a pas entravé les bons résultats de la suture, et l'œuf qui a été expulsé en entier n'était pas pourri.

Dans le dernier numéro des *Archives générales de médecine*, est relaté un cas d'esthiomène de la vulve observé chez une femme enceinte de trois mois. Tout traitement fut inutile jusqu'à l'accouchement qui survint à sept mois et demi, et fut suivi d'une amélioration considérable. Ne voit-on pas tous les jours d'énormes végétations vulvaires disparaître par la grossesse. Mais la grossesse peut réagir aussi d'une manière défavorable sur la marche des affections de la vulve : en 1857, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Philippe Boyer que M. Verneuil remplaçait, entrait une jeune femme enceinte de cinq mois, qui avait contracté un chancre mou quelque temps auparavant. L'ulcération avait envahi le périnée, la fourchette, les grandes lèvres, les fesses; rien ne pouvait l'arrêter. C'était un chancre de 40 centimètres de diamètre. Les douleurs étaient incessantes, la suppuration considérable; la malade succomba à l'épuisement. M. Verneuil pense aujourd'hui que l'avortement provoqué aurait été indiqué. Lorsque, dans la variole, une femme avorte de bonne heure, elle se sauve bien plus souvent que si l'avortement est tardif, car alors la mère et l'enfant meurent inévitablement.

M. Verneuil ne veut pas aujourd'hui poser de conclusions, mais seulement faire ressortir l'importance de l'étude de l'influence réciproque des blessures et de la grossesse, et montrer qu'il faut toujours penser à la grossesse lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie à marche insolite; enfin, poser la question de l'accouchement prématuré lorsque certaines affections chirurgicales ont une marche funeste qu'ont peut attribuer à la grossesse.

M. GUÉNIOT propose de mettre cette question si intéressante à l'ordre du jour. Cette proposition est adoptée.

LECTURE

M. BERGEON (de Moulins) donne lecture d'un travail sur les polypes naso-pharyngiens (Commiss. : MM. Cruveilhier, Polaillon, Lucas-Championnière).

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III

La meilleure manière d'enseigner la méthode, c'est d'en mettre beaucoup dans ses propres leçons. Quand nous écoutons une leçon clinique de M. Béhier, de M. Verneuil, de M. Broca, de M. Gosselin, ou de quelque autre de nos plus savants maîtres, il nous semble que la véritable méthode apparaît d'une façon assez nette dans la manière dont ils interrogent un malade, dans les divers diagnostics qu'ils passent en revue, dans celui qu'ils formulent, dans l'historique qu'ils présentent, dans l'état de la question telle qu'elle existe à l'heure présente qu'ils résument, dans les traitements qu'ils ordonnent, dans les lectures qu'ils conseillent. Cela ne vaut-il pas mieux d'enseigner ainsi la méthode clinique que d'écrire sur cette méthode des articles de revue, et de lourds volumes? La vraie méthode, en France, a été claire et lucide comme nos habitudes intellectuelles : donner peu de prise aux hypothèses hasardeuses et avancer sagement, lentement; ne point quitter le vrai pour courir au douteux proclamé seul exact; ne pas fausser l'esprit des étudiants sous prétexte d'exciter en eux le goût des recherches individuelles, par des théories sans fondement, vérités de la veille, erreurs du lendemain; telles ont été les tendances de la science, les procédés des travailleurs en France.

Que si cependant, on demande à l'école française de formuler, elle aussi, ses vues sur la méthode clinique, il n'est point besoin d'attendre longtemps pour trouver dans les leçons qui sont faites dans nos grands hôpitaux l'exposé de tous les principes nécessaires à cet égard. Nous n'en voulons pour preuve que ces simples lignes extraites de la belle leçon que faisait récemment à l'Hôtel-Dieu un savant chirurgien qui, sans appartenir à la Faculté, est assurément un de nos maîtres les plus éminents. En quelques mots M. Alphonse Guérin a su, avec la plus grande justesse, poser les principaux jalons

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 mai.

qui doivent servir de guide dans l'enseignement clinique, et il ne s'est point cru pour cela dans l'obligation de faire un discours en trois points sur la méthode en général et en particulier. Nous recommandons à l'attention de plus d'un écrivain allemand, les deux ou trois phrases qui suivent : « Il faut, à mon avis, dit M. A. Guérin, que la clinique repose sur la comparaison d'un malade en observation avec les faits qui ont servi de base à l'histoire des maladies qui touchent à celle dont on doit s'occuper.

« Je ne comprendrais pas que l'on fit un enseignement clinique sans avoir présentes à l'esprit les connaissances sans lesquelles l'enseignement serait borné à l'observation d'un fait brut. C'est en rappelant les descriptions classiques des maladies et en les rapprochant des symptômes du malade que l'on étudie, qu'il est possible d'arriver à un diagnostic précis, sans lequel le médecin marche à l'aventure (1). » Ce que M. A. Guérin fait dans ses leçons de gynécologie à Lourcine, à Saint-Louis ou à l'Hôtel-Dieu, tous nos maîtres français le font, eux aussi, dans leurs services respectifs.

Continuons cependant d'écouter ces appréciations allemandes sur les institutions allemandes. Comme dans un autre ordre d'idées, dit-on ici, comme en ce qui concerne le jeu de nos institutions politiques, nous savons parfaitement notre côté fort ; mais, à l'inverse des autres nations, nous ne tirons de cette activité et de nos succès, aucune vanité. Nous n'avons qu'un but, but éternel, il est vrai, qui est de toujours chercher le point défectueux, et de proposer avec une noble franchise des plans de réforme et d'amélioration. Comme notre politique, nos institutions d'enseignement ont une apparence de mouvement incessant. Nous sommes éternellement en agitation, et cela peut donner extérieurement à notre culture intellectuelle nationale, un manque de certitude et de fixité que les étrangers ne sauraient comprendre, tels les Français et les Italiens, et que les Anglais ne pourraient supporter. Nous sommes un peuple perpétuellement à la poursuite de l'*idéal* en toutes choses, et, par ce perpétuel changement, ce continuel désir du mieux, nous avons l'air (seulement pour les esprits superficiels) toujours mécontents du présent (*bei allem Idealismus ein pessimistisches Gepraege*).

Cette situation se trouve parfaitement exprimée dans les observations de M. de Ziemssen. « Nous avons un enseignement clinique dont l'excellence surprend toutes les autres nations, et cependant, par nos critiques nous avons l'air de ne le point apprécier dignement.

« Il en est de même pour toutes nos institutions scolaires. Toute l'Europe répète que l'Allemagne doit les progrès politiques considérables, accomplis dans les dernières années, à la supériorité de ses écoles universitaires. L'Europe ajoute que le niveau intellectuel supérieur de nos armées, que leur organisation est le résultat de la bonne éducation scolaire donnée à toutes les classes de notre société. Cependant, malgré cela, qu'il s'agisse dans nos conversations ou dans nos livres de nos écoles populaires, de nos gymnases, de nos universités, c'est encore un tel déluge de plaintes et de propositions de réformes, qu'à nous entendre aussi, un étranger pourrait se demander si les louanges, qu'il nous donnait tout à l'heure, étaient réellement méritées.

« Cette disposition curieuse, ces exigences continues envers soi-même, sont particulières à notre caractère national, et nous avons le droit de dire, qu'étant donnée la richesse matérielle de l'Allemagne, nous dépensons pour notre instruction publique des sommes qui ne sont point dans un juste rapport avec notre situation budgétaire. Cela est aussi vrai de l'Autriche que de la Prusse et de la Bavière » (2).

L'article de M. de Ziemssen est d'ailleurs intéressant, en ce qu'il présente les critiques d'un maître d'une compétence incontestable en ces matières ; ces critiques et son plan de réforme visent surtout les universités de second et de troisième ordre. C'est à propos de la Faculté d'Erlangen que M. de Ziemssen, frappé des lacunes du service de clinique à la tête duquel il était placé, avant d'être à Munich, met en avant le projet d'amélioration indiqué ci-dessous. Erlangen avait pendant les seize derniers semestres, en moyenne pour chaque semestre, quatre-vingt-huit étudiants en médecine. En tenant compte des quatre années pendant lesquelles sont achevées les études médicales en Allemagne, cela fait vingt-deux élèves dans chaque cours ; mais comme il y a toujours deux cours de clinique médicale, et qu'il ne faut pas supposer les cours cliniques d'Erlangen plus suivis que ceux d'une autre petite faculté, cela fait environ cinquante étudiants qui suivent les cliniques pour un semestre. Pour l'enseignement de ces cinquante étudiants, M. de Ziemssen réclame dans son programme :

1° Un professeur de clinique propædeutique (1) (il doit être un extraordinaire dans les petites universités et un ordinaire dans les grandes). Ce maître, dans les petites universités, se servira du matériel des services de clinique et de policlinique ; dans les grandes universités il aura un service à part dans l'hôpital. Il enseignera les procédés physiques de l'observation, la *technique diagnostique*, et aura pour fonction d'exercer les étudiants à ce que l'on pourrait justement appeler le maniement du malade, et l'initiera à tous les moyens, d'examen.

2° Un médecin assistant (docteur). Celui-ci habitera l'hôpital et aura, pour fonction, d'enseigner plus particulièrement les méthodes physiques dans l'observation des maladies de poitrine.

3° Un second médecin assistant (docteur), habitant aussi l'hôpital, qui sera chargé des cours d'électrothérapie, de laryngoscopie, de rhinoscopie d'otologie.

4° Trois sous-médecins (unterartz, dans cet ordre académique inférieur, ces fonctions seraient conférées à des étudiants plus avancés que leurs camarades). La durée de ces fonctions serait de six mois, et ces jeunes gens, habitant aussi à l'hôpital, auraient une rémunération et devraient commencer l'enseignement des plus jeunes étudiants.

5° Dans les mêmes conditions que les précédents, se trouverait un sous-médecin suppléant à la policlinique.

6° Quatre ou cinq laboratoires avec toute la série des appareils et des instruments nécessaires aux analyses de chimie pathologique, etc.

7° Une dotation riche pour l'entretien de ces laboratoires.

8° Les étudiants seraient partagés par groupes, et devraient venir les uns aux visites du matin, les autres aux visites du soir, pour pouvoir suivre avec exactitude tous les cas intéressants.

M. de Ziemssen va même, ainsi que nous l'avons dit dans notre étude sur les policliniques allemandes, jusqu'à vouloir livrer, comme *matériel d'enseignement* aux privatdocenten et aux professeurs extraordinaires les malades des services de clinique officiels. Nous n'avons pas à revenir sur tout ce que présente de chimérique cette dernière proposition.

Ce plan d'organisation et de réforme d'un enseignement clinique, en dehors des exagérations élogieuses que nous signalions au début à propos de la supériorité de la clinique allemande, n'en est pas moins fort intéressant, à cause des tendances qu'il indique et des préoccupations qu'il décèle dans l'esprit des hommes chargés de présider au fonctionnement de l'organisation actuelle.

Ce plan ne s'adresse évidemment qu'à une université de médiocre importance, comme c'était le cas pour Erlangen, ne contenant qu'un nombre restreint d'étudiants. C'est une question que l'on a pu poser avec quelque raison, si les étudiants en médecine, en Allemagne, ne faisaient point de meilleures études dans les petites universités que dans les grandes ; parce que tous sans exception pouvaient, dans les premières, trouver place dans les services de clinique, dans les laboratoires ; parce que l'absence de foule et d'encombrement ne gênait en aucune façon l'action directe et la surveillance des maîtres. Il est évident d'autre part que, cliniquement parlant, les petites

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 27 janvier 1876, n° 11.

(2) V. Sybel et Billroth, Liv. cit. *passim*. L'écrit de M. de Sybel est particulièrement intéressant en ce qui concerne les appréciations générales. La haute situation de M. de Sybel, professeur ordinaire à l'Université de Bonn, et directeur des archives d'État à Berlin, donne un véritable poids à ses paroles. Nous reviendrons sur ce livre de M. de Sybel.

(1) Stern., liv. cité. — C'est une sorte de clinique *préparatoire* où l'on enseigne aux étudiants qui commencent leurs études l'art d'examiner le malade : c'est ce que l'auteur entend par la technique diagnostique. La clinique propædeutique comprend les *psysikalesch-diagnostischer cursus*, les *Arzneimittel und Arzneiformellehre ;* à Munich, un docent et deux ordinaires, MM. les professeurs de Gietl, conseiller privé, et Seitz, sont chargés de cet enseignement préparatoire, tant à l'Hôpital-Général qu'à la policlinique.

universités fournissent un champ d'observations infiniment trop restreint et que les élèves ne trouvent pas, comme dans les grandes villes, ces malades à profusion qui multiplient les occasions de leçons et d'étude. Aussi le premier devoir d'un maître, placé à la tête de services cliniques dans une université de second ou de troisième ordre, est-il de veiller à ce que tous les élèves soient en quelque sorte entraînés, sous ses ordres, dans le mouvement scientifique du lieu. Cette organisation de laboratoires, cette division des étudiants par *brigades,* sous une hiérarchie de jeunes maîtres initiant les débutants, les prenant en quelque sorte par la main pour les amener finalement sur les bancs de l'amphithéâtre où parlera le professeur ordinaire, ne laissent pas de répondre évidemment au but bien compris d'une petite faculté.

En ce qui concerne cependant les cliniques propædeutiques, ou préparatoires, institutions allemandes et que nous n'avons point en France, on ne peut s'empêcher de se demander ce qui restera à faire au professeur de clinique titulaire, si l'on introduit dans son service pour y faire des leçons de *technique diagnostique*, un professeur extraordinaire ou un autre professeur ordinaire. Que lui restera-t-il à dire sur les malades, s'ils ont été déjà étudiés de cette sorte au point de vue du diagnostic, et comment pourra-t-il remplir les deux heures de leçon qu'il a à faire chaque jour? Supposant toutes les choses élémentaires connues; s'en tiendra-t-il à ne faire que des leçons *savantes,* d'où la médecine pratique sera bannie? Ne doit-on pas, au nom d'une bonne organisation, repousser cette impatronisation de maîtres étrangers dans les services des titulaires, et se refuser à admettre cette manière de concurrence faite aux ordinaires par des jeunes gens qui n'ont ni leur acquis, ni leur expérience?

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

N° 26. Essai sur les doses toxiques et les contre-poisons de quelques composés arsenicaux, par René Rouyer, aide d'anatomie pathologique à la Faculté de Nancy.

N° 27. Du chloroforme au point de vue de son action physiologique et du mécanisme de la mort pendant l'anesthésie, par René Ferry, *docteur en droit,* avocat à Saint-Dié.

N° 28. Contribution à l'étude de la pachyméningite, par G. Houdoux, ancien interne et lauréat de l'École de médecine de Tours.

N° 29. De la ménopause et de son influence dans la production de l'aliénation mentale, par L. A. Pagès, ancien interne de l'asile des aliénés de Bordeaux.

N° 30. Étude médico-psychologique sur l'état mental désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité, par Léon Duprey, ancien interne de l'asile de Maréville.

N° 31. De l'alimentation forcée chez les aliénés, par A. Grasse, ancien interne de l'asile de Maréville.

N° 32. Notes sur une campagne au Gabon, par A. N. Cabasse, aide-médecin auxiliaire de la marine.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Une erreur s'est glissée dans le texte du programme relatif au concours qui aura lieu en 1876, pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé. Cette erreur qui intéresse principalement les élèves munis de douze inscriptions de médecine ou de huit inscriptions de pharmacie, porte sur la solde attribuée aux élèves de quatrième et de cinquième année, qui sont admis à l'école du Val-de-Grâce.

Il faut lire 2,502 francs par an, au lieu de 2,360 francs par an.

Excursion scientifique. — M. Hébert, en son absence M. Velain, fera dimanche 21 mai une excursion géologique à Étrechy, Morigny, Étampes. — Rendez-vous à la gare d'Orléans, à six heures trois quarts précises.

Aide-mémoire de médecine militaire. Recueil de notes sur l'hygiène des troupes, les subsistances militaires, etc., par le docteur Hermant, médecin de régiment belge. — 1 vol. in-12. Prix: 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Altérations du système utérin et particulièrement des règles chez les phthisiques, par le docteur Ladmiral. — In-8°. Prix: 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Du muguet et de son traitement.

Le muguet n'est pas une maladie très-fréquente dans la seconde enfance. On n'en voit pas souvent sur les malades de mon service, et quand on le rencontre, il est toujours symptomatique et en rapport avec la fin prochaine d'une maladie grave, notamment de la phthisie. Il s'observe surtout chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. Et comme à la consultation publique de l'hôpital, il s'en est présenté un exemple, je l'ai retenu pour vous donner l'occasion de faire l'étude clinique, anatomique, et thérapeutique de la maladie.

L'enfant que je vous présente a onze mois et tette encore. Il est malade depuis huit jours, et depuis ce temps présente, dans la bouche et sur la langue, des plaques blanches disséminées dont la présence inquiète beaucoup sa mère.

L'enfant paraît fort bien développé pour son âge. Il tette bien, rejette souvent du lait, mais ne vomit pas. Il n'a pas de diarrhée et n'en a pas eu depuis quelque temps. Ses matières sont jaunes, bien homogènes, sans grumeaux de lait non digéré. Les fesses n'ont pas de rougeurs ni d'excoriations et il n'y a aucune irritation ni de plaie aux malléoles ni aux talons. L'enfant ne tousse pas et n'a pas de fièvre. Bref, sauf l'état de la bouche, cet enfant n'est pas malade.

Ce qu'il a paraît être localisé à la muqueuse buccale, fait important à connaître, et qui constitue tout l'intérêt pronostique de ce cas intéressant.

L'enfant a quatre incisives seulement. Ses gencives sont gonflées, sans chaleur anormale. Elles offrent, ainsi que la langue, la face interne des lèvres, la voute palatine, une exsudation blanchâtre, laiteuse, formée çà et là par des points blancs miliaires, isolés ou confluents, ailleurs par des plaques plus larges dues à la réunion de plusieurs points isolés et sur la langue par un enduit blanc épais d'apparence caséeuse.

Cette exsudation est facile à enlever et la muqueuse ne paraît pas malade au-dessous. Elle s'écrase complétement sous le doigt et, si on l'examine au microscope, on constate qu'elle est formée de larges cellules épithéliales couvertes de granulations moléculaires, de gouttelettes huileuses provenant du lait, de spores et de tubes allongés droits ou ramifiés d'*oidium albicans*.

Sur la préparation microscopique soumise à votre examen et que je vous ai fait regarder à tour de rôle, ces faits ont été très-faciles à constater.

Il n'y a donc pas à en douter, les plaques blanches et le pointillé qui les précède ne sont pas des fausses membranes de diphthérite composées de mucine et de fibrine. Ce sont des fausses membranes épithéliales, en grande partie composées d'un cryptogame parasite appelé *oidium albicans* et dont la formation constitue le *muguet*. C'est là un exemple de *parasitisme végétal* qui vous montre combien on a eu raison d'admettre en pathologie générale un groupe de maladies parasitaires. (Voyez E. Bouchut, *Pathologie générale*, troisième édition, article parasitisme.)

Pour en revenir au muguet, il faut savoir que si la maladie est toujours la même dans les caractères anatomiques et parasitaires, elle diffère beaucoup d'elle-même par les circonstances dans lesquelles elle se développe. Le muguet n'est rien en lui-même, mais il est d'un pronostic très-fâcheux lorsqu'il se montre chez un sujet déjà malade et cachectique. De là résulte la nécessité d'admettre encore un *muguet* idiopathique et un *muguet symptomatique*, l'un dont la cause bénigne est inconnue et l'autre qui se rattache à une phlegmasie viscérale chronique aux approches de sa terminaison funeste. Le muguet est donc un symptôme et rien de plus. C'est une moisissure de la bouche qui se développe habituellement sur les sujets détériorés ou cachectiques et rarement chez des sujets sains.

A cet égard, les cas de la nature de celui que vous avez sous les yeux sont très-intéressants, et comme on ne les observe guère que dans la clientèle civile plutôt qu'à l'hôpital, il faut les connaître et être prévenu de leur existence. De cette manière on ne se préoccupe pas de ce qui ne mérite pas d'inquiéter les familles, fait important qui sépare ma manière de voir actuelle de l'idée qu'on se faisait du muguet il y a quelques années. En effet, au moment des travaux de Valleix, on faisait du muguet une sorte de fièvre éruptive précédée de diarrhée verte, d'érythème des fesses, d'ulcération des malléoles et des talons, entraînant presque toujours la mort. C'était une erreur. Le temps et de meilleures observations en ont fait justice.

On sait à présent qu'il y a un muguet idiopathique, comme celui que je vous présente aujourd'hui, qui ne compromet nullement la vie et qui guérit très-aisément. Quant à l'autre, dit symptomatique, on sait qu'il est le résultat cachectique de la phthisie pulmonaire ou intestinale, qu'il annonce une mort prochaine, et que cet accident dépend moins du parasite que de la lésion viscérale.

Il y a d'ailleurs un fait considérable dans l'histoire pathologique du muguet et qui en explique la formation. On en doit la connaissance à Dutrochet. Ce savant a montré que l'acidité de la bouche précédait toujours l'apparition du muguet et cela est réel. Or, toutes les fois que la muqueuse buccale se dépouille de son épithélium et qu'elle offre une réaction manifestement acide, il se développe de l'*oidium albicans*. Ce sont les germes invisibles disséminés dans l'atmosphère qui, trouvant là un terrain favorable à leur développement, germent et engendrent la mucédinée. Il est rare que cette disposition s'observe en dehors de toute maladie antérieure, mais cela peut être. C'est le cas du malade que je vous fais observer. Habituellement, cette acidité n'arrive que dans les cachexies à leur dernière période. La bouche devient chaude, douloureuse, rend difficile l'ingestion des aliments et des boissons, la langue se dépouille d'épithélium, devient rouge, lisse, très-acide, et au bout de trois jours environ les premiers points blancs de l'*oidium albicans* se manifestent. C'est le *muguet symptomatique*, et quand il apparaît on peut le considérer comme un signe prochain de la mort.

Je disais, il n'y a qu'un instant, que la découverte de cette acidité était un fait important dans l'histoire pathologique du muguet. Et en réalité, de cette notion découle le traitement rationnel de la maladie, jusqu'alors abandonné à l'empirisme.

Que signifient le suc de citron, l'acide chlorhydrique et les applications de sucs acides contre le muguet, produit lui-même par une acidité exagérée de la bouche? C'est un non-sens thérapeutique. Pourquoi même l'alun vanté par quelques personnes et le nitrate d'argent vanté par d'autres? Ce sont des astringents et des irritants inutiles.

Que le muguet soit idiopathique ou symptomatique, le traitement local est le même. Il est très-important de l'instituer pour empêcher de souffrir les malades, car dans certains cas, chez l'adulte, le muguet est très-douloureux. Il faut combattre et neutraliser l'acidité de la muqueuse buccale. Pour cela le borate de soude, le bi-carbonate de soude et le chlorate de potasse sont les meilleurs agents à employer.

Le chlorate de potasse si vanté contre toutes les stomatites n'a pas, dans le muguet, l'influence heureuse qu'il possède contre la stomatite ulcéro-membraneuse des enfants et contre la stomatite mercurielle. Ce n'est pas le meilleur remède à employer.

Les sels de soude que je viens de nommer, borate ou bicarbonate sont préférables. On les emploie de la façon suivante :

Borate de soude . . . . . . 10 grammes.
Sirop de miel . . . . 15 —

Mêlez.

Toutes les deux heures, à l'aide d'un pinceau, il faut barbouiller l'intérieur de la bouche, des lèvres et quelquefois du pharynx avec ce collutoire; et en deux jours le muguet est guéri, l'*oidium albicans* cesse de se produire.

Le bi-carbonate de soude peut être employé de la même façon et avec autant de succès. Seulement ces collutoires, excellents chez les petits enfants, sont moins bons chez l'adulte qui sait se gargariser et où il est préférable de prescrire les gargarismes, ou les douches alcalines du gosier. Dans ce cas il faut formuler comme il suit :

Bi-carbonate de soude . . . . 6 grammes.
Eau ordinaire . . . . 1 litre.

Pour gargarisme et douches pharyngées.

Une simple bouteille d'eau de Vichy ou d'eau de Vals peut suffire. On devra faire gargariser toutes les heures.

Sous l'influence de ces moyens, la bouche pâlit et devient moins douloureuse; l'acidité disparaît; la langue, rouge et lisse, se recouvre d'épithélium qui permet de boire et de manger sans souffrir; l'*oidium* cesse de se produire et les malades sont guéris.

Que le muguet soit idiopathique ou symptomatique d'une cachexie cancéreuse, tuberculeuse ou autre, les résultats sont les mêmes. Il n'y a qu'une seule bonne thérapeutique locale du muguet, c'est la médication alcaline.

HOTEL-DIEU. — M. Béhier.

Cancer de l'intestin. — Siége précis inconnu (1).

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

II.

Examinons d'abord l'estomac. De ce côté nous n'avons rien qui ressemble à la gastrite des buveurs; notre malade n'a eu ni vomissements, ni douleurs, ni pituite; il se plaint seulement d'avoir perdu l'appétit, mais la perte de l'appétit s'observe dans tant d'affections diverses, qu'elle ne peut avoir ici aucune valeur.

Nous n'avons pas à discuter davantage la question d'un ulcère simple; c'est une maladie à marche aiguë et dans laquelle les douleurs sont souvent intolérables.

Mais avons-nous affaire à un cancer. Ce point mérite d'être approfondi. Ainsi notre malade a soixante et un ans et présente une teinte cachectique, qui, à cet âge, ne peut guère être attribuée qu'à une affection de cette nature. De même il a subi un amaigrissement considérable et offre un œdème des membres inférieurs qui se rencontre dans le cancer. Il est vrai qu'il n'a pas de vomissements, mais ceux-ci peuvent manquer. Toutefois, il est permis de croire qu'il ne s'agit pas d'un cancer de l'estomac, car il existerait d'autres symptômes, rapports, aigreurs, régurgitations, douleurs au niveau de l'épigastre, distension et tympanite stomacales, qui viendraient à l'appui de notre diagnostic. Au contraire tout est libre, chez cet homme, dans les fonctions de l'estomac et tout en ayant fait certaines réserves à la possibilité d'une affection cancéreuse de cet organe nous ne saurions nous arrêter davantage à une hypothèse semblable.

D'ailleurs, nous trouvons dans une autre partie de l'appareil digestif, des symptômes plus décisifs qui éclairent l'esprit d'une façon beaucoup plus complète.

Je vous ai dit que cet homme était alcoolique, qu'il avait perdu l'appétit, que l'amaigrissement était considérable et accompagné d'un œdème des extrémités inférieures, que le ventre était assez développé et présentait les signes d'une ascite commençante, enfin qu'il présentait une altération particulière dans la coloration de la face. Ces symptômes nous conduisent naturellement à rechercher, chez ce buveur, l'existence d'une affection particulière à cette catégorie d'individus, en un mot, à nous demander s'il n'est pas cirrhotique.

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 mai.

Au premier abord, un œil exercé repousse cette hypothèse, car l'apparence de la face, n'est pas du tout celle d'un individu affecté de cirrhose du foie. Si vous comparez en effet la teinte qu'il présente avec celle du cirrhotique qui a fait le sujet de notre première leçon et qui est encore actuellement dans nos salles, vous verrez que la teinte jaune paille anémique du premier est remplacée chez le second par une teinte un peu terreuse, couleur de pain d'épices. Chez celui-ci, il y a un certain degré de flaccidité, de bouffissure des chairs, tandis que ce qui frappe chez celui-là, c'est une sécheresse, un aplatissement, un collement des traits sur les os. Étudiez bien ces différences. Elles vous permettront, quand vous les connaîtrez bien, de faire le diagnostic d'une cirrhose, à la seule inspection du malade.

Il y a quelques mois, je fus appelé en Suisse, pour donner mes soins au père d'un de mes amis. Le médecin qui le soignait avait successivement diagnostiqué un cancer de l'estomac, puis un état anémique, suite de chagrins domestiques. Dès mon entrée dans la chambre du malade, mon diagnostic était fait, j'avais affaire à un cirrhotique.

En l'examinant de plus près, je ne tardai pas en effet à trouver tous les signes que je vous ai exposés au sujet de notre premier malade, du nº 15 : une ascite considérable, un développement des veines sous-cutanées abdominales, un foie rétréci. Ici, au contraire, nous ne trouvons rien de semblable, et bien qu'il ait eu autrefois un ictère qui a duré quelques mois, bien qu'il présente aujourd'hui de l'œdème des membres inférieurs et un peu d'ascite, il n'est pas acceptable que cet homme soit affecté de cirrhose.

Enfin quand on arrive chez lui à l'examen du foie et de la rate, on trouve que ni l'un ni l'autre n'ont subi aucune espèce d'altération. Le premier n'est pas hypertrophié comme dans l'affection qu'on a appelée la cirrhose hypertrophique, ni ratatiné, comme dans la cirrhose vraie. Par conséquent les signes dirimants de la cirrhose n'existent pas, et si, d'autre part, on rencontre quelques symptômes pouvant faire croire, dans une certaine mesure, à l'existence d'une affection due à l'alcoolisme, toute espèce de doute disparaît quand on creuse la question.

Nous nous trouvons enfin en présence de l'intestin. Le malade, vous ai-je dit, présente des alternatives de diarrhée et de constipation et dans les selles on trouve fréquemment du sang, tantôt rouge, tantôt noir, comme celui qui a subi un commencement de digestion sous l'action du suc intestinal. Quant au rectum, il est indemne de toute lésion ; on n'y trouve pas d'hémorrhoïdes. Ce n'est pas par conséquent dans cette partie du tube intestinal, qu'est le siége de l'altération que nous recherchons, et il est évident que ce sont les fonctions intestinales qui sont troublées et que c'est dans l'intestin que s'est développée la maladie. Il ne saurait y avoir aucun doute possible à ce sujet. Mais où la question devient plus difficile, c'est lorsqu'il s'agit de déterminer le point précis où siége la lésion. Les moyens nous manquent complétement pour cela et on ne peut pas, comme pour le vomissement de l'estomac, fixer, par le moment où se produit le trouble fonctionnel, le point approximatif du siége de la lésion. Vous savez qu'en effet dans le cancer de l'estomac, si le vomissement se produit immédiatement après l'ingestion des aliments on en conclut que la lésion siége au cardia, tandis qu'elle est située dans le voisinage du pylore, si l'expulsion des matières alimentaires est plus lente à se produire. Ici, nous n'avons absolument rien de semblable. Le seul signe qui pourrait nous éclairer sur ce point, c'est l'existence d'une tumeur, et elle fait complétement défaut.

Mais, si le siége précis nous échappe, nous connaissons du moins la nature plus ou moins probable de cette altération intestinale. En effet une lésion de cette nature, datant de dix mois, l'état cachectique du malade, sa teinte jaune, sa maigreur, l'anémie croissante qu'il présente, son âge, tous ces symptômes font immédiatement penser à une affection cancéreuse. Enfin, la présence du sang dans les selles est un signe considérable et dirimant, car il faut nécessairement qu'il existe, dans un point de l'intestin, une surface habituellement dénudée donnant issue à un sang rouge quand l'expulsion du liquide est immédiate, noire au contraire, après un séjour plus ou moins long dans l'intestin où ce liquide a subi l'action du suc intestinal. A ce propos, je vous ferai remarquer la différence qui existe entre l'altération cancéreuse et le tubercule. Le tubercule entraîne l'abâtardissement, la mort graisseuse des tissus, tandis que, dans le cancer, il se fait une prolifération, une exagération des vaisseaux. Celui-ci est une maladie essentiellement vasculaire; celui-là, une maladie de destructive de la circulation. Dans la tuberculose, les hémorrhagies sont liées à la gêne circulatoire de l'organe malade et point du tout à la lésion elle-même; c'est le cancer, au contraire, qui est lui-même la cause de l'exsudation sanguine.

Quant à l'œdème des membres inférieurs, il appartient bien au cancer. Il est rare qu'un individu soit atteint d'une affection cancéreuse un peu profonde, un peu avancée, sans que, par le fait de l'état cachectique qu'entraîne la maladie, cette infiltration des extrémités inférieures ne vienne s'ajouter aux autres symptômes.

Notre malade, en outre, a un peu d'ascite, et ce signe seul suffirait à confirmer notre diagnostic. Dans les cas où il existe une affection cancéreuse de l'estomac ou de l'intestin il se fait, dans le péritoine, un travail de sécrétion séreuse, quelquefois même un peu fibrineuse, sorte de péritonite latente qui vient apporter un élément nouveau au diagnostic.

Vous le voyez, nous sommes arrivés graduellement et, pour ainsi dire, par étapes à un diagnostic, qui, s'il manque de précision quant au siége de l'altération, est du moins certain quant à l'organe malade et quant à la nature de la maladie.

Je tenais beaucoup à vous montrer la façon dont il faut procéder en présence de ces cas. Ne pouvant obtenir ce que je demande depuis dix ans, un laboratoire où l'on vous apprenne à connaître les malades, où vous puissiez acquérir une éducation réelle, véritable, j'ai cru vous être utile aujourd'hui, en procédant devant vous, dans l'examen de ce malade, à cerveau ouvert, et en vous montrant la marche que vous devez suivre dans des circonstances semblables.

Parfois, dans certains cas compliqués, vous trouverez des symptômes considérables qui viendront, à titre de complications, embrouiller singulièrement le diagnostic. Vous apprendrez à les reconnaître. Tandis que ces signes suivent une marche spéciale, qu'ils cheminent en quelque sorte, *proprio motu*, les autres vous montreront par leur ancienneté, par leur valeur dans l'ensemble des phénomènes morbides, que les précédents ne sont, si je puis m'exprimer de la sorte, que des parasites greffés sur la maladie première, et là encore la méthode d'exclusion sera votre sauvegarde.

Le pronostic du cancer de l'intestin est lié à deux indications tirées, l'une de la nature de la maladie, le cancer, l'autre de sa marche.

Le cancer est une affection fatalement mortelle; quant à sa marche, elle est ordinairement rapide. Je ne saurais trop vous recommander de tenir grand compte de cet élément de pronostic. Comment marchera la maladie, le malade est-il perdu

à bref ou à long délai? Ce sont là autant de questions que vous devez savoir résoudre, dans l'intérêt du patient et de ceux qui l'entourent. Chez notre malade, tout porte à croire que la mort ne se fera pas attendre. Il a soixante et un ans, il ne mange plus, il s'affaiblit. Ce sont là autant de raisons qui hâteront le dénouement fatal.

Malheureusement nous ne pouvons rien faire pour lui; de même que dans les autres affections organiques, la médecine ici est impuissante. Tout ce qui dépend de nous, c'est de choisir des aliments qui, sans irriter la surface cancéreuse, soient suffisamment réparateurs pour prolonger de quelques jours l'existence de ce vieillard. A ce titre, la diète lactée est la seule dont on puisse espérer quelques résultats. Par malheur, il est souvent difficile de la faire tolérer aux malades, car elle ne tarde pas à provoquer un invincible dégoût. Quelles que soient les formes sous lesquelles on administre le lait, associé aux aromates, en potages, en crème, à l'état naturel, vous aurez souvent le regret de voir le malade refuser le seul aliment qui puisse lui être utile.

Dans l'administration de la diète lactée, il est deux préceptes dont il faut tenir compte. En premier lieu, ne faites jamais bouillir le lait : ce qui nourrit dans cet aliment, ce sont les principes albumineux qu'il contient, et que l'on ne retrouve plus dans le lait bouilli.

En outre, quand il est donné longtemps au même individu, le lait est mal toléré. Vous le rendrez plus supportable alors en l'alcalinisant, au moyen de l'eau de chaux seconde. Une cuillerée à café de cette dernière, pour un bol de lait, suffira pour empêcher cet aliment de se coaguler dans l'estomac et le rendra plus agréable aux malades. L'eau de Vals ou de Vichy vous donnera les mêmes résultats.

A ce régime vous joindrez l'usage d'une petite quantité de vin, surtout de vin de quinquina. Vous soutiendrez ainsi les forces du malade et vous parviendrez à prolonger son existence de quelque temps, si toutefois vous avez soin de prescrire ce tonique en quantité assez faible pour qu'il n'aille pas stimuler la partie altérée de l'intestin.

Tels sont les enseignements que je voulais tirer de l'examen de ce malade. Mais le point sur lequel j'insiste le plus ici, c'est la méthode que j'ai cherché à vous exposer. Suivez la et vous vous trouverez bien de la prendre pour règle; par elle, vous éviterez bien des déceptions, bien des mécomptes, et vous deviendrez réellement des praticiens honnêtes et légitimes.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Comme exemple de guérison d'anévrysme de l'innominée par moyens chirurgicaux, je voudrais vous parler du cas bien connu de M. Feorn, dans lequel il fit la double ligature périphérique. Ici, également, le sac n'est pas complétement oblitéré et la mort est arrivée beaucoup plus tôt, après la seconde opération que dans l'exemple précédent; cependant les symptômes propres à l'anévrysme avaient complétement disparu, et il est probable que la maladie n'aurait plus occasionné d'incommodités.

Si l'on admet donc que des anévrysmes en voie d'accroissement, affectant l'aorte thoracique, ou l'innominée, ou les racines de la carotide ou de la sous-clavière à gauche, ou bien encore affectant l'aorte et une ou plusieurs de ses premières collatérales, simultanément, ne doivent pas être considérés comme incurables, on doit se poser la question suivante : quels sont les moyens employés jusqu'ici pour leur traitement? Il y en a trois : le traitement interne ou médical; la ligature périphérique ou opération de Brasdor; et la galvanopuncture.

Je passe sur l'injection d'ergotine dans le tissu cellulaire environnant le sac, qu'un journal de médecine étranger dit avoir été recommandée par Langenbeck, puisque ce chirurgien distingué n'a encore rien publié de lui-même sur ce sujet. La théorie du principe, telle qu'elle est expliquée par ce journaliste me semble absolument incompréhensible; mais j'ai deux fois expérimenté la méthode avec un résultat complétement nul; je n'ai pas vu non plus que les expériences des autres aient mieux réussi. Je passe également sur le procédé qui consiste à introduire un fil de fer mince dans le sac, comme l'a fait mon ami, feu M. Moore, parce que tout le monde reconnaîtra que cette manière de faire n'est pas supérieure à la galvano-puncture, et qu'elle est plus sujette à provoquer l'inflammation du sac. Depuis la mort de M. Moore, j'ai vu que l'opération avait été répétée deux fois, par M. Murray (de Newcastle) dans un cas qui se termina par la suppuration du sac (observation récemment lue devant la Société royale de médecine et de chirurgie); et par M. Dumville (de Chatam), sans résultat appréciable (*Lancet*, aug. 26, 1871). Le sac a été également transpercé avec des aiguilles fines dans le même but.

Quant au traitement interne ou médical, j'en dirai peu de chose, car je n'aurais rien à ajouter à l'admirable description qu'en a donnée récemment M. Jolliffe Tufnell (*The successfull treatment of internal aneurism*. London : Churchill).

Les saignées répétées, recommandées par Valsalva, ont été rejetées comme susceptibles de produire sur le cœur une action irritante, d'appauvrir le sang et d'amener par là une altération de la nutrition, de rendre imminente la rupture du sac et de diminuer la tendance du sang à se coaguler. Mais on a conservé et réglé les parties du traitement de Valsalva qui en valaient la peine. Le patient est strictement maintenu dans le décubitus pendant longtemps en prenant les plus minutieuses précautions pour que, pendant plusieurs semaines, il n'ait pas à se lever une seule fois; on ne lui accorde pour nourriture et pour boisson que le moins possible. M. Tufnell insiste avec raison sur cette dernière précaution, et M. Sibson partage la manière de voir relative à l'importance extrême, de n'accorder que le moins de boisson possible. Différemment, le traitement médical consiste à donner des narcotiques autant qu'il est absolument nécessaire pour calmer la douleur et procurer du sommeil, et des purgatifs autant qu'il est nécessaire pour éviter que le malade ne soit constipé et qu'il ait de trop grands efforts à faire pour aller à la garde-robe. La grande question est de maintenir l'uniformité du pouls, un peu au-dessus de 60 et sans troubles.

Bien qu'on évite les saignées répétées de Valsalva, une petite déplétion sanguine peut à l'occasion rendre service. Je recommande instamment à tout chirurgien, prenant charge pour la première fois d'un anévrysme interne, d'étudier l'excellente petite brochure de M. Tufnell, qui montre tout ce que l'on peut faire pour le soulagement d'un état qu'on regarde ordinairement comme désespéré, et cela par une méthode simple, pure et inoffensive. Je ne discuterai pas la valeur des médicaments

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 mai.

qui ont été recommandés comme produisant la coagulation du sang dans un sac anévrysmal; je me bornerai à dire que les résultats que j'ai obtenus avec l'iodure de potassium et l'acétate de plomb ont été complétement nuls, bien que je les aie soigneusement expérimentés tous deux. Je puis citer au moins trois cas dans lesquels un anévrysme a commencé à paraître et a continué à se développer pendant que le patient souffrait de coliques de plomb, et je suis par conséquent disposé à accepter l'opinion du docteur Bristowe dans ses dernières leçons en l'honneur de Croone au Collége des médecins, quand il dit qu'il n'y a pas de médicament capable de provoquer ou d'aider à provoquer l'oblitération d'un anévrysme par des caillots, si ce n'est en aidant à amener le calme de la circulation. Il ajoute également qu'il ne croit pas qu'on puisse admettre un traitement quelconque qui pourrait favoriser la coagulation aux dépens de la santé générale du malade (*Croonian lectures*, 1872). Car le docteur Bristowe soutient que, si les médicaments que l'on a crus capables de provoquer la coagulation spontanée du sang dans les anévrysmes avaient réellement ce pouvoir, il faudrait craindre qu'ils ne produisissent la formation de caillots dans les vaisseaux et les cavités du cœur, ajoutant ainsi une maladie beaucoup plus grave à celle qu'ils étaient destinés à combattre. Je puis ajouter qu'il y a en ce moment un malade, à l'hôpital Saint-George, chez lequel les symptômes d'anévrysme se sont d'abord montrés pendant qu'il souffrait de la colique de plomb, et chez lequel l'iodure de potassium, administré dans le but d'aider le traitement interne de la maladie, a produit un iodisme rapide sans effet aucun sur la tumeur.

Le traitement interne des anévrysmes n'est pas une nouveauté. La méthode a été décrite d'une manière très-suffisante par Abernethy dans *Surgical observat. on aneurism.*, 8e édit. 1825, p. 303-4; moi-même je l'ai décrite assez au long en 1862 (*System of Surgery*, vol. III, p. 364, 1re édit.), mais c'est à M. Tufnell que revient l'honneur d'en avoir fait une véritable méthode et d'avoir insisté avec force sur la nécessité de l'essayer préalablement à l'emploi des méthodes plus dangereuses dans le traitement des anévrysmes internes, et surtout d'avoir montré les succès qu'elle peut donner. Permettez-moi de vous montrer un dessin que M. Tufnell a eu la bonté de mettre à ma disposition; il provient d'un malade (dont l'observation est publiée dans son livre) trois ans après la consolidation d'un anévrysme très-volumineux de la crosse de l'aorte du côté droit, où on le voit proéminer; on voit également qu'il a eu pour effet d'amener la dilatation des veines superficielles de la poitrine et de l'abdomen. Le malade était fort bien et exerçait sa profession de graveur. Je suis tellement convaincu de la valeur du *traitement interne* des anévrysmes, que je demande la permission de dire hautement, en commençant ces leçons sur le traitement *chirurgical* de cette maladie, que je ne considère les anévrysmes thoraciques et abdominaux comme étant de son ressort qu'autant que le traitement interne a échoué. Il doit être toujours la première ressource du praticien, même dans les cas où l'aorte abdominale peut être comprimée, car cette compression ne peut s'effectuer sans danger, comme nous l'ont prouvé de récentes observations.

VACCINE ANOMALE

Par M. le docteur Gassot.

Une petite fille, née le 25 octobre 1875, et toujours jusque-là très-bien portante, est vaccinée dans la matiné du 27 avril dernier.

La vaccination est faite de bras à bras et l'enfant porte-vaccin présente toutes les qualités qu'on peut désirer.

Il n'y a pas de variole dans le pays ni même aux environs.

Les piqûres (trois sur chaque bras) ne saignent pour ainsi dire pas, de sorte que l'hypothèse de l'ouverture d'une veinule me semble improbable.

30 avril. — Premiers signes d'inflammation au niveau des piqûres sur les bras.

Les pustules apparaissent au nombre de six et suivent leur marche régulière, bien que déterminant fort peu de symptômes locaux (rougeur, gonflement).

Mais dans la nuit du 30 avril au 1er mai, la mère, mise en éveil par les cris de l'enfant qui se tortillait sans cesse, constatait l'apparition d'une rougeur intense, diffuse sur les reins, les fesses et la partie postérieure des cuisses; en plaques sur le dos et les jambes.

Le lendemain 1er mai apparaissaient des papules qui se transformaient bientôt en pustules : celles-ci devenant ombiliquées, se cloisonnant à l'intérieur prenaient tous les caractères de pustules vaccinales.

Sur les reins, les fesses et les cuisses, les pustules étaient assez confluentes, mais les mouvements continuels de l'enfant les déchirant, il était assez difficile de bien les observer.

Celles des jambes plus discrètes présentaient tous les caractères que je viens de signaler. Sur le dos pas de pustules, mais persistance de plaques rouges rappelant assez le rash variolique.

Il s'agit donc d'une vaccine généralisée. Les mêmes phénomènes s'étaient déjà produits sur le frère de cette petite fille au moment de sa vaccination (il y a six ans).

Enfin pareil cas s'était produit, encore cette même année 1870, sur une dame revaccinée avec du vaccin pris sur son enfant : un bras avait été couvert de pustules vaccinales confluentes, tandis que l'autre bras ne présentait que trois pustules correspondant aux piqûres et que le reste du corps était complétement indemne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 mai 1876. — Présidence de M. Laborde.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De la sensibilité. — M. Richet fait une communication sur la détermination des diverses espèces de sensibilité.

M. Laborde dit que les expériences de M. Richet sont très-intéressantes, mais il lui fait observer que lorsqu'une grenouille est sous l'influence de la strychnine, on obtient sur elle des résultats qui ne sont pas ceux d'un état physiologique normal. Il rappelle, à ce sujet, les expériences de M. Cl. Bernard, qui a étudié la motricité et la sensibilité chez les animaux qu'il avait préalablement anémiés.

Influence des modifications de la température sur les animaux inférieurs. — M. Paul Bert a entrepris une série d'expériences qui démontrent que des animaux inférieurs plongés brusquement dans un milieu de haute température meurent, non pas par le fait de l'impression de la chaleur, mais bien par suite du brusque changement de température, et que, dans un cas, la mort est le résultat de la cessation du fonctionnement des centres nerveux et non celui de la cessation de l'action musculaire.

Un poisson, vivant dans une eau à 10 degrés centigrades, est brusquement immergé dans de l'eau à 28 degrés; il est pris aussitôt d'une sorte de gymnastique convulsive et, dans l'espace de quelques minutes, se retourne sur le dos et meurt. On en conclut que ces poissons ne peuvent pas vivre dans une eau à 28 degrés; eh bien, c'est là une erreur : en effet, si l'on chauffe l'eau progressivement, en augmentant sa température de 2 ou 3 degrés par jour, le poisson arrive ainsi à vivre dans l'eau à 28 degrés, et l'on peut même le maintenir vivant jusqu'à 33 degrés, température à laquelle il meurt toujours. Mais le poisson qui vit dans une eau à 28 degrés, si on le replonge brusquement dans une eau à 12 degrés, meurt aussitôt; ce qui prouve bien que ce sont les brusques modifications de la température et non les hautes températures elles-mêmes qui sont la cause de la mort en pareil cas.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV

Beaucoup de professeurs se refusent à admettre les cliniques propædeutiques, telles que M. de Ziemssen les préconise. Pour eux, la propædeutique loin d'être détachée du service clinique doit continuer à en faire partie. Sous la surveillance de l'ordinaire, elle sera confiée à un assistant distingué, auquel on laissera d'ailleurs toute la liberté convenable dans l'enseignement et la méthode d'enseignement.

Que si l'on vante quelque clinique propædeutique célèbre dans les fastes des facultés de médecine allemandes, comme la clinique propædeutique de M. L. Traube, à Berlin, on répondra que cette clinique, loin d'être fréquentée par de jeunes étudiants, au début de leurs études, est, au contraire, suivie par des étudiants déjà fort avancés; que cette clinique, loin de servir à l'examen ou d'être obligatoire, n'a pour but que de servir à des études déjà élevées. Cette clinique, en un mot, n'a pas de valeur parce qu'elle porte le nom de propædeutique, mais bien parce que M. Traube en est le directeur.

Un point qui mérite une approbation sans réserve dans le programme de M. de Ziemssen, c'est que loin de céder à la tendance allemande si générale et de rejeter, comme plus d'un aurait voulu le faire, l'enseignement de certaines spécialités (l'électrothérapie, la laryngoscopie) entre les mains de professeurs spéciaux; il les garde sous la direction du titulaire, (peu importe ici l'existence ou l'absence du chef de la propædeutique). Ce sont les assistants qui seront chargés, à la clinique et à l'ambulatorium, des cours et des démonstrations pratiques d'otologie, de laryngoscopie, etc. Il faut maintenir l'unité d'une clinique médicale. Dans une petite université, distraire ces branches de l'art de l'enseignement d'une clinique, serait vouloir réduire celle-ci à un état véritablement insignifiant : les grandes cliniques des universités de premier ordre ne doivent pas être moins préservées d'un tel démembrement. « Si l'on enlève à une clinique médicale les maladies pharyngiennes, laryngiennes, nerveuses, pour en faire le matériel de cliniques spéciales, dit-il, que restera-t-il dans la première pour le maître et les étudiants ». Il n'admet, et avec lui M. Billroth, la division de pensée et d'action médicales que pour les quatre cliniques fondamentales de tout enseignement et de toute pratique : les cliniques médicale, chirurgicale, ophthalmologique, et d'accouchements.

Bien que la tendance aux spécialités soit extrêmement marquée dans ce pays, ce serait un malheur pour les étudiants, disent ces professeurs, si on voulait encore compliquer et diviser l'activité universitaire. M. de Ziemssen, dans son service, prêche l'exemple, il s'occupe, ainsi que nous l'avons dit, de laryngoscopie, d'électrothérapie, etc., et les assistants doivent présenter aux élèves les pièces microscopiques qui ont trait aux leçons du maître (2).

Le service de clinique chirurgicale à la tête duquel se trouve M. le professeur de Nussbaum, chirurgien de l'état-major général de l'armée bavaroise, présente un vif intérêt.

Au premier rang des questions, qui attirent l'attention dans un service de chirurgie, se place celle du *pansement des plaies* : déjà dans les divers hôpitaux que nous avons visités depuis Strasbourg, cette partie de la thérapeutique chirurgicale nous avait préoccupé.

Les Allemands font un usage exclusif dans le pansement des plaies de la méthode antiseptique de Lister, et M. de Nussbaum dans un livre rempli de renseignements a donné, sur cette méthode et sur tous les perfectionnements qu'elle a reçus en Allemagne, des instructions qui méritent d'arrêter quelques instants (1).

« Rappelez-vous, Messieurs, dit à ses auditeurs dans sa première leçon le professeur de Nussbaum, le dernier semestre, le commencement de cette année clinique, rappelez-vous que dans un hôpital dont l'ordre et la propreté font l'étonnement des visiteurs, mes salles étaient remplies de mourants et de malades dans l'état le plus grave. Chacune de mes salles contient environ douze lits, et je ne savais cependant où placer un nouveau malade, tant l'affluence était grande, tant aussi était long le séjour des malheureux alités : les plus simples blessures, le plus petit abcès prenaient de suite un caractère de réelle gravité. La pyémie enlevait le plus grand nombre de mes opérés : les amputés, avant que je m'arrêtasse à l'idée de brûler au fer rouge les os fraîchement sciés, restaient rarement en vie, et ceux qui survivaient étaient emportés dans la cinquième ou sixième semaine, alors que l'on croyait tout danger de pyémie passé.

« A côté de la pyémie, nous voyions les érysipèles les plus graves, avec tendance constante à la généralisation, envahir les blessures, dans toutes les salles, que ces blessures fussent de très-peu d'étendue ou presque entièrement cicatrisées et presque guéries.

« En 1872 la pourriture d'hôpital fit son apparition. En 1874, les quatre-cinquièmes de nos malades en furent atteints, ceux qui du moins avaient des blessures ou des abcès. Au début la pourriture ne s'accompagnait point de fièvre, plus tard la fièvre parut, et toujours elle anticipait de vingt-quatre heures sur l'apparition de la pourriture; en sorte que si, chez un individu atteint de plaie, nous notions une température de 41 degrés à 41° 05, nous pouvions avec certitude prédire l'apparition de la pourriture d'hôpital pour le jour suivant.

« Bien que la pourriture d'hôpital eut envahi toutes nos salles, je dois marquer qu'elle se manifesta comme une affection locale; j'entends qu'il arrivait souvent que, chez le même malade porteur de deux ou trois plaies, une seule plaie était envahie. Sans doute quelques malades virent aussi toutes leurs plaies atteintes; sans doute nous vîmes encore la pourriture revenue plusieurs fois sur la même plaie, mais généralement le malade en était quitte après une attaque, et cette même blessure granulait et marchait à la guérison, sans que le blessé changeât de service ou seulement de salle.

« Vous avez vu défiler devant vous toutes les formes de la pourriture d'hôpital, vous vous rappelez aussi ces cas de gangrène, ces hémorrhagies secondaires causées par l'ulcération des gros vaisseaux et ces nécroses des os, c'étaient là des accidents quotidiens; nous avions tous les jours le spectacle d'amputations nécessaires et des cas de mort. Tous les moyens que nous employions contre la pourriture restaient sans résultat; il n'y avait guère que le fer rouge qui put cependant l'arrêter. Le jour où la cautérisation était pratiquée nous voyons la température tomber de 38 degrés et même au-dessous de 37; si ce phénomène ne se produisait pas, nous pouvions assurer que la cautérisation n'avait pas été assez complète.

« Vous avez encore, messieurs, toutes ces choses présentes à la mémoire. A cette époque je ne pouvais m'approcher, qu'à contre-cœur et plein de tristesse, de la table des opérations, et déplorant la nécessité d'une intervention chirurgicale active.

« Messieurs, la scène a changé, regardez le tableau actuel. Passez en revue avec moi toutes les salles de mon service et admirez les changements radicaux qui s'y sont opérés. Cet institut clinique si effrayant pour les blessés et pour notre conscience médicale, n'est plus qu'un institut de guérison. Plusieurs salles sont vides; dans les autres nous n'avons plus que trois ou quatre malades au lieu de douze, et les malades sont gais et en bonne voie de guérison. L'usage de la morphine et de la glace, de tout cet appareil destiné à faire cesser l'élément douleur a disparu; sur les pancartes vous ne trouvez plus de ces chiffres de température élevée jusqu'à 41 degrés; plus de pyémie, plus d'érysipèle, plus de pourriture d'hôpital; le séjour des malades est devenu fort court, c'est pourquoi nous ne manquons plus de place. Des traumatismes graves, des plaies d'amputation

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 mai.

(2) M. de Ziemsen est à la tête d'une des publications les plus importantes de l'Allemagne ; c'est sous sa direction que paraît à Leipsig le *Hanbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, sorte de grand compendium, publié par volumes. Il a déjà paru douze volumes qui ont pour auteurs entre autres MM. Lebert, Lubermeister, Rindfleisch, Vogel, Carl Schroeder, etc., et qui traitent des maladies infectieuses aiguës, chroniques, de l'appareil respiratoire, chylopoëtique, urinaire, des organes de la génération chez la femme, du système nerveux.

(1) *Die chirurgische Klinik zu München im Jahre* 1875. Stuttgart, 1875.

guérissent réunies par première intention, chose que je n'ai jamais vue dans une pratique hospitalière de seize années. Les fractures compliquées de jambes, les plus dangereuses, qui auraient autrefois nécessité l'amputation, guérissent aujourd'hui sans douleur et sans fièvre.

« Si nous nous demandons maintenant à quel moyen, à quelle thérapeutique est dû un si heureux résultat, Messieurs, c'est à la *seule méthode antiseptique de M. Lister* que nous devons l'attribuer. Vous comprenez dès lors avec quel véritable enthousiasme j'entreprends de vous parler de la *méthode antiseptique.* »

Vient ensuite l'énumération et le récit d'observations des cas les plus graves, traités par le pansement de Lister : arthrites chroniques drainées, fractures de jambes compliquées de plaies, pseudarthroses opérées, tumeurs enlevées (lipômes, sarcômes), résection de l'articulation tibio-tarsienne, ovariotomie, etc., traitées par la méthode antiseptique et guéries. Chemin faisant, on peut cependant regretter que l'auteur n'ait point donné un état général de tous les malades ainsi traités. Nous avons entendu souvent le savant professeur Gosselin montrer, avec la plus grande justesse, combien sont insuffisantes et peu utiles, pour l'étude d'un moyen thérapeutique, les statistiques ou prétendues telles, qui ne donnent que le chiffre des malades guéris par le moyen préconisé. Pour se prononcer sur un moyen de traitement, il faut avoir la série complète des malades traités, les succès comme les insuccès. C'est là une vérité très-évidente et qui pourtant, on le sait, ne saute pas à tous les yeux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui, M. Vulpian a été élu, après deux tours de scrutin, membre titulaire de l'Académie des sciences (section de médecine), en remplacement de M. Andral.

— Un récent arrêté de M. le préfet du Rhône institue, à Lyon, un service médical de nuit, d'après les mêmes bases que celui qui fonctionne, depuis le commencement de cette année, avec tant d'avantages pour la population parisienne.

On se rappelle que ce projet, dû à notre très-honorable confrère et ami M. le docteur Passant, a été mis à exécution à la suite de ses persévérants efforts.

— Un concours sera ouvert, le 10 juillet prochain, à l'École vétérinaire de Lyon, pour la nomination à un emploi de chef de service de pathologie et anatomie pathologique générale, pathologie et clinique internes, et police sanitaire.

Le programme se distribue à Paris, au ministère de l'agriculture et du commerce (direction de l'agriculture, premier bureau), et au secrétariat des trois écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

— La Société nationale de médecine de Lyon met au concours les deux questions suivantes :

1° Apprécier, à l'aide d'observations exactes, la véritable action des préparations arsenicales sur la nutrition. — Prix : 500 francs.

2° Des foyers paludéens qui existent encore dans la ville de Lyon et dans sa banlieue, et des moyens les plus propres à les faire disparaître, ou du moins à en atténuer les effets. — Prix : 500 francs.

Les mémoires devront être adressés dans les formes académiques ordinaires, avant le 5 novembre 1876, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général, 8, rue de Lyon, à Lyon.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Hirschfeld, décédé à Varsovie le 28 avril dernier.

Né à Varsovie en 1814, Louis Hirschfeld, fit ses études à Breslau, Berlin et Paris. Son « Anatomie du système nerveux », ouvrage classique, lui avait mérité le prix Montyon.

— Un violent incendie vient de détruire une partie de l'imprimerie Berger-Levrault et Cᵒ qui s'était fixée à Nancy depuis l'annexion de Strasbourg. Les pertes sont évaluées à un million.

Les manuscrits des auteurs sont tous sauvés.

On cite parmi les pertes les plus notables : la bibliothèque de l'imprimerie, les archives de la maison qui est très-ancienne, la collection des ouvrages qu'elle a imprimés, divers ouvrages dont l'impression était presque terminée et qui allaient paraître dans un bref délai. Parmi ceux qui intéressent la médecine, se trouve le *Traité de physiologie du système nerveux* du docteur Poincaré, etc., etc.

Une grande quantité d'imprimés administratifs a été la proie des flammes. L'*Annuaire militaire* a pu, dit-on, être sauvé. On dit aussi que la *Revue médicale de l'Est* a perdu toute sa collection.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris, dans cette séance, la suite de la discussion sur la colique sèche dans les pays chauds. M. Mialhe est intervenu dans la discussion pour établir deux points principaux, le premier, que c'est par une action longtemps prolongée et fréquemment répétée que le plomb produit des effets d'intoxication lente; le second, que si l'usage des conserves alimentaires renfermées dans des boîtes de plomb ne produisent que très-rarement l'intoxication, c'est parce qu'il est rare que l'on en fasse un usage assez fréquent pour que l'action nocive se produise. Quant aux tuyaux de plomb pour la conduite des eaux potables, leur innocuité habituelle s'explique très-naturellement par le dépôt même qu'y laissent ces eaux, et qui isolent en quelque sorte le métal en le doublant.

M. Le Roy de Méricourt est rentré dans le débat pour répondre aux objections de M. Rufz de Lavison, et compléter son système de démonstration en ajoutant aux témoignages des médecins de la marine ceux des médecins de l'armée de terre qui ont eu l'occasion d'observer les mêmes faits dans les pays chauds. Il nous paraît difficile d'ajouter à la démonstration d'identité de la colique sèche et de la colique de plomb, telle qu'elle résulte maintenant des deux argumentations réunies de M. Le Roy de Méricourt.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à une élection dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Demarquay. M. Léon Le Fort, porté le premier sur la liste par la section, a été élu au premier tour de scrutin. C'est une bonne acquisition pour la compagnie. Dr Brochin.

REVUE DE POLICLINIQUE

I. — Policlinique médicale.

Observation d'hystérie chez l'homme

Par M. le docteur Rochet, médecin des bureaux de bienfaisance.

L'hystérie, nettement caractérisée, est rare chez l'homme, assez rare même pour avoir été mise en doute par bon nombre d'auteurs. Aussi un véritable intérêt s'attache aux faits de ce genre, et c'est ce qui m'engage à publier le suivant qu'il m'a été donné d'observer récemment.

Dans les premiers jours du mois d'août dernier, je suis appelé la nuit près d'un malade pris subitement de fortes convulsions. Je vois, en effet, un jeune homme de dix-huit ans environ, se débattant entre cinq hommes qui ont peine à le maintenir. Les convulsions sont violentes et irrégulières; le malade étend les bras à droite et à gauche, agite les jambes, se met sur son séant et se rejette brusquement en arrière; les yeux sont ouverts et fixes; pas d'écume à la bouche, mais les mâchoires sont fortement serrées, comme dans le trismus. Après un moment de calme, le malade jette un cri guttural, qui est l'annonce d'une convulsion nouvelle et violente; il s'accroche avec force à tout ce qui l'entoure et serre avec énergie les bras, les mains de ceux qui sont près de lui. La perte de connaissance est complète; la respiration est un peu accélérée; le pouls marque 70. Cet état dure environ cinq heures, et je ne peux y mettre fin que par des inhalations d'éther, le trismus et l'agitation rendant impossible la déglutition. Quelques heures d'un sommeil profond succèdent à ces crises.

Je reviens dans la famille vers neuf heures, et je retrouve le jeune homme parfaitement réveillé et causant avec ceux qui l'entourent. Dès lors il m'est facile de procéder à une interrogation. J'ai devant moi un grand garçon pâle, maigre et dont la croissance a été très-rapide. Il n'a aucun souvenir de l'événement de la nuit; seulement il se sent brisé, abattu, la tête est lourde; il éprouve, dans les régions du front et des tempes, des élancements qui le fatiguent; les bras et les jambes sont contusionnés, mais il ne sait pourquoi. Interrogé sur ses antécédents, sa famille et lui déclarent que jamais, même dans le bas-âge, il n'a été sujet aux convulsions. La santé a toujours été très-bonne. Depuis quelques jours, toutefois, l'appétit était un peu moins actif, et le samedi précédent, c'est-à-dire deux jours avant l'attaque, il y avait eu vomissement; mais on attribue cette indisposition à un repas fait précipitamment avec du pain chaud et en dehors de l'heure ordinaire.

La journée du dimanche s'était passée à Enghien, et, malgré des avertissements répétés, le malade était resté exposé aux ardeurs du soleil. Le lundi, il n'y avait eu rien d'extraordinaire; mais le soir, le malade avait mangé peu, et vers dix heures, il était pris de vomissements assez violents, aussitôt la crise éclatait telle que je l'ai indiqué plus haut.

Des attaques convulsives toujours violentes, mais irrégulières quant à leur forme et à leur durée, remplissent la journée du 3 août. Dans les intervalles, le malade cause et s'amuse, comme s'il n'était atteint d'aucune affection, cependant l'ap-

pétit est nul. Après trois ou quatre jours d'un pareil état, la maladie semble s'accentuer davantage; les accès se régularisent, reviennent de deux en deux heures et ne durent jamais plus de trente minutes; on en connaît le terme parce que le malade demande à boire. Il se plaint d'une sensation douloureuse, celle d'une boule remontant du ventre à la gorge; il accuse un sentiment de strangulation, des douleurs dans les deux côtés de l'abdomen. Cela ne surprend pas, quand on a été témoin des accès et qu'on a vu tous les muscles abdominaux se contracter avec une violence inouie.

L'analgésie sur toute l'étendue du corps a pu, dès les premiers jours, être constatée, et dans quelque endroit que je voulusse piquer ou pincer le malade, il demeurait insensible à la douleur. Les muqueuses, conjonctive, des fosses nasales et de la langue, étaient affectées de la même insensibilité.

En présence de cette série de symptômes toujours constants et toujours les mêmes, je n'hésite pas à me prononcer, et je déclare avoir affaire à un hystérique. Je crois devoir rassurer la famille en lui déclarant que la maladie sera probablement longue, mais qu'elle ne présente rien qui puisse l'inquiéter. Deux consultations qui ont eu lieu successivement confirment le diagnostic. La médication anti-nerveuse déjà établie est suivie en subissant quelques modifications, mais les résultats ne sont pas satisfaisants et la maladie suit son cours.

Plus tard, les convulsions semblent prendre une autre forme; le malade saute subitement de son lit, se couche au pied et en travers, se lève et se promène en faisant de très-grandes gesticulations, oppose une vive résistance quand on veut le faire coucher.

Étendu de nouveau sur le lit, il se raidit en opisthotonos; la tête, renversée en arrière, vient presque toucher le milieu de l'épine dorsale, tandis que les pieds, repliés sous les reins, atteignent la tête. Subitement, tout disparaît pour recommencer à nouveau. Puis, ce sont les jambes élevées perpendiculairement et qui exécutent des mouvements semblables à ceux du balancier d'une grande horloge; elles semblent collées l'une à l'autre, tant il est difficile de les séparer; elles sont sous l'influence d'une raideur cataleptique. Je peux m'en convaincre dans la suite, car un des bras que j'élève demeure dans cette position, et il me faut employer beaucoup de force pour obtenir la flexion de l'avant-bras sur le bras. La crise terminée, tout rentre dans l'état habituel.

Un jour on cherche le malade, qu'on avait laissé seul, et on le trouve couché sous son lit; on se demande comment il a pu s'y glisser, puisqu'on ne peut le faire sortir qu'en déplaçant complétement le lit. La famille est effrayée de ces nouveaux phénomènes, surtout lorsqu'un confrère, qui ne voit le malade qu'un instant, et sans procéder à un examen quelconque, déclare être en présence d'un épileptique.

Je demande alors une nouvelle consultation; mais, en présence des craintes qui se sont manifestées, je déclare désirer cette fois l'avis d'un spécialiste, dont l'autorité scientifique soit à même de fixer définitivement la famille sur la nature et les suites de la maladie.

Le docteur Legrand du Saulle est appelé. Il arrive précisément au moment où le jeune malade est sous l'influence d'un des accès les plus singuliers. C'est l'opisthotonos, c'est la promenade dans l'appartement, ce sont les grands ébats sur le lit, les gesticulations, etc.

Après une demi-heure environ, le malade se réveille et peut parfaitement répondre à toutes les questions que lui adresse notre savant confrère. Les réponses sont nettes et claires, et n'accusent aucun trouble de l'intelligence.

Sur l'affirmation que le malade a passé la journée exposé au soleil, la veille de la première attaque, le docteur Legrand du Saulle déclare attribuer cette singulière névrose à une insolation prolongée.

Une autre cause est soupçonnée et paraît même très-admissible, mais des explications ultérieures ont fait rejeter, avec quelques réserves néanmoins, cette supposition.

Interrogé sur le diagnostic de l'affection, l'éminent confrère n'hésite pas à se prononcer pour l'hystérie, car il voit, dans les convulsions et les phénomènes dont il vient d'être le témoin, tout, excepté l'épilepsie.

Vers le vingt-huitième jour, les symptômes de somnambulisme s'accentuent davantage; le malade boit, mange, se promène, mais toujours endormi. Il reste des journées entières dans ce singulier état et sans se réveiller; il peut causer et répondre aux questions qu'on lui adresse comme une personne dans l'état de veille; les yeux sont constamment fermés, ce qui donne au faciès une singulière expression.

Je veux cependant me convaincre s'il voit les yeux fermés.

Dans une conversation que j'ai avec lui pendant qu'il est étendu sur son lit, je lui ordonne de se lever et le prie de me dire quelle heure marque la pendule. Il me répond huit heures moins dix minutes. Je lui recommande de mieux examiner, lui disant qu'il se trompe, et, après un instant d'observation, il répond : huit heures moins trois minutes, ce qui était vrai. Pendant ce petit exercice, j'ai remarqué, avec d'autres personnes, que les yeux étaient hermétiquement fermés et que le malade ne songeait nullement à nous tromper. Je ferai remarquer que, pendant son sommeil somnambulique, il ne veut pour couverture qu'un simple matelas, et si l'on veut s'y opposer ou le lui enlever, il entre dans de véritables fureurs; c'est pourquoi il prend, dans la suite, la précaution d'attacher le matelas au lit avec de longues bandes en toile, de peur qu'on ne vienne à le lui enlever. Constatons que c'est toujours lorsqu'il est endormi qu'il se livre à cette opération.

Du moment où le somnambulisme semble dominer les autres symptômes, les crises deviennent moins intenses; le malade se débat, il est vrai, mais dans des conditions telles qu'il est inutile de le contenir. Depuis quelque temps déjà, le sommeil de la nuit n'est plus troublé, et le malade, qui était précédemment réveillé à cinq heures précises par une crise, ne l'est plus qu'à huit heures et sans accident aucun.

Un mieux sensible existe donc, et tout fait espérer que l'on touche à la guérison, mais, à la suite d'une légère contestation survenue entre une personne et le malade, ce dernier est pris d'accès semblables à ceux des premiers jours; le calme apparaît peu à peu, bien que de nouvelles convulsions viennent encore succéder à de nouvelles discussions. A ce moment, des précautions sont prises pour éloigner la cause de ces accidents, et, sous l'influence d'un départ conseillé et du séjour à la campagne, la guérison semble définitive.

Cependant, après deux mois d'un calme complet, les convulsions reparaissent, mais cette fois la cause est connue. Le jeune malade, entraîné dans de mauvais lieux par des camarades aussi imprudents que coupables, absorbe une certaine quantité d'alcool, auquel on ajoute de la teinture de cantharides. Comme on le conçoit, il n'en fallait pas davantage pour réveiller tous les accidents antérieurs, qui reparurent avec une très-grande intensité, sans avoir cependant une durée bien marquée.

Dans cette nouvelle et dernière phase de la maladie, les symptômes de somnambulisme parurent s'accentuer davantage, et encore une fois il nous est démontré que le malade

voit parfaitement *les yeux fermés*. Il me déclare qu'il veut me faire une confidence, mais à la condition d'être seul avec moi. Ne prenant pas la confidence au sérieux, je lui réponds qu'il peut parler ; il s'y refuse en me disant qu'il voit trois personnes avec moi, ce qui était vrai. Pour essayer de le tromper, je fais discrètement et sans bruit quitter la chambre par ces personnes, mais successivement, lui disant toujours que je suis seul. Il ne veut me parler que lorsqu'il est convaincu du départ de tout le monde, et il ne se trompait pas. Je dois ajouter que c'est la tête cachée sous ses oreillers et couché sur le ventre qu'il voit et qu'il parle.

Il me fait, en effet, des confidences très-sérieuses, très-précises, et il est tout étonné, pour ne rien dire de plus, lorsque deux jours après je lui parle de ce qu'il m'a raconté; il ne peut comprendre comment j'ai pu avoir une connaissance aussi complète de sa vie intime, et le nouveau récit qu'il m'en fait concorde parfaitement avec les récits antérieurs.

Le malade est aujourd'hui parfaitement guéri. Le bromure de potassium, les douches et surtout une bonne conduite, ont triomphé de la maladie.

II. — POLICLINIQUE CHIRURGICALE.

Procédé facile pour arrêter les hémorrhagies nasales.

Par M. le docteur Duvernet,
médecin adjoint des bureaux de bienfaisance.

Les hémorrhagies nasales sont quelquefois, par leur abondance et leur répétition, d'une gravité assez grande pour appeler toute la sollicitude du médecin ; la terminaison par la mort n'est même pas très-rare en l'absence d'une intervention active. Les moyens curatifs mis ordinairement en usage étant impuissants, l'obstruction complète des deux orifices des fosses nasales devient une ressource urgente et dont le malade a pour ainsi dire le droit de bénéficier, quand il réclame nos soins. Or ce moyen d'une efficacité certaine est trop souvent d'une exécution difficile même pour des mains habiles ; certaines circonstances inhérentes au malade et au procédé employé peuvent même le rendre impossible. Il existe cependant un instrument destiné au tamponnement des fosses nasales, dont l'emploi est facile dans tous les cas et présente toute la sécurité désirable. Comme cet instrument est peu connu, sa vulgarisation rendrait certainement des services.

Un des membres honoraires de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris en est l'auteur. C'est sur les indications de M. le docteur Martin Saint-Ange qu'il a été construit en 1833. Le nom de rhinobyon (de ῥινός, narine et βύων, obstruant), lui a été donné par l'illustre Ampère.

M. Martin Saint-Ange a vu un homme de trente ans mourir par hémorrhagie nasale, malgré les soins les plus empressés ; tous les efforts pour employer la sonde de Belloc ont échoué.

Le malade, résigné d'abord à être docile, fit des efforts involontaires de vomissements au moment où le ressort fut poussé dans la bouche, puis il repoussa vivement la main du chirurgien et refusa obstinément de laisser continuer l'opération. Cette impossibilité d'utiliser la sonde de Belloc ne doit-elle pas se présenter souvent ? L'emploi de cet instrument ingénieux exige, en effet, de la part du malade, non-seulement une grande docilité, mais aussi la participation de la volonté pour tenir la bouche ouverte, pendant le temps de l'opération la plus délicate et la plus difficile à supporter.

Ce cas de mort n'était pas isolé, il a déterminé à chercher un moyen qui permît de tamponner les fosses nasales sans que le malade soit obligé d'ouvrir la bouche et au besoin malgré sa volonté. [C'est ce qui est réalisé par le rhinobyon.

Cet instrument se compose essentiellement d'une tige métallique creuse, dont une extrémité est libre, dont l'autre communique avec une petite vessie qui lui est attachée, munie d'un robinet vers sa partie antérieure et d'un curseur armé d'une languette recourbée.

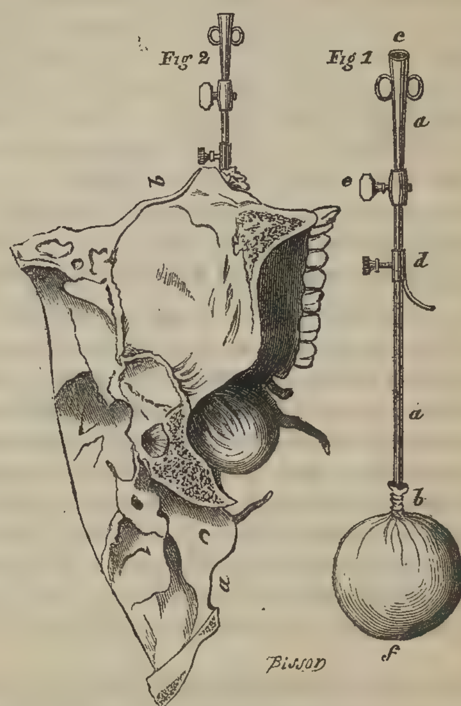


Fig. 1. — Rhinobyon vu dans son ensemble et de demi-grandeur naturelle.
a, *a*, sonde droite canaliculée et cylindrique; *b*, extrémité de la sonde; *c*, pavillon de la sonde par où on injecte l'air ou l'eau; *d*, le curseur à anneau cylindrique muni d'une languette qui est destinée à fixer la charpie qu'on place dans la narine et d'une vis de pression destinée à fixer le curseur sur différents points de la sonde; *e*, robinet qui sert à boucher la sonde; *f*, la vessie distendue et fortement fixée sur le bout mamelonné de la sonde.

Fig. 2. (Un quart environ grandeur naturelle). — Application du rhinobyon faite sur une préparation osseuse de la tête.
a, *b*, coupe sur la ligne médiane de la base du crâne pour montrer les ouvertures nasales antérieure et postérieure oblitérées par l'instrument.

Pour l'appliquer, on pousse la vessie vide et préalablement enduite d'un corps gras, jusque derrière l'orifice postérieur de la fosse nasale, en suivant le plancher de cette cavité; on introduit de l'eau ou de l'air par l'extrémité libre et on ferme le robinet. Pendant que l'on exerce une certaine traction sur l'appareil, de façon à appliquer exactement la vessie sur l'orifice interne, de la charpie est introduite dans la narine correspondante. Celle-ci est retenue par la languette du curseur que l'on fixe au point voulu, en faisant tourner son bouton de vis. Le tamponnement est alors terminé.

Pour avoir sur ce mode opératoire de plus amples détails, qui sont évités dans cette courte communication, on peut se reporter à quelques publications. Le docteur Lapeyroux en 1836, dans sa thèse de doctorat intitulée : *Nouveau procédé pour arrêter les hémorrhagies nasales*, fait un parallèle entre la sonde de Belloc et le rhinobyon, et il n'hésite pas à donner la préférence à ce dernier. Le *Bulletin chirurgical*, publié vers la même époque, par Laugier, contient dans le premier volume un article consacré aux divers procédés de tamponnement des fosses nasales et spécialement à celui du rhinobyon. On y relate les bons résultats de son emploi obtenus par Martin Solon, Fischer et l'auteur du procédé. L'ouvrage de Bourgery et Jacob donne une figure qui montre l'instrument et l'anatomie de la région où il est appliqué. Enfin nos traités clas-

siques de médecine opératoire font mention du rhinobyon, avec une appréciation variable selon les auteurs, qui paraissent d'ailleurs en avoir des notions seulement théoriques.

Cet instrument a été utilisé avec avantage par son inventeur dans plusieurs occasions, et notamment dans l'Aveyron chez une enfant de sept ans atteinte de fièvre typhoïde avec une épistaxis qui paraissait devoir être mortelle. M. le docteur Delmas et ses confrères de la ville de Millau, considérant l'indocilité inhérente à l'âge de la malade et craignant d'augmenter l'hémorrhagie par de vaines tentatives, avaient reculé devant l'emploi de la sonde de Belloc. M. Martin Saint-Ange, qui était de passage dans la localité, appliqua le rhinobyon, et l'hémorrhagie étant arrêtée la malade guérit.

Tout dernièrement j'ai été témoin de la facilité et de la sécurité avec lesquelles on peut, grâce à ce procédé, avoir recours au tamponnement. Voici dans quelles circonstances :

M. M..., rue Monsieur-le-Prince, âgé de cinquante-sept ans, habituellement bien portant, ne se rappelle pas avoir été alité, si ce n'est vers le milieu de l'année 1875. A cette époque il a eu pendant dix jours une fièvre, à la suite de laquelle de l'inappétence et un grand affaiblissement de l'organisme ont persisté.

Le 19 décembre, sans cause accidentelle connue, une violente épistaxis s'est déclarée soudainement et n'a été arrêtée qu'après plusieurs heures par l'introduction dans la narine droite de charpie imbibée de perchlorure de fer. Cette hémorrhagie s'est reproduite encore deux à trois fois, à quelques jours de distance, avec une intensité moindre que la première fois.

Le 22 janvier, le docteur Martin Saint-Ange a été appelé près du malade pour une seconde attaque grave d'épistaxis. Celle-ci a duré cinq heures et elle a été suivie d'une nouvelle série d'hémorrhagies qui, se succédant à de courts intervalles, ont persisté jusqu'au 26. Ce jour là, j'assistai à la visite en prévision de l'application du tamponnement. Nous trouvâmes le malade d'une faiblesse extrême, avec la peau et les muqueuses décolorées, presqu'exsangues, avec le pouls petit et fréquent comme après les pertes de sang considérables; nous le jugeâmes incapable de supporter une nouvelle hémorrhagie. L'épistaxis était complétement arrêtée depuis la veille. Nous allions nous retirer, lorsque le sang apparut brusquement, sortant de la narine droite, avec abondance. Une syncope survint pendant les préparatifs du tamponnement. Ceux-ci ont été courts et pendant que durait l'état syncopal, le rhinobyon a été appliqué avec la plus grande facilité. C'est à la fin de l'opération que le malade a repris l'usage de ses sens, et cela sans la moindre agitation.

L'instrument a été laissé en place cinquante-six heures, sans aucun écoulement de sang, et, pendant ce temps-là, le malade n'a éprouvé aucune gêne notable. Il a été enlevé avec la même facilité qu'il avait été introduit, et l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Les circonstances relatées dans cette observation montrent qu'il était indispensable, non-seulement de faire le tamponnement, mais aussi d'agir promptement, et sans la participation de la volonté du malade. Or ces indications étaient remplies par l'emploi de l'instrument que nous avions à notre disposition. Notre appréhension eut certes été grande, si nous avions été obligés de faire cesser l'état syncopal, de raviver ainsi l'hémorrhagie et d'obtenir du malade qu'il se prêtât aux manœuvres nécessitées par la sonde de Belloc. J'en appelle au souvenir des confrères qui ont employé ce dernier instrument : croient-ils qu'il eût été possible de l'appliquer avec sécurité dans les conditions précitées?

Il nous paraît permis de conclure que l'emploi du rhinobyon est formellement indiqué dans les épistaxis ayant déterminé la syncope ou nécessitant le tamponnement chez les enfants, chez certaines aliénés, chez les malades atteints de délire ou d'ataxie et enfin chez les sujets trop excitables pour se prêter aux manœuvres de la sonde de Belloc.

Pour parer à toute éventualité en cas d'hémorrhagie nasale, il serait donc rationnel et utile, selon le conseil de Laugier, de munir sa trousse d'un rhinobyon, au lieu d'y renfermer un instrument dont on ne peut pas se servir dans tous les cas où il serait utile d'intervenir.

A côté des avantages incontestables qu'il a sur les autres moyens de tamponnement, le rhinobyon paraît avoir un inconvénient qui *à priori* est grave et sur lequel il est utile d'être édifié. Cet inconvénient consisterait dans la nécessité d'avoir plusieurs instruments à sa disposition pour le cas d'épistaxis double et pour celui où l'on aurait plusieurs malades à tamponner en même temps. Mais, si l'on considère la rareté des épistaxis qui réclament le tamponnement, on concevra qu'il n'y a pas à craindre d'avoir à pratiquer cette opération plusieurs fois dans la même journée. La circonstance d'épistaxis double paraîtrait devoir se présenter plus facilement; mais de ce côté encore l'expérience vient nous rassurer. La nécessité de recourir au tamponnement des deux fosses nasales simultanément est tellement rare, qu'on pourrait dire qu'elle n'existe pas. Ce qu'il y a de certain, c'est que les confrères expérimentés que j'ai questionnés à ce sujet m'ont dit qu'ils n'avaient jamais été appelés à intervenir de la sorte, que chaque fois qu'ils avaient examiné la provenance du sang ils avaient constaté que l'écoulement n'était sérieux que d'un seul côté. Si des doutes existaient à cet égard on pourrait d'ailleurs munir sa trousse de deux rhinobyons; mais, jusqu'à information contraire, un seul de ces instruments peut être considéré comme suffisant pour les besoins de la pratique.

Laugier s'est inquiété de ce que la vessie peut se rompre ou bien perdre peu à peu l'air ou l'eau injectés. Or, on fabrique aujourd'hui des petites poches de caoutchouc qui conservent l'eau indéfiniment et l'air pendant longtemps; elles n'ont pas, comme celles de baudruche, l'inconvénient d'être souvent altérées par des déchirures imperceptibles. Le petit volume de ces vessies permet d'ailleurs d'en avoir constamment une ou deux de rechange.

Il n'existe donc pas de raisons sérieuses qui autorisent à laisser tomber en désuétude ce procédé de tamponnement par le rhinobyon, que la sûreté et la facilité de son exécution rendent bien préférable à celui que l'habitude paraît avoir consacré.

III. — POLICLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE.

De l'emploi de l'acide picrique dans les lésions du mamelon pendant la lactation.

Par M. Charrier,
ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté.

L'insuccès de l'allaitement maternel et l'abandon forcé de ce devoir par les nouvelles accouchées est, souvent, produit par une série d'accidents qui surviennent dans les premiers jours de la lactation, et qui ont pour siége le mamelon, et, par suite, toute la région mammaire.

Ces lésions sont causées par la succion de l'enfant; elles sont multiples : l'érosion, l'excoriation, l'ulcération, la gerçure, la fissure et la crevasse. Pour nous, toutes ces lésions sont les différents degrés de la même maladie de plus en plus

accentuée, suivant son siége et surtout suivant la conformation du bout du sein. Pour conséquences, elles ont l'inflammation des conduits galactophores et des lymphatiques, inflammation qui se termine par des phlegmons et des abcès plus ou moins profonds.

Chez toutes les femmes, le mamelon n'est pas pareil. Loin de là et lorsqu'on examine les seins d'un grand nombre de nourrices, on est surpris de voir les dissemblances les plus marquées. Au reste, il en est de même de tous les organes chez tous les individus. La main, le nez, l'oreille, la bouche, présentent des variétés infinies; pourquoi en serait-il autrement pour le bout du sein, et pour le sein lui-même. Mais comme ici c'est la conformation du mamelon qui est en jeu, et qui domine la scène, nous ne nous occuperons que d'elle; laissons aux artistes le soin d'étudier l'harmonie plastique des contours, et nous, médecins et accoucheurs, étudions la structure extérieure du mamelon, sa forme, sa configuration, et tâchons, là comme ailleurs, de remédier aux déviations de la nature et aux maladies qui peuvent en résulter.

On peut ramener à trois types toutes les variétés des bouts de seins :

Le premier, le plus fréquent, ressemble au drupe de la framboise. Sa forme est conoïde, mamelonnée, la base du cône est appuyée sur la glande mammaire, et le sommet tourné vers l'enfant qui tette. C'est le type le plus avantageux au point de vue de l'allaitement normal, il est moins souvent affecté que les autres des lésions dont nous allons parler tout à l'heure.

Le deuxième type est le contraire du précédent; il a bien encore la forme d'une framboise, mais en sens inverse; sa base du cône est tournée vers l'extérieur et le sommet vers la glande mammaire, de telle sorte que le mamelon est pyriforme et étranglé à sa naissance.

Le troisième type est le mamelon *sessile*, qui ne fait aucune saillie. On peut lui donner le nom de mamelon *ombiliqué*, car son centre est déprimé et ressemble à l'ombilic d'un enfant d'un mois à six semaines; quand on regarde ce mamelon de face, on est frappé de sa similitude avec un œil de petite dimension, dont les deux paupières seraient fermées. C'est ce type de mamelon que J.-J. Rousseau dans ses *Confessions* a qualifié de teton borgne. Si l'on examine, avec une assez forte loupe, le mamelon d'une nourrice, la ressemblance de cet organe avec la framboise est encore plus frappante; comme sur ce fruit, on voit des petites éminences séparées par des sillons et l'épiderme, qui les recouvre, translucide et nacré, surtout au niveau des sillons et aux points où s'ouvrent les conduits galactophores. Cet épiderme est d'une finesse et d'une ténuité extrêmes.

Dans le second type, souvent l'extrémité du mamelon est comme en massue, légèrement aplatie, et parcourue par des sillons transversaux ou demi-circulaires; ces sillons sont aussi nombreux, sur le hile du mamelon, et principalement au point où il adhère à la mamelle. Ce second type est plus souvent affecté de crevasses que le premier, mais moins que le troisième type que nous allons décrire.

Dans ce troisième type, où le mamelon est ombiliqué, les fibres élastiques qui entrent dans sa structure et qui prennent leur point d'insertion à son centre, sont trop courtes, le tirent en arrière et le dépriment dans son milieu. Cette dépression centrale forme une certaine quantité de plis, de sillons, de fissures — qui deviendront le siége de crevasses profondes par le fait même de l'allaitement. — Quelquefois il est impossible de le faire saillir par la succion, par la ventouse, par n'importe quel moyen; l'allaitement alors est impraticable, et cela est préférable pour la jeune mère, car elle ne sera pas exposée à toutes les douleurs que cause cette malformation du mamelon. D'autres fois, au contraire, on peut arriver par les artifices énoncés plus haut à faire un peu saillir le mamelon, à le faire s'ériger à moitié, mais le centre reste toujours déprimé, et c'est cette conformation qui est la plus défavorable pour la lactation et la plus dangereuse dans ses conséquences.

Le mécanisme de la succion de l'enfant explique parfaitement le mécanisme de la lésion. Quand on regarde et qu'on écoute l'enfant qui tette, on voit qu'il avance la langue sur la gencive inférieure, et la pliant suivant sa longueur en forme de gouttière, il embrasse la partie inférieure du mamelon, puis il applique en même temps exactement ses lèvres sur la base de ce dernier et fait alternativement des mouvements d'aspiration; les joues se creusent, font le vide, et quand le lait a jailli et coulé, l'enfant fait des mouvements de déglutition que l'on entend très-distinctement, même à distance. Alors si l'enfant tire fortement, l'épiderme du mamelon est irrité par les mouvements réitérés d'aspiration, par l'acidité de la salive, et finit par se soulever, à l'instar d'un petit vésicatoire. De petites ampoules se forment; une nouvelle succion les brise, et l'ulcération est produite. Si cette ulcération est superficielle, elle peut, par quelques soins être guérie au bout de quelques jours; mais si la petite phlyctène a son siége dans un sillon, alors ce n'est plus une simple érosion, une ulcération légère, mais une fissure qui, avivée par les succions répétées, surtout si l'enfant est robuste, creusée par le déchirement de la cicatrice plusieurs fois par jour, se transforme en une véritable crevasse. Ici, la douleur devient intolérable, à tel point que les femmes les plus courageuses qui sont accouchées sans pousser un cri, sans éprouver la moindre défaillance, pleurent, gémissent et déclarent préférer mille fois les souffrances de l'accouchement à celles qu'elles endurent. La crevasse est le fléau de la femme qui allaite, et il faut un grand courage pour surmonter de pareilles angoisses qui durent quelquefois très-longtemps.

Tous les accoucheurs et tous les médecins, qui se sont occupés de l'allaitement, ont cherché un moyen pour remédier à ces inconvénients si graves, et la multiplicité des remèdes proposés pour arriver à ce but démontre le peu de foi qu'on peut y ajouter. Il faudrait trouver un moyen thérapeutique qui pût cicatriser sur place la crevasse, éteindre l'inflammation circonvoisine et, par cela même, empêcher l'abcès de la mamelle.

Au récent congrès de Bruxelles, M. le docteur Chéron avait fait connaître les succès qu'il avait obtenus en se servant des solutions d'acide picrique dans un grand nombre d'affections chirurgicales. Il est nécessaire de dire deux mots sur cet acide peu connu en thérapeutique. D'abord qu'est-ce que l'acide picrique? L'acide picrique, appelé amer de Welter, acide phénique trinitré, est le résultat de la réaction de l'acide azotique sur l'acide phénique. Conseillé par Maffat comme fébrifuge, il fut, il y a quelques années, étudié à nouveau par Parisel, qui lui conserva la même application thérapeutique. Depuis 1869 M. Chéron en a repris l'étude, et frappé des propriétés antiseptiques et coagulantes des substances albuminoïdes de cet acide, il l'a employé dans le pansement des plaies, dans la blennorrhagie, dans le catarrhe de la vessie. Il a signalé son action curative antiseptique sur toutes les sécrétions purulentes, et il a surtout appelé l'attention sur ces deux caractères importants de l'application de l'acide picrique : la *disparition* de la douleur dans un temps relativement court, et la *suppression*

des sécrétions morbides. Ayant été témoin, chez une malade de M. Chéron, de la rapidité de la guérison d'une fissure anale très-douloureuse, par l'application d'une solution d'acide picrique; nous avons pensé à étendre l'emploi de la solution picrique au traitement de la fissure et de la crevasse du sein, nos succès ont dépassé nos espérances. Aussi nous empressons-nous de faire connaître le mode d'emploi de l'acide picrique dans les lésions du mamelon.

Il faut avoir, avant tout, de l'acide chimiquement pur, qui soit complétement privé de soude, et l'on emploie deux solutions :

L'une concentrée dont voici la formule :

Eau distillée . . . . 1,000 grammes.
Acide picrique . . . . 13 —

L'autre plus faible.

Eau distillée . . . . 1,000 grammes.
Acide picrique . . . . 1 —

Voici comment nous avons procédé. Le bout du sein est bien abstergé, nettoyé avec une éponge fine, imbibée d'eau tiède. Cela fait, on prend un petit blaireau très-fin que l'on trempe dans la solution *concentrée*, et l'on promène plusieurs fois de suite le pinceau sur la crevasse et sur tous les points enflammés. Ce pansement est fait une fois par jour, le matin; mais après chaque têtée, on trempe le mamelon, pendant trois à quatre minutes, dans un petit verre rempli de la solution picrique au 1,000ᵉ.

Au bout de douze à vingt-quatre heures, les douleurs si vives que la succion de l'enfant faisait naître, se calment, et toutes les parties précédemment rouges, enflammées, redeviennent roses et indolores. La solution picrique ayant coagulé la lymphe éteint l'inflammation sur place, empêche l'extension au loin de la lymphangite et conséquemment la production des phlegmons et des abcès de la mamelle. L'acide picrique a aussi cet avantage de tanner l'épiderme très-fin du mamelon, et de le rendre ainsi bien moins susceptible d'altérations.

Depuis deux mois, nous avons eu l'occasion d'employer les solutions d'acide picrique dans sept cas de crevasses profondes sur le mamelon même et à sa base; l'allaitement était sur le point d'être cessé à cause des douleurs et des menaces imminentes de phlegmon; nous avons été assez heureux pour guérir nos malades dans l'espace de six à douze jours, tout en leur faisant continuer l'allaitement. Aucun abcès ne s'est manifesté, et l'engorgement symptomatique de la lésion des lymphatiques s'est terminé par résolution.

Le résultat est trop beau pour qu'il en soit toujours ainsi, et loin de nous la pensée de faire de l'acide picrique un remède miraculeux, une panacée certaine pour les crevasses du sein. Mais en mettant à profit les propriétés de l'acide picrique : — coagulation des substances albuminoïdes, et par conséquent extinction de la lymphite; atténuation d'abord, puis disparition de la douleur; — nous avons la conviction intime que si dès le début de la lésion on emploie, suivant le mode indiqué, les solutions d'acide picrique; dans la très-grande majorité des cas, on guérira vite, et, par cela même, on évitera aux nouvelles accouchées d'atroces douleurs, et le regret d'abandonner le plaisir d'allaiter leurs enfants. Maintenant, on ne manquera pas de faire cette objection : l'acide picrique déposé sur le mamelon ne peut-il pas faire mal à l'enfant qui tette? A cela nous répondrons que l'acide picrique est un amer puissant, qu'il est complétement inoffensif et que nous n'avons jamais remarqué aucun phénomène qui puisse être attribué à l'absorption de l'acide picrique.

On aurait pu croire qu'à cause de son amertume considérable l'acide picrique éloignerait l'enfant du sein maternel. Nous n'avons rien observé de semblable jusqu'à présent; et nous ajouterons que la solution que l'on emploie en lotions, plusieurs fois par jour, n'étant que la solution au 1,000ᵉ, la dose que l'enfant pourrait absorber est infinitésimale et par conséquent négligeable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département du Morbihan, pendant 1875.

2° Un rapport de M. le docteur Lacourtiade, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, pendant 1875, dans l'arrondissement de Blaye (Gironde). (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Burq sur l'immunité des ouvriers en cuivre relativement au choléra.

2° Une lettre de M. le docteur Garbiglietti, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Turin, qui sollicite le titre de membre correspondant étranger;

3° Une note de M. le docteur Champouillon sur le traitement de l'anémie par les eaux minérales ferrugineuses.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, au nom de M. Gayat (de Lyon), une note sur le drainage ciliaire, comme moyen de traitement du trichiasis.

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. le docteur Fournet, une brochure sur la folie avec conscience.

LECTURE

M. POGGIALE, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Buignet.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements de l'Assemblée.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Demarquay.

La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Le Fort.

En deuxième *ex æquo*, MM. Panas et Rochard.

En troisième, M. Guyon.

En quatrième *ex æquo*, MM. Desormeaux et Desprès.

Le nombre des votants étant de 70, la majorité est de 36.

M. Le Fort obtient. . . . . . 41 suffrages.
M. Rochard. . . . . 10 —
M. Desormeaux. . . . . . . 10 —
M. Panas. . . . . 7 —
M. Desprès. . . . . 2 —

En conséquence, M. Le Fort est proclamé élu.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Coyne, aide de clinique, est chargé des fonctions de directeur du laboratoire de clinique à l'hôpital de la Charité, en remplacement du docteur Cornil, député.

M. Hanriot (Adrien-Armand-Maurice), né le 18 mars 1854, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Lebel, démissionaire.

— *Hôpitaux de Paris.* — La quatrième épreuve du concours pour deux places de chirurgien du bureau central s'est terminée lundi 21 mai. Voici, par ordre alphabétique la liste des candidats admissibles : MM. Berger, Bourdon, Humbert, Marchand, Monod, Pozzi, Richelot, Terrillon.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le docteur Chrétien, nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, à la suite du dernier concours, est chargé du cours d'histologie.

M. Berruzier (Joseph-Alexandre), né à Baccarat (Meurthe), le 22 mars 1854, est nommé aide-bibliothécaire en remplacement de M. Mabille, démissionaire.

M. Maguin (Jules-Paul-Albert), est nommé aide d'anatomie pathologique.

M. Engel, agrégé stagiaire, est appelé à l'activité à dater du 1er avril 1876.

— *École de médecine de Nantes.* — Sont nommés à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes :

Professeur d'anatomie, M. Jouon;

Professeur de physiologie, M. Jousset de Bellême;

Professeur de pathologie interne et pathologie générale, M. Viaud Grand-Marais;

Professeur d'anatomie pathologique, M. Malherbe fils;

Professeur d'hygiène et médecine légale, M. Laënnec;

Professeur de clinique médicale, M. Malherbe père;

Professeur de clinique médicale, M. Trastour;

Professeur de pathologie externe et médecine opératoire, M. Monfert;

Professeur de clinique chirurgicale, M. Heurtaux;

Professeur de clinique chirurgicale, M. Chenantais;

Professeur de clinique obstétricale et gynécologie, M. Vignard;

Professeur de thérapeutique, M. Chartier;

Professeur de matière médicale, M. Ménier;

Professeur de botanique et de zoologie élémentaire, M. Delamare;

Professeur de chimie médicale, M. Audouard;

Professeur de pharmacie, M. Pihan-Dufaillay;

Chargé de cours de physique, M. Pellerin, agrégé des sciences physiques.

— M. Laennec, professeur d'hygiène et de médecine légale, est nommé, pour une période de trois années, directeur de ladite école, en remplacement de M. Pihan-Dufaillay, qui est nommé directeur honoraire.

— *École de médecine de Toulouse.* — Un congé d'inactivité est accordé, du 1er avril 1876 au 1er avril 1877, à M. Joly, professeur de physiologie.

Pendant la durée de ce congé, M. Joly sera suppléé par M. Fontagnères, suppléant d'anatomie et de physiologie.

— *Distinctions honorifiques.* — M. Le Roy de Méricourt, médecin en chef de la marine; — Hétet, pharmacien en chef de la marine; — Vedrènes, médecin principal de l'armée, sont nommés officiers de l'instruction publique; — M. Salle, vétérinaire au 4e régiment de cuirassiers, est nommé officier d'académie.

— M. le docteur Ball, agrégé de la Faculté, commencera la seconde partie de son cours sur les maladies mentales et nerveuses, lundi prochain, le 29 mai, à huit heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

— *Excursions scientifiques.* — M. Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 28 mai 1876, à Montmorency.

Rendez-vous à la station de Montmorency à l'arrivée du train qui part de Paris (gare du Nord) à huit heures cinquante minutes.

— M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 28 mai, aux environs de Mantes.

Rendez-vous à la gare Saint-Lazare, à sept heures trois quarts pour le train partant de Paris à huit heures vingt minutes pour la station de Mantes.

— M. Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 28 mai, à Lardy.

Rendez-vous à la gare d'Orléans, départ à sept heures quinze minutes pour Bouvray.

— M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique le dimanche 28 mai 1876, aux environs de Soissons.

On se réunira à la gare du Nord où l'on prendra, à sept heures trente minutes, le train qui part pour Soissons.

Nota. — Les billets d'aller et de retour procurent une économie de près de 40 pour 100.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Des bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

I

Je voudrais aujourd'hui vous parler d'un malade qui offre, quant au diagnostic et quant au traitement de l'affection dont il est atteint, des renseignements importants, et qui soulève des questions assez sérieuses qu'il est très-utile d'étudier. Il s'agit d'un homme actuellement couché au n° 18 de la salle Sainte-Jeanne et dont voici l'histoire.

V*** (François), trente-trois ans, employé aux Halles, entré à l'Hôtel-Dieu le 26 février 1876. Jusqu'à ces derniers temps, il a joui d'une santé excellente, il n'est jamais entré à l'hôpital et n'a même, dit-il, jamais consulté de médecin. Dans sa famille, tout le monde se porte bien et personne n'a jamais souffert de rhumatisme.

Le 23 février 1876, sans cause appréciable, il fut pris d'un malaise général, il perdit l'appétit, éprouva de violents maux de tête et un sentiment de brisement dans les membres. Ces divers symptômes l'obligèrent à suspendre son travail.

Le 24 au matin, il lui fut impossible de se lever, à cause de vives douleurs siégeant dans les articulations du côté droit, genou, hanche, épaule. Le soir, l'articulation du genou gauche devint également douloureuse.

Le malaise général et les douleurs articulaires augmentant, le malade se décida à entrer à l'hôpital et fut admis à l'Hôtel-Dieu le 26 février.

26 février. — Le malade est un homme fort, bien musclé; la face est rouge; la peau est chaude et sèche.

Les articulations de l'épaule, du coude, du poignet, du genou du côté droit et celle du genou du côté gauche, sont douloureuses, tuméfiées. On reconnaît dans les articulations du genou l'existence manifeste d'un épanchement intra-articulaire. Les douleurs spontanées sont assez vives, mais les douleurs provoquées par la palpation ou par les tentatives faites pour imprimer des mouvements aux membres le sont bien davantage. Au niveau des articulations malades, la peau présente une teinte légèrement rosée. La céphalalgie est intense, l'agitation assez marquée. Les réponses sont faites avec animation et volubilité. L'insomnie est complète depuis le début de la maladie.

En faisant soulever la main gauche du malade, on constate l'existence d'un tremblement manifeste, qui paraît devoir être rapporté à l'alcoolisme. Le malade avoue du reste très-franchement ses habitudes alcooliques, prétendant qu'elles sont une nécessité de son état.

La langue est blanche, l'appétit nul. La constipation date du début de la maladie.

Le pouls est fort, régulier, fréquent. L'auscultation du cœur, pratiquée avec soin, ne révèle l'existence d'aucun bruit anormal.

Rien dans les poumons.

L'urine, peu abondante, foncée en couleur, ne contient ni sucre ni albumine.

Soir, T. 39 degrés, P. 90.

27 février. — L'articulation du poignet droit se tuméfie et devient douloureuse; le premier bruit du cœur paraît moins net, mais n'a pas un timbre soufflant.

Le soir, le malade est agité, mais ne présente pas de délire; matin, P. 120; T. 39°,9; soir, P. 124, T. 40°4.

28 février. — Matin, P. 104, T. 39°5; soir, P. 100, T. 39°3.

1er mars. — On constate l'existence d'un bruit de souffle au premier temps et à la pointe du cœur.

Matin, P. 100; T. 39°8; soir, P. 124; T. 40°.

2 mars. — Même état; le malade ne dort pas.

Matin, P. 100; T. 39°6; soir, P. 108; T. 40 degrés.

3 mars. — Le matin le malade est couvert de sueur; la céphalagie est vive. Il a eu, la nuit, un peu de subdélirium. L'agitation est considérable : le malade se plaint de n'avoir pas dormi un seul instant depuis le début de sa maladie.

Matin, P. 100; T. 40°2.

En raison des douleurs articulaires, le chef de clinique, M. Debove, hésite à prescrire un bain au malade.

Il recommande cependant à la religieuse de lui en donner un immédiatement si le malade était pris de délire.

Vers une heure de l'après-midi, cet homme en effet se met à délirer; il prononce à haute voix des paroles incohérentes et cherche à se lever. On lui donne un bain froid selon la méthode de Brandt.

Le soir, on prescrit un nouveau bain froid (cinq heures).

Le malade est calmé, le délire cesse. Pour la première fois depuis le début de la maladie, il dort la nuit; le soir, P. 96, T. 38°4 après deux bains froids.

4 mars. — Le malade est assez tranquille; la céphalalgie est moins vive.

Matin, P. 110, T. 39; soir, P. 100, T. 39°5.

6 mars. — Deux bains froids.

Matin, P. 100, T. 39°3. Après le premier bain, T. 37°5 ; soir, P. 100, T. 39°5. Après le second bain, 37°6.

7 mars. — Deux bains froids dans la journée.

Matin, P. 90; T. 38°6; soir, P. 110, T. 39°4.

8 mars. — Le malade tousse et crache un peu. On constate à l'auscultation quelques râles de bronchite. Un bain, le dernier qu'on prescrit au malade, est administré dans la journée.

Matin, P. 102, T. 39 degrés; soir P. 102; T. 38°5.

Depuis cette époque, les douleurs articulaires ont toujours été en décroissant. La fièvre diminue, l'appétit revient. Le malade reprend peu à peu l'usage de ses membres, et tout fait espérer qu'il pourra quitter l'hôpital dans un temps prochain.

9 mars.— Matin, P. 78, T. 39 degrés ; soir, P. 104, T. 39°3.

10 mars. — Matin, P. 102, T. 38°8; soir, P. 104, T. 39 degrés.

11 mars. — Matin, P. 96, T. 38°5: soir, P. 100, T. 38°8.

12 mars. — Matin, P. 80, T. 38°2; soir, P. 80, T. 38°4.

13 mars. — Matin, P. 86, T. 38°7.

18 mars. — Matin, P. 80, T. 37 degrés.

Comme vous le voyez, le diagnostic est simple : il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu. Mais notez bien ce point : en vous faisant, ces années dernières, des leçons sur le rhumatisme, je vous disais que presque toujours les attaques débutaient localement et que les symptômes généraux ne venaient qu'ensuite. Notre malade a commencé par éprouver les phénomènes généraux caractérisés d'abord par un mouvement fébrile, que les partisans de la fièvre rhumatismale ne manqueraient pas de faire remarquer, comme procurant la généralisation première du mouvement pathologique qui ne se localise que plus tard sur les articulations.

Au dire de cet homme, sa maladie serait venue sans cause appréciable. Mais je ne saurais admettre un effet sans cause. C'est un ivrogne, il le confesse ; il a eu, en même temps que sont apparus les symptômes généraux, du malaise, une perte de l'appétit, des phénomènes gastriques. Il est possible que quelques jours avant le début de sa maladie, le 22, par exemple, il se soit livré à des accès alcooliques à la suite desquels il se soit couché par terre, ou bien sans précaution dans une chambre dont il ait négligé de fermer la fenêtre, et qu'il se soit, dans ces conditions, endormi du sommeil de l'ivresse. Il n'en fallait pas davantage pour qu'il contractât un rhumatisme articulaire. Il est d'autant plus probable que les choses se sont passées de la sorte, que les phénomènes articulaires ont commencé tous du même côté, le côté droit, qui a peut-être été le côté exposé au froid.

Quoi qu'il en soit, nous avons affaire chez lui à un cas de rhumatisme non douteux, dans lequel les phénomènes locaux, douleurs spontanées et provoquées par le mouvement, gonflement et rougeur des articulations, épanchement de synovie, se sont montrés le deuxième jour de la maladie.

Je vous ferai également remarquer ce fait, que le jour de l'entrée de cet homme à l'hôpital, il n'existait au cœur aucun bruit anormal, mais qu'on observait déjà deux groupes de phénomènes qui méritaient d'appeler l'attention. C'était en premier lieu, l'état de la température, qui était de 39 degrés dans l'aisselle. Cette élévation relative de la chaleur, devait faire croire à la possibilité de complications. On pensa d'abord aux lésions cardiaques, qui, vous le savez, sont de beaucoup les plus habituelles en pareil cas; mais l'auscultation du cœur ne permettait encore de rien constater.

Un autre point sur lequel je désire appeler votre attention, c'est l'existence d'un groupe de phénomènes nerveux : céphalalgie, insomnie, agitation très-vive. Ceux-ci étaient-ils simplement le fait de l'alcoolisme ou bien présageaient-ils l'imminence de la complication cardiaque? Cette dernière supposition est peu probable, car généralement les accidents qui se développent du côté du cœur, dans le cours du rhumatisme, apparaissent d'une façon très-insidieuse, sans douleur, sans dyspnée et sans grands symptômes appréciables. C'est à peine s'ils s'accompagnent d'un léger redoublement fébrile, et si l'on n'a pas soin de pratiquer l'auscultation, ils passent inaperçus tant pour l'endocardite que pour la péricardite. Quoi qu'il en fût, il y avait deux groupes de phénomènes qui devaient à juste titre éveiller la préoccupation du médecin.

Le 27 février, troisième jour de la maladie, l'auscultation révélait en effet l'existence d'une endocardite. On constatait au cœur un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, souffle encore à l'état de vestige, mais dont l'existence réelle ne pouvait être méconnue. Le 1er mars, les signes d'une complication cardiaque étaient évidents : le souffle était devenu parfaitement distinct, s'entendant plus particulièrement à gauche et se propageant dans l'aisselle du même côté, sans aucune espèce d'altération caractéristique du pouls, indiquant, en un mot, l'existence d'une endocardite mitrale avec un certain degré d'insuffisance valvulaire. C'est, en effet, ce qui a ordinairement lieu dans le rhumatisme.

En même temps, le pouls montait, à 100 le matin, il battait 124 pulsations le soir. De son côté, la température s'élevait de 39°8 à 40 degrés. C'est une chose insolite que cette élévation du pouls et de la température. Ordinairement la complication cardiaque ne s'accompagne pas de symptômes aussi graves : elle est, au contraire beaucoup plus bénigne et chemine bien plus insidieusement sans provoquer d'éclat de ce genre.

Au contraire, dans les complications cérébrales, la température atteint chez les rhumatisants des chiffres très-élevés. Ainsi nous avons observé avec M. Liouville, à l'Hôtel-Dieu, des notations de 44°2 (dans le rectum), et nous avions soin de contrôler ces faits avec toute la rigueur scientifique.

Pendant que ces phénomènes se développaient, les symptômes nerveux eux-mêmes augmentaient d'intensité : l'insomnie, l'agitation devenaient extrêmes, en même temps qu'un signe particulier qui ne permettait plus de mettre en doute l'existence d'une complication cérébrale, le subdélirium venait se joindre, le 3 mars au matin, à ce premier ordre de symptômes. A ce moment de la journée, le pouls était à 108, la température à 40°2.

La complication cérébrale du rhumatisme articulaire a subi, dans l'appréciation à laquelle les auteurs se sont livrés à son sujet, des phases très-diverses. On a commencé par dire que le rhumatisme cérébral ne s'accompagnait d'aucune lésion du cerveau, et que ce n'était, par conséquent, que le déplacement de l'agent rhumatismal qui se portait sur les méninges.

La deuxième phase est un peu plus importante, grâce aux travaux de MM. Ollivier et Ranvier. Ces observateurs disent (1866) que « les altérations que subissent les méninges dans l'encéphalopathie rhumatismale paraissent être de même nature que celles des articulations. »

Plus tard, de nouvelles études poussées plus loin et entreprises au laboratoire de l'Hôtel-Dieu (1872) ont montré, à l'aide de l'examen histologique des centres nerveux, que l'on avait affaire, dans ces cas de complication cérébrale, à quelque chose de saisissable, et qu'on trouvait, quand on savait chercher, tous les signes d'une inflammation méningo-encéphalique. Nous avons, en effet, constaté sur des préparations de M. Liouville, qui ont été présentées en 1872 à la Société ana-

tomique, et ont fait l'objet des démonstrations du laboratoire, une augmentation du nombre des vaisseaux, dont quelques-uns ont subi une dilatation très-considérable; des granulations graisseuses existant le long des parois, surtout sur les très-fins capillaires; du sang exsudé en masses dans le tissu connectif et la névroglie des couches superficielles de l'encéphale; une prolifération de noyaux indiquant une inflammation véritable, dont on n'a pas toujours pu apprécier, il est vrai, les caractères microscopiques (fausses membranes et suppuration), parce qu'elle tue ordinairement avant d'avoir produit ces gros désordres saisissables à l'œil. Nous observions en 1874, également avec M. Liouville, deux faits de ce genre. L'année dernière encore, un exemple nous était fourni par un individu qui succomba à une mort rapide et brusque avec délire violent, et à l'autopsie duquel nous avons trouvé, dans les parties superficielles de l'encéphale, toutes les lésions que je viens de vous énumérer.

Des bonnes préparations faites par M. Chambard, un des aides du laboratoire, nous ont permis à nouveau de les constater *de visu*. Il y a plus, c'est que, dans ces phénomènes cérébraux, il est hors de doute qu'il y a des variétés qui permettent de reconnaître que la complication a des siéges différents. C'est ainsi que deux femmes que nous avons observées en 1874 dans notre service, et qui succombèrent à des accidents cérébraux survenus dans le cours du rhumatisme, ne présentèrent pas des symptômes identiques. Chez l'une, qui avait été en proie à un délire très-vif, nous trouvâmes une altération des parties les plus superficielles des circonvolutions cérébrales, tandis que chez l'autre, qui avait eu pendant sa maladie une série d'attaques convulsives presque épileptiformes, les lésions siégeaient au niveau de la protubérance et du bulbe.

Notre malade, après avoir eu du subdélirium, est tombé dans un état analogue de tous points à celui des femmes dont je viens de vous parler. Il présenta une agitation extrêmement vive, et vers une heure de l'après-midi, le 3 mars, il commença à délirer d'une façon absolue, prononçant des paroles incohérentes, cherchant à se lever de son lit, en un mot, ne laissant plus par son état le moindre doute sur l'existence des phénomènes cérébraux, dus à un commencement d'altération de l'encéphale, sous l'influence du rhumatisme. Il se passait dans les méninges ce qui se passe dans les séreuses endocardique, péricardique et même pleurale.

Telle était, selon moi, la cause des accidents cérébraux; cependant il faut prévoir une objection. Il est, en effet, des gens, détracteurs-nés de toutes les choses qu'ils n'ont pas inventées, qui ne manqueront pas de dire à propos du moyen de traitement auquel notre malade a été soumis, qu'il n'y avait là aucune espèce de rhumatisme cérébral et qu'il s'agissait tout simplement d'un délire alcoolique. Je ne crois pas qu'il en fût ainsi : une élévation de température aussi brusque que celle que nous avons observée chez cet homme, n'appartient guère à l'alcoolisme, et de plus ce n'est pas ainsi que commence le délire des buveurs, qui débute, au contraire, par un grand éclat. Je concède cependant que ce cas de rhumatisme cérébral n'est pas parfaitement clair, parfaitement net, et qu'il est bon d'apporter une certaine réserve dans l'appréciation des symptômes. Je l'ai pris néanmoins, parce que ma conviction est profonde et que, au point de vue de la thérapeutique, il nous offre un enseignement véritable.

En effet, en présence de ces faits, on crut devoir employer un moyen de traitement nouveau, dû à Brandt (de Stettin), à savoir : l'application de bains froids. Notre malade a été soumis à leur usage deux fois par jour, et le soir même du jour où l'on inaugura cette thérapeutique, après le second bain, le délire avait cessé, le malade était absolument calme et avait pu dormir. Le lendemain, après l'administration d'un nouveau bain froid, le pouls et la température baissaient d'une manière remarquable. Enfin, neuf jours après le début du traitement, la température n'était plus, le soir, que de 38°,5, et les phénomènes nerveux avaient complétement disparu. Depuis cette époque, le thermomètre, qui oscillait entre 38 et 39 degrés, a successivement baissé et ne marque plus que 37 degrés le matin et 38 degrés le soir.

Vous voyez donc que l'effet a été évident, qu'après le deuxième bain il existait déjà une amélioration très-notable, et qu'enfin, après le neuvième, on pouvait considérer le malade comme guéri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1876 (1). — Présidence de M. CHATIN.

DISCUSSION SUR LA COLIQUE SÈCHE

M. MIALHE ne veut pas discuter la question de savoir si la colique sèche est bien due à une intoxication saturnine ou bien si elle doit être rapportée à une névrose particulière. Il fait seulement remarquer que, pour donner lieu à l'intoxication plombique lente, désignée sous les noms de colique de plomb, colique saturnine, colique des peintres, il n'est pas nécessaire d'introduire dans l'économie animale une dose élevée d'un composé de plomb quelconque, la plus petite dose, au contraire, étant suffisante à la condition qu'elle soit *longtemps continuée*. M. Duchenne (de Boulogne) a constaté un exemple de paralysie saturnine chez une ouvrière occupée toute la journée à envelopper des paquets de thé dans des feuilles de plomb et qui, par conséquent, n'avait eu d'autre contact avec ce métal que la paume de ses mains et la pulpe des doigts.

En réponse aux arguments de M. Rufz, qui prétend que, s'il suffisait d'une minime quantité de plomb pour amener l'infection saturnine, les boîtes de conserves, les tuyaux de plomb devraient être la source d'une intoxication générale, M. Mialhe fait observer que, d'abord, dans la vie habituelle, on ne fait pas un usage journalier des boîtes de conserves, et que, partant, la continuité d'action toxique manque, et qu'ensuite, dans les cas où cette continuité d'action aurait lieu, on serait loin d'être aussi promptement exposé que sur les navires.

C'est, suivant M. Mialhe, à la présence incessante des chlorures alcalins basiques dans l'atmosphère marine qu'il faut rapporter la cause de la grande toxicité du plomb à bord des navires.

L'auteur conclut donc ainsi : A part l'emploi du plomb métallique pour la confection des conduits et des réservoirs d'eau douce, laquelle apporte avec elle l'antidote des composés plombiques, par suite de l'enduit calcaire qu'elle dépose ordinairement sur les parois des vases qui la renferment, il convient de restreindre autant que possible, au point de vue de l'hygiène, soit sur terre, et bien plus encore sur mer, l'usage du plomb et de ses composés.

M. LE ROY DE MÉRICOURT se propose de répondre aux objections que M. Rufz de Lavison lui a opposées, et d'apporter quelques éclaircissements sur des points de son argumentation qui ont pu lui paraître obscurs. Préalablement, il soumet à M. Briquet quelques observations au sujet de ce qu'il a dit dans la même séance. La dénomination de myosalgie saturnine, proposée par M. Briquet, ne hâterait pas la réconciliation entre les identistes et les non identistes. Les partisans de l'étiologie saturnine appelleraient myosalgie saturnine, ce qu'ils appellent actuellement colique de plomb, leurs antagonistes l'appelleraient myosalgie endémique, et la question n'aurait pas fait un pas. La rigueur de l'expression myosalgie est d'ailleurs plus apparente que réelle, si même elle ne repose pas sur une

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 mai.

erreur d'interprétation. On ne peut admettre avec lui que les douleurs saturnines soient limitées aux muscles des parois, elles partent aussi bien des intestins que des muscles. L'intoxication saturnine chronique est un empoisonnement lent qui affecte graduellement le système nerveux de la vie organique, et amène une altération très-appréciable du sang.

M. Le Roy de Méricourt, arrivant ensuite aux objections de M. Rufz de Lavison, exprime le regret que son collègue n'ait pas eu assez présent à son souvenir les travaux de M. Lefèvre et de M. Vilette qui ne laissent subsister aucun doute sur l'étiologie saturnine de la colique sèche. M. Rufz lui a reproché de n'avoir envisagé que l'étiologie de la colique sèche à bord des navires et d'avoir laissé de côté celle de la colique endémique qu'on observe sur le littoral ou dans l'intérieur des terres. Il ne croit pas avoir mérité ce reproche. Il rappelle comment il a procédé dans son premier exposé, il rappelle la valeur des chiffres fournis par tous les médecins de la marine, portant non-seulement sur des hommes embarqués, mais également sur des soldats de divers corps de troupes tenant garnison à terre. Il a donc bien eu en vue les maladies observées aussi bien à terre qu'à bord des bâtiments. Il cite à l'appui l'opinion de M. Linguettel, médecin-major de l'armée de terre, disant que les cas de colique sèche ne sont pas rares, qu'il a eu l'occasion d'en voir plusieurs à l'hôpital de Saïgon et qu'il est convaincu, tant il y a identité dans les symptômes et dans la marche, que cette affection ne peut être due qu'à une intoxication saturnine; celle de M. Catano, également médecin de l'armée de terre, qui dans une lettre adressée à Michel Lévy et communiquée à l'Académie, disait que M. Lefèvre était parfaitement dans le vrai; celle de M. Benoît de la Grandière, et les observations de M. Jourdanet sur le haut plateau du Mexique, et de M. Chapuis à la Guyane.

Enfin M. Le Roy de Méricourt lit un passage de M. Rufz sur le sujet en discussion, duquel il résulte que pendant vingt ans d'une pratique coloniale excessivement active ; il se rappelle n'avoir observé au plus que trois cas de névrose endémique des pays chauds sur des sujets autres que des marins embarqués. Dans ces trois cas M. Rufz affirme qu'il n'était pas possible de faire remonter la cause à quelque influence saturnine; à quoi M. Le Roy de Méricourt répond par la difficulté souvent très-grande de trouver le plomb, d'une part, et, d'autre part, par la préoccupation où l'on était alors à l'égard de l'influence accordée au climat et aux miasmes; et il rappelle à ce sujet les faits cités par M. Gubler, les deux cas récemment publiés par M. le docteur Gibert (du Havre). Il rappelle enfin le passage du travail de M. Bérenger Féraud dans lequel ce collègue déclare qu'il est disposé à admettre *à priori*, comme cas d'intoxication saturnine, tous ceux qui ont offert la succession des accidents tels que coliques, affaiblissement musculaire et paralysie.

M. Le Roy de Méricourt termine cette revue de pathologie géographique en citant la conclusion de Hirsch (*Traité de pathologie historique et géographique*). « Si l'on réunit, dit-il, tous les faits connus sur l'endémicite et l'épidémicite de la colique sèche, on trouve que quant à sa marche et à son invasion, du moins dans les temps et aux époques les plus rapprochées, elle ne s'est montrée à l'état d'endémie sur aucun point de la surface du globe. »

Le diagnostic que demande à établir M. Rufz entre les symptômes offerts par l'intoxication saturnine et ceux du prétendu miasme est impossible.

Quant aux épidémies de colique du Poitou, de Normandie, de Madrid etc, on pourrait répondre que ces prétendues épidémies, du temps même où elles ont apparu, ont été reconnues n'être que des empoisonnements simultanés par le plomb, dus à certaines négligences ou à certaines fraudes qui altéraient les boissons.

C'est la deuxième fois, dit en terminant M. Le Roy de Méricourt que je combats à cette tribune la doctrine des miasmes. Dans l'état actuel de nos connaissances sur les causes des maladies, nous nous trouvons en présence trop souvent d'inconnues que nous signalons par l'expression miasmes, en attendant mieux, nous posons ainsi un point d'interrogation, sorte d'aveu de notre faiblesse. Toutes les fois qu'il est possible d'arriver à détruire une de ces conceptions de notre esprit et de la remplacer par une notion plus certaine, d'où découle des applications pratiques, la science doit s'en réjouir. Si la doctrine fataliste du miasme tellurique ne mène à rien, en ce qui concerne la colique des pays chauds, la doctrine de l'intoxication saturnine est féconde en résultats heureux. Il en découle une prophylaxie d'une efficacité certaine et un traitement basé sur les données de la chimie qui a une efficacité incontestable. (Nombreuses marques d'approbation.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Hirtz sur les candidats au titre de correspondant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 mai 1876. — Présidence de M. Laborde.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Tænia cucumerina. — M. CHATIN fait une communication sur la structure et le développement du tænia cucumerina, que l'on trouve dans l'intestin du chien.

Influence de l'excitation du sciatique sur la température du membre correspondant. — M. LEPINE rappelle les expériences dont il a déjà communiqué les résultats à la Société, et qui avaient pour but de démontrer que les modifications de température observées dans la patte d'un animal, sous l'influence de l'excitation du sciatique, dépendent surtout de l'état antérieur de la patte. Ainsi, la patte de l'animal étant préalablement chaude, on obtient, par l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique sectionné, un refroidissement. Si, au contraire, elle est préalablement froide, c'est un réchauffement que l'on constate, c'est-à-dire une dilatation des vaisseaux.

M. Lépine vient, de nouveau, de contrôler ces résultats par une autre méthode et à l'aide d'un appareil spécial ; cet appareil consiste en un manchon plein d'eau muni d'un tube très-fin dans lequel l'eau monte ou descend, suivant les modifications de volume imprimées à la patte de l'animal plongée dans l'appareil. On le remplit d'eau glacée, puis on excite le sciatique; on rechauffe ensuite la patte et on excite de nouveau le sciatique. Or les résultats obtenus par cette méthode ont de tous points confirmé ceux que M. Lépine avait obtenus auparavant.

Numération des globules sanguins. — M. GRANCHER a entrepris une série d'expériences sur les variations du nombre des globules blancs chez l'adulte. Il a employé l'appareil de M. Hayem. Mais s'il suffit pour la mensuration des globules rouges de compter le nombre des globules compris dans trois quadrillages, et de prendre la moyenne, il n'en est pas de même pour les globules blancs, dont la répartition est très-irrégulière. Il ne faut pas se contenter de compter dans le quadrillage, mais bien dans le champ microscopique tout entier, et même pour obtenir des résultats précis, il faut au moins compter dans dix champs microscopiques différents.

La qualité du sérum employé pour la numération des globules est souvent aussi une cause d'erreur ; certains sérums, en s'altérant, déforment les globules. Le meilleur est une solution de sulfate de soude (1 de sulfate de soude pour 40 d'eau distillée).

M. Grancher a cherché quel était, chez un adulte, le nombre des globules blancs relativement à celui des globules rouges. Voici les résultats qu'il a pu constater : les oscillations normales sont beaucoup plus larges pour les globules blancs que pour les globules rouges; le rapport des globules blancs et des globules rouges est très-faible, environ 1 pour 1890; le chiffre des globules blancs est à peu près le même pour toutes les périodes de la journée; il n'est pas prouvé que les repas augmentent le nombre des globules blancs; le nombre des globules blancs est variable pour des individus différents, mais non pour le même individu.

M. MALASSEZ a trouvé, pour la proportion des globules blancs aux globules rouges, des chiffres bien inférieurs à ceux qui avaient été donnés par les auteurs qui se sont occupés de la question, mais un peu supérieurs cependant à ceux qu'à trouvés M. Grancher. Il a

constaté, en outre, contrairement à M. Grancher, que les repas n'étaient pas toujours sans influence sur les variations du nombre des globules blancs; ainsi le café, les aliments gras produisent une augmentation notable du nombre des globules blancs. Il faut, pour ne pas constater de modifications, se soumettre pendant quelque temps exclusivement au même régime.

M. GRANCHER n'a rien changé à son régime ordinaire. Il fait observer d'ailleurs que la question est complexe; mais voici ce qu'il a pu constater, c'est que les conditions physiologiques ordinaires d'un individu ne changeant pas sensiblement, au point de vue des repas, le chiffre des globules blancs reste, à peu de chose près, le même.

Injections de glycose dans le sang. — M. P. BERT rappelle que M. Cl. Bernard a démontré que le sucre apparaît dans l'urine quand il se trouve dans le sang deux à trois parties de glycose pour mille. M. Bert a cherché à introduire de la glycose dans le sang d'un animal et à l'empêcher de s'éliminer par la ligature des uretères, afin d'arriver à déterminer quelle pouvait être la dose mortelle de glycose injectée. Mais il fait observer que la ligature des uretères amène dans ces cas certaines modifications dans l'état de l'animal, qui le font sortir des conditions physiologiques. Il serait donc important de pouvoir trouver un autre moyen de s'opposer à l'élimination du sucre.

Il injecte trois parties de sucre pour mille de sang, et monte progressivement jusqu'à vingt pour mille. Dans ces conditions on ne constate pas d'accidents immédiatement mortels; mais si on pousse la dose à quarante pour mille, la mort est presque instantanée. Si on en injecte huit à dix pour mille, la mort ne survient qu'au bout de trois jours. Si on examine l'animal, on voit que le sucre diminue dans le sang, dans le foie lui-même; on n'en trouve ni dans les muscles, ni dans le cerveau, mais on constate sa présence dans les humeurs de l'œil, dans les matières intestinales et dans la salive. Relativement au rapport de la cataracte avec la diabète, M. Bert fait observer que dans ces cas le cristallin conserve toute sa transparence. Quand l'animal meurt les muscles sont acides; la contractilité musculaire est très-faible, mais elle persiste pendant une demi-heure environ.

M. PONCET dit n'avoir pas trouvé de traces de sucre dans les humeurs de l'œil chez les diabétiques cataractés.

M. CL. BERNARD fait observer qu'il n'est pas possible de trouver un animal vivant sans sucre dans son sang et dans son foie. Jamais, en effet, le sucre ne disparaît pendant la vie, mais une demi-heure après la mort on n'en trouve plus de traces. La production de la matière glycogène est donc un phénomène vital. Les muscles, dit-il, ne contiennent pas de sucre; il en a toujours trouvé dans l'humeur vitrée du bœuf. M. Cl. Bernard ajoute que toutes ces expériences, entreprises pour constater la présence ou l'absence du sucre dans l'économie, sont d'une délicatesse extrême, sujettes à beaucoup d'erreurs et doivent être renouvelées un grand nombre de fois avant qu'on puisse en tirer des conclusions précises.

M. LABORDE, comme l'a fait observer M. Paul Bert lui-même, dit que la ligature des uretères met l'animal dans certaines conditions dont il faut tenir compte pour l'interprétation des phénomènes observés.

M. P. BERT dit qu'en effet il est très-difficile, dans ces cas, de faire la part de la ligature des uretères dans les résultats de l'expérience.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. LÉPINE présente, au nom du traducteur, M. le docteur Charvet, ancien interne très-distingué des hôpitaux de Lyon, médecin aux eaux de Vals, un volume sur le diabète sucré, par M. Cantani (de Naples).

M. Lépine signale, particulièrement dans ce livre, une découverte qu'il croit n'avoir pas été signalée jusqu'ici, c'est que le sang, chez les diabétiques, contient un sucre qui ne polarise pas, qui ne dévie ni à droite, ni à gauche, la lumière polarisée. Cette découverte permet à l'auteur d'expliquer la glycosurie, sans que pour cela il y ait une augmentation très-considérable de la glycose. Au point de vue du traitement, M. Cantani s'est très-bien trouvé du traitement de M. Bouchardat, mais poussé à une extrême rigueur. Il ne donne à ses malades que des viandes, ne leur permet pas le plus petit écart de régime, et repousse absolument tout ce qui, de près ou de loin, rappelle les féculents. Et même il ne se contente pas de leur recommander la diète carnée, mais encore il prescrit de temps à autre la diète absolue, au moins pendant trente-six heures; il a pu constater que, pendant cette diète absolue, les malades ne rendaient pas de sucre.

M. MOUTARD-MARTIN fait observer qu'il semble ressortir de la découverte de M. Cantani, que le sucre subit une grande modification quand il a passé par le rein.

M. LÉPINE répond que M. Cantani professe certaines opinions physiologiques toutes personnelles qui lui permettent d'expliquer ces modifications. Ainsi, suivant lui, le rein ne serait pas un simple filtre, il s'y passerait certaines oxydations qui expliqueraient, à l'état normal, la destruction du sucre, et, à l'état pathologique, ses modifications.

Ataxie locomotrice. Phénomènes psychiques. — M. LEREBOULLET présente un malade atteint d'ataxie locomotrice au début, et qui offre ceci de particulier qu'après avoir présenté tous les troubles du côté des nerfs de l'œil, qu'on observe habituellement au début de cette maladie et même de la paralysie faciale, est atteint actuellement de troubles psychiques.

Cet homme n'est ni alcoolique ni syphilitique. Il est entré le 31 janvier dernier, au Val-de-Grâce, pour une bronchite catarrhale subaiguë. Dans le courant de février, il a commencé à ressentir des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Le 11 mars, il est pris subitement d'éblouissement et ne peut plus ouvrir l'œil gauche. La paralysie du moteur oculaire commun est complète; déjà à ce moment il offrait un léger degré de paralysie faciale. L'ophthalmoscope ne révélait aucune altération au fond de l'œil. Aux membres inférieurs survint une paralysie incomplète des muscles abducteurs. Cet état dure pendant huit jours environ. Puis la paralysie du moteur oculaire commun disparaît, mais la paralysie faciale reparaît alors beaucoup plus accentuée. Enfin, depuis quelques jours, ce malade a été pris d'hallucinations; il se croit un objet de répulsion pour tous ses camarades.

Mort subite par thrombose et embolie. — M. FERRANT présente des pièces anatomiques qui ont été recueillies à Beaujon, sur un malade de son service, qui a succombé subitement. Cet homme, qui était albuminurique et présentait une anasarque généralisée, offrait tous les caractères d'une dilatation du cœur droit. A l'autopsie, on trouva un énorme caillot qui fermait complétement l'orifice cardiaque et qui avait formé à la fois thrombose et embolie.

Manie consécutive à un cas de rhumatisme articulaire aigu. — M. LAVERAN donne lecture d'une observation relative à un cas de manie consécutive à un rhumatisme articulaire aigu.

ÉLECTION

M. Revillod (de Genève) est élu membre correspondant étranger.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Une brochure en italien de M. le docteur Vincenzo Mazzole, sur le *myosareome interstitiel de l'utérus;*

3° Une lettre de M. Bergeon (de Moulins), qui se porte candidat à une place de membre correspondant.

COMMUNICATION

Traumatisms et grossesse. — M. CAZIN (de Boulogne), membre correspondant, adresse une communication qui a trait à celle faite par M. le professeur Verneuil dans la dernière séance sur les rapports du traumatisme et de la grossesse. M. Cazin relate quelques cas dans lesquels le traumatisme chirurgical ou accidentel a troublé la grossesse, et d'autres où certaines opérations ont été modifiées dans leurs suites par la gestation.

1° Mme G..., trente-trois ans, est amputée de la cuisse au tiers inférieur pour une arthrite fongueuse grave du genou. L'opération ne présente rien de particulier, et la malade perd peu de sang. Ses règles, qui avaient eu lieu vingt jours avant l'opération, manquent à l'époque suivante, sans que le chirurgien y prenne garde, attribuant ce retard au trouble apporté par l'opération. La cicatrisation, bien que plus lente à se faire qu'elle ne l'est d'ordinaire à la campagne, s'achève cependant dans de bonnes conditions. Mais bientôt la fièvre apparaît, et il se forme dans le moignon un abcès qui est traité par le drainage. Alors seulement a eu lieu une métrorrhagie abondante, accompagnée de l'expulsion d'un œuf de six semaines à deux mois. Cette malade avait eu six grossesses antérieures menées à terme et a eu un garçon depuis.

2° Une jeune fille de dix-sept ans, dont l'éducation et la situation de famille pouvaient faire écarter le soupçon, souffrait d'une fissure à l'anus profonde; ses règles, au dire de sa famille, en étaient dérangées. Le chloroforme fut administré pour pratiquer la dilatation forcée. Quelques jours après, les règles étaient revenues, accompagnées de caillots abondants, parmi lesquels le chirurgien reconnut des débris d'œuf. Mais cette jeune fille étant primipare, ce cas n'est pas un exemple de l'influence du traumatisme sur la grossesse aussi important que si elle avait déjà eu des grossesses antérieures menées à terme.

3° Une jeune fille enceinte, sujette à des syncopes fréquentes pendant sa grossesse, se fait une plaie contuse du crâne en tombant sur une marche de pierre. Pas de retentissement sur l'utérus.

4° Mme J..., ayant déjà eu cinq enfants dans d'excellentes conditions, se blesse dans une rixe avec un carreau de vitre. L'artère radiale est coupée. Le mari fait aussitôt la compression au-dessus de la blessure, et, à son arrivée, le chirurgien fait la ligature. Le lendemain, un peu de fièvre et menace d'érysipèle; le soir, douleurs utérines. La malade accouche à deux mois et demi.

5° M. le docteur Filliet a communiqué à M. Cazin le fait suivant, qui démontre, au contraire, l'innocuité possible d'opérations graves pratiquées non loin des organes génitaux pendant la grossesse. Une femme, enceinte de cinq mois, portait depuis deux ans à la partie supérieure de la cuisse une tumeur qui avait pris depuis six semaines un accroissement notable. La douleur qu'elle provoquait, d'une part, et d'autre part, sa mobilité profonde, son adhérence aux seuls téguments, le développement des veines superficielles sans obstacle profond à la circulation, l'absence d'œdème, de varices, d'engorgement ganglionnaire, décidèrent M. Filliet à en faire l'ablation. L'opération fut faite avec l'instrument tranchant; quelques ligatures furent posées sur des rameaux artériels peu considérables. Le soir, il y eut une hémorrhagie veineuse abondante, qui fut arrêtée avec une solution de perchlorure de fer à 30 degrés. La guérison se fit sans autre trouble. Cinq semaines après, la malade reprenait ses occupations, et elle accoucha à terme.

M. Cazin conclut qu'il faut, pendant la grossesse, ne faire que les opérations tout à fait urgentes, et qu'il convient de retarder les autres jusqu'après la période puerpérale. Dans le *Traité d'accouchements* de Cazeaux, un chapitre spécial est consacré à ce sujet. Les maladies qui peuvent avoir un retentissement sur la grossesse y sont divisées en deux classes d'après leur siége : 1° celles qui se manifestent loin des organes génitaux, comme les fractures, les plaies, les brûlures, les ulcérations, le choléra, la fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes, la variole, la pneumonie, etc.; 2° celles qui frappent les organes génitaux eux-mêmes et ceux qui s'y rattachent, comme les métrites, les cancers et les diverses tumeurs utérines, les ulcérations fongueuses, les tumeurs de la mamelle, etc.

MM. Labbé, dans son dernier ouvrage, cite cinq cas de tumeurs de la mamelle développées pendant la grossesse, sur dix-sept qu'il a relevées. Velpeau en cite aussi deux ou trois cas, un entre autres, dans lequel une tumeur du volume d'une aveline, atteignit pendant la gestation le volume d'une tête d'adulte, s'ulcéra et se ramollit, et fut enlevée deux mois après la délivrance, mais il y eut récidive.

RAPPORT

M. TILLAUX donne lecture d'un rapport sur une communication faite par M. Gillette, candidat au titre de membre titulaire, dans la séance du 26 avril dernier, et intitulée : *Des divers traumatismes produits par la bouche du cheval.* La commission était composée de MM. Panas, Terrier et Tillaux. M. Gillette a relevé soixante-six observations publiées dans les différents recueils. Il étudie d'abord le siége de ces lésions, qui est presque toujours le membre supérieur (cinquante fois), puis le mécanisme de ces traumatismes, qui est la pression et l'arrachement. L'auteur passe ensuite aux accidents propres à ces morsures. Les accidents nerveux sont fréquents : tétanos, contusion du nerf radial dans la gouttière de torsion, et paralysie consécutive qui persiste quelquefois (trois cas), le nerf ne s'étant pas réparé. Le pronostic doit être absolument réservé pendant plusieurs jours, car des désordres de la peau on ne peut conclure à ceux qui siégent plus profondément. Il peut se produire des décollements, des phlegmons, des gangrènes. Quant au traitement, l'auteur conseille les grands débridements quand il est démontré que le traumatisme a retenti profondément, et aussi, dans certains cas, la cautérisation actuelle. On a soulevé la question de virulence de la salive du cheval dans certaines circonstances, la colère, le rut. Cette question n'a jamais été résolue, et M. Gillette ne tend pas à l'admettre.

DISCUSSION

M. LARREY rappelle une troisième forme de lésion, qui est la torsion, surtout lorsque le cheval s'acharne sur sa victime; cette forme a été mentionnée par M. Dauvé dans sa thèse *sur la morsure simple.* On a observé des morsures rabiques chez le chameau, pendant le rut, et chez le mulet. Les blessures sont d'autant plus graves que les chevaux sont soumis habituellement à un régime plus dur.

M. TERRIER ne s'explique pas le but de la cautérisation actuelle, qui ne peut qu'ajouter un peu d'inflammation à celle causée par la morsure. Quant à la virulence, qui rendrait la blessure plus grave, cela n'est pas admissible, car les morsures virulentes par excellence, celles de chiens enragés, guérissent très-bien comme accident primitif.

M. MARJOLIN cite le fait d'un palefrenier de la compagnie des omnibus, qui eut la pulpe du pouce coupé par une morsure de cheval aussi nettement qu'il l'eût été par un couteau. Ce fait peut-être intéressant en médecine légale.

Le rapport de M. Tillaux et le mémoire de M. Gillette sont renvoyés au comité de publication.

COMMUNICATION

M. GUÉNIOT commence une communication sur l'influence réciproque de la grossesse et du traumatisme. Cette communication, interrompue à cause de la réunion d'un comité secret, sera continuée dans la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE MALADE

Pansement de Lister. — M. GUYON présente un malade auquel il a pratiqué l'amputation sus-malléolaire pour une carie des os du torse avec fistules multiples. Opéré le 28 avril, ce malade était guéri le 15 mai, au dix-septième jour, quoique le lambeau, comprenant le tendon d'Achille et toutes les gaînes et tendons de la partie postérieure de la jambe, ait été réuni par première intention. M. Guyon a pansé ce malade par la méthode de Lister. Cinq liga-

tures ont été laissées dans la plaie, et ont été résorbées. Il a été fait huit pansements. C'est la septième fois que M. Guyon emploie cette méthode, et toujours elle lui a donné des résultats sur lesquels il n'osait pas compter : 1° une amputation de cuisse, faite le 25 févri er, a été guérie le 28 mars, il y avait quinze ligatures ; 2° une castration pratiquée le 31 mars, était guérie le 20 avril, excepté les orifices supérieur et inférieur pour le passage d'un drain ; 3° une opération de hernie inguino-scrotale étranglée, faite douze heures après l'accident, le 5 mai. Réunion des parties profondes le 15 mai, après cinq pansements, sans accident. Enfin trois amputations de sein ; 4° une chez une femme de soixante-huit ans pour un squirrhe rameux du sein droit; quatre sutures profondes, neuf superficielles, plusieurs ligatures. Opération le 3 mars; enlèvement des sutures profondes le 6 mars; cinq pansements les 3, 4, 6, 9, 14 mars. Guérison le 20 ; 5° une chez une femme de trente-trois ans pour un fibro-adénome ulcéré du sein droit. Opération le 6 mars ; quatre sutures profondes enlevées le quatrième jour ; huit sutures superficielles enlevées le huitième jour ; cinq pansements ; guérison le 20 mars ; 6° une dernière chez une femme de dix-huit ans, pour un fibro-adénome du sein droit. L'opération était faite le vendredi ; le surlendemain, dimanche, l'interne annonce à M. Guyon, qui ne le crut pas, que la plaie était cicatrisée. Mais le mardi elle était complète. Il y avait deux sutures profondes et une superficielle. Pas de drain.

M. TRÉLAT présente un malade auquel il a enlevé 22 centimètres du nerf sciatique, le 17 novembre dernier, et dont il a entretenu la Société dans la séance du même jour. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, année 1875, page 1,094). Ce nerf, examiné par M. Cornil, était atteint de myxome. Aujourd'hui la plaie est complétement guérie depuis longtemps. Le malade peut marcher plusieurs fois par jour pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, et vient tous les matins se faire électriser à l'hôpital. Il y a un léger œdème du pied et une légère diminution du volume de la jambe. Le pied ne peut s'étendre ni se fléchir, et ballotte un peu latéralement. Il est insensible à l'excitation électrique. La température paraît un peu supérieure à celle de l'autre pied. L'anesthésie est totale dans les régions animées par le nerf sciatique, et incomplète dans le voisinage. Il s'est fait dans les muscles du membre inférieur une sorte d'équilibre qui permet au malade de marcher comme avec une jambe mécanique.

PRÉSENTATION DE PIÈCE PATHOLOGIQUE

Résection du calcanéum.— M. TRÉLAT a entretenu la Société, dans les séances du 24 février et du 3 mars 1875 (Voir *Gazette des Hôpitaux*, pages 189 et 214, année 1875), d'un malade auquel il avait pratiqué la résection du calcanéum. L'ulcération qui avait nécessité la première opération avait continué par suite de la pression de l'astragale sur la cicatrice et M. Trélat a dû faire l'amputation de la jambe ce matin. Il présente cette pièce à la Société, pour montrer les résultats de la résection du calcanéum faite depuis plus d'un an.

La Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum. — M. Huet (Joseph), préparateur de zoologie, chargé des fonctions de chef des travaux de taxidermie, est nommé aide-naturaliste près la chaire de mammalogie et ornithologie audit établissement, en remplacement de M. Milne-Edwards (Alphonse), nommé professeur titulaire.

— M. Cornu (Marie-Maxime), docteur ès sciences naturelles, aide-naturaliste de botanique, est chargé du cours de botanique (organographie et physiologie) audit établissement pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1875-1876.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Lefeuvre, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur d'anatomie (emploi nouveau).

M. Robiou du Pont, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé professeur de physiologie.

M. Petit, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Toulmouche, admis à la retraite.

M. Dayot, professeur adjoint de clinique externe, est nommé professeur titulaire de la 2e chaire de clinique externe (emploi nouveau).

M. Louveau, professeur adjoint d'histoire naturelle et matière médicale, est nommé titulaire de ladite chaire.

M. Regnault, professeur de thérapeutique, est nommé professeur de clinique interne (chaire nouvelle).

M. Pitois, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Regnault.

M. Bruté, suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie interne et d'accouchements, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Pitois.

— Les conférences cliniques sur les maladies de la peau, de M. le docteur Hillairet, à l'hôpital Saint-Louis, interrompues par la fête de l'Ascension, recommenceront jeudi prochain et se continueront les jeudis suivants jusqu'au 13 juillet.

L'hygiène dans la ville de Rome et dans la campagne romaine, par le docteur Petro BALLESTRA ; traduit de l'italien. — 1 vol. in-18 de 270 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33

Silicate acide, Arseniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc.), pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE, place des Terreaux, 9. — Bruxelles, pharmacie DUPUY, montagne de la Cour.

Liqueur de Carrié au tartrate

ferrico-potassico-ammoniaque.

La LIQUEUR DE CARRIÉ est la meilleure des préparations ferrugineuses pour combattre la **chlorose**, les migraines, les gastralgies. Toutes les fois que le sang a besoin de fer, cette liqueur doit avoir la préférence sur les autres ferrugineux, elle réussit mieux, l'estomac la supporte plus facilement et elle ne provoque **jamais de constipation.** — Le flacon, 3 francs, 38, rue de Bondy, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

A la même pharmacie, le **carton anti-asthmatique** de *Carrié*, la meilleure préparation connue jusqu'à ce jour. La preuve la plus frappante de son efficacité, c'est qu'elle a été admise à la page 653 du Codex de 1866, publié par ordre du gouvernement. — La boîte : 5 francs.

Pilules de Blancard, approuvées

par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40. Paris.*

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 milligrammes (1/2 milligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

NOTA. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé ($Ph. Zn^3$), sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Nous rappelons que les *Granules trois cachets* renferment, sous une couche de sucre, un noyau pilulaire exactement dosé et qui ne durcit pas, ce qui assure sa dissolution.

Comme ils contiennent tous des substances énergiques: arsenic, digitaline, morphine, etc., ils ne sont délivrés que sur ordonnance du médecin et ne portent aucune indication de doses ni d'usage.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre. DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ÉTABLISSEMENT THERMAL DU

Mont-Dore (PUY-DE-DOME).

Ouvert du 1er juin au 1er octobre.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot.

Laroche

Granules antimonio-ferreux et

antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards. Paris.

Bellevue (Seine-et-Oise),

A 20 MINUTES DE PARIS.

ÉTABLISSEMENT D'HYDROTHÉRAPIE

Traitement des maladies chroniques, particulièrement des maladies nerveuses. Eau de source. Vie confortable. Belles promenades, vue magnifique.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une élection et un comité secret ont encore abrégé cette séance, au point qu'il n'y a eu place que pour deux communications : une lecture de M. Dechaux (de Montluçon) sur les blessures des articulations, qui a été renvoyée à l'examen de la commission des correspondants, et un rapport de M. Devilliers sur les travaux communiqués dans le courant de l'année à la commission de l'hygiène de l'enfance. C'est pour la discussion des conclusions de ce rapport et des prix proposés par la commission que l'Académie s'est formée en comité secret.

L'élection a eu pour résultat la nomination de M. Willemin (de Vichy) au titre de correspondant national.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Des bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral (1).

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

II.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, les bains froids ont été employés pour la première fois par Brandt, mais dans une toute autre maladie que le rhumatisme, dans la fièvre typhoïde. Les malades étaient plongés pendant un quart d'heure dans un bain d'eau à 20 degrés : au bout de ce temps, on les en retirait pour les y plonger de nouveau dès que la température recommençait à s'élever. Des malades subissaient ainsi ce traitement huit, dix fois dans les vingt-quatre heures, et, au dire de Brandt, aucun ne succomba.

L'usage des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde fut introduit en France par M. Glénard (de Lyon), qui l'emprunta aux Allemands, durant les longs mois de captivité qu'il passa à Stettin. Dès que j'en eus connaissance, je m'empressai de l'expérimenter, et je dois dire que je lui dois des succès très-réels et complets. Depuis, Laure, Glénard, et avec eux toute l'école de Lyon y ont eu recours, et de plus, de nombreux travaux ont été faits sur ce sujet, travaux que M. Galtier, de Nîmes, a résumés dans la thèse inaugurale qu'il a soutenue récemment à Montpellier.

Il en fut de même en Allemagne, où les bains froids furent préconisés par la plupart des médecins, parmi lesquels Liebermeister et Wunderlich fils.

Enfin, j'ai pour ma part, par devers moi, neuf cas entièrement favorables à ce mode de traitement.

On m'a reproché d'avoir copié servilement la méthode de Brandt, mais, je vous le demande, comment voulait-on que je la jugeasse, sinon en l'appliquant servilement? On m'a objecté encore qu'il était cruel de plonger des malades aussi souffrants dans un bain froid, mais si nous nous arrêtions à ces considérations sentimentales, comment pourrions-nous faire de la médecine ou de la chirurgie? Oui, les premiers bains sont désagréables au malade, mais il réclame lui-même les autres. Nous avons eu à la salle Sainte-Jeanne une femme atteinte de fièvre typhoïde, qui, au moment d'entrer dans le bain, poussait de véritables hurlements, mais qui plus tard, en présence de l'amélioration qu'elle éprouvait, nous les demandait elle-même avec instance.

Par conséquent, je crois que la question des bains froids est jugée, en ce qui concerne les formes graves de la fièvre typhoïde. Le *consensus omnium* dit que c'est une excellente méthode. Il est certain que les résultats cités par Brandt ne sont pas très-exacts et que l'on perd quelques malades, mais de tous les moyens employés, il n'en est pas moins vrai que c'est de beaucoup le meilleur.

D'ailleurs, je ne partage pas les idées de Brandt, d'une façon aussi absolue que l'on a bien voulu le dire, car la température des bains que je prescris maintenant, n'est jamais inférieure à 23 degrés. Déjà il m'était arrivé, en 1854, alors que j'étais à la Salpêtrière, d'appliquer dans une épidémie de fièvre typhoïde, des bains tièdes qui me donnèrent d'excellents résultats. Mais je croyais produire simplement un apaisement du système nerveux, tandis que c'était évidemment à l'abaissement de la température qu'il fallait rattacher les résultats avantageux obtenus.

L'emploi des bains froids, dans la fièvre typhoïde, ne doit pas être fait d'une façon aveugle ; il est des contre-indications que l'on a citées et les principales sont les hémorrahagies intestinales. Suivant Wunderlich fils, Liebermeister et beaucoup d'autres, la principale et la plus fréquente, serait l'hémorrhagie intestinale. D'après ces divers auteurs le bain froid prédispo-

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 mai.

serait à cet accident, il le produirait même avec assez de facilité et en ce sens serait nuisible. Toutefois, Wunderlich et plusieurs auteurs s'accordent à dire que si les hémorrhagies sont alors plus fréquentes, elles ont généralement une issue moins funeste. Quant aux formes thoraciques, elles ne contre-indiquent nullement l'emploi du bain froid. J'ai observé, au contraire, des formes de ce genre que le bain froid a modifiées très-rapidement.

Je tenais à vous faire cette digression, pour vous donner une idée de l'efficacité des bains froids dans la fièvre typhoïde ; je reviens à mon sujet.

C'est M. Maurice Raynaud (1875), qui le premier employa les bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral. Après lui, MM. Féréol, Blachez, et d'autres médecins les ont appliqués avec succès, et plus récemment M. Colrat a rapporté (*Lyon medical*, 26 septembre 1875, p. 121), un exemple de guérison qui ne peut laisser aucun doute. Pour mon compte, je n'ai en ma possession qu'un seul fait de traitement des accidents cérébraux, dans le rhumatisme, par les bains froids. Il est même incomplet. Il s'agit d'un malade chez lequel j'avais été appelé en consultation pour des phénomènes cardiaques et des symptômes cérébraux graves, dans le cours d'un rhumatisme articulaire. Je prescrivis l'eau froide. Toutes les trois heures, le malade fut plongé dans un bain et le délire disparut. Mais la femme de cet individu, le croyant guéri, refusa de continuer le traitement, sous prétexte que les bains salissaient son appartement. Aussi, au bout de trente à trente-deux heures, quand je fus rappelé auprès du malade, le délire avait reparu plus intense que jamais, suivi d'un demi-coma. Je conseillai de nouveau de revenir aux bains froids, mais je ne sais ce qui en résulta, n'ayant pas eu occasion de revoir mon client.

Le cas qui fait l'objet de cette leçon, rentre dans la même catégorie que les précédents. Il impose, il est vrai, certaines réserves à propos de l'alcoolisme du malade, mais il prouve que la conduite tenue a été excellente ; il établit clairement qu'un individu atteint de délire dans le cours d'un rhumatisme aigu peut être placé, avec avantage ou tout au moins sans danger, dans des bains froids. Si donc, au point de vue scientifique, cette observation laisse à désirer, elle est probante au point de vue de la thérapeutique.

Si l'on n'avait agi vigoureusement, si l'on s'était contenté, en pensant que l'on avait à faire à un alcoolique, de prescrire l'opium, la belladone, la digitale, cet homme était certainement perdu, et je suis convaincu que c'est l'eau froide qui l'a sauvé.

M. Raynaud a été plus loin encore : il a pensé que l'on pouvait vraisemblablement appliquer au rhumatisme, sans complications cérébrales, le traitement par l'eau froide. Je ne suis pas éloigné de partager son opinion, mais les données nous manquent pour en juger suffisamment la valeur. Je pourrais cependant vous citer le cas d'un jeune homme atteint de rhumatisme articulaire localisé dans le genou, chez lequel j'ai obtenu la guérison au moyen d'une application de glace sur l'articulation.

Vous savez que, pour juger de la valeur d'un moyen, dans le traitement du rhumatisme, il est deux données dont il faut tenir compte, à savoir : la durée de la maladie et la plus ou moins grande fréquence des phénomènes cardiaques. Ici, les symptômes cardiaques étaient nés avant l'application du froid, mais ce qu'on peut dire, c'est qu'ils n'ont pas augmenté d'intensité à la suite de ce traitement. Le bruit de souffle que nous constations chez notre malade, existe toujours au premier temps et à la pointe, s'accompagnant d'un léger frémissement cataire. Peut-être le second bruit lui-même est-il un peu obscurci à la base, mais, en somme, il n'est résulté, par suite de l'application des bains froids, aucun phénomène grave du côté du cœur.

Quoi qu'il en soit, ce qui doit pour vous ressortir de ce fait, c'est qu'à partir de 39 degrés et une fraction, alors qu'il y a de l'agitation, de l'insomnie, de la céphalalgie, vous ne devez pas hésiter, dans le rhumatisme, à employer le traitement que je viens de vous indiquer. Vous le devez d'autant moins, que nous n'avons en thérapeutique aucun agent efficace, de quelque nature qu'il soit, pour combattre la méningo-encéphalite, le rhumatisme cérébral.

Certes, il faut de l'audace pour avoir recours à un semblable moyen, et c'est précisément pour cela que je vous fais cette leçon et que je n'hésite pas à vous couvrir de ma responsabilité, à me mettre en avant, à vous défendre au besoin. Si de pareilles circonstances s'offrent à vous, targuez-vous de ce qu'ont fait MM. Maurice Raynaud, Blachez, Féréol, Colrat, de ce que je viens de vous dire moi-même. Certainement il est regrettable que le cas que je viens de vous présenter ne soit pas parfaitement net, mais, tel qu'il est, il est déjà utile et témoigne qu'une élévation considérable de température dans le rhumatisme, alors qu'il existe des phénomènes nerveux, délire, coma, mouvements convulsifs, est une indication de l'emploi des bains froids.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

Passons maintenant à l'opération de Brasdor. Ce nom, comme vous le savez très-bien, est celui d'un chirurgien de Paris, qui, dit-on, avait l'habitude de recommander, dans ses leçons, la ligature de l'artère au-dessous du point où elle quitte le sac anévrysmal, mais il ne fit jamais cette opération. Desault, qui la recommande aussi dans ses *Œuvres chirurgicales* (II, p. 568), ne la fit pas non plus. Dans le seul cas favorable qu'il rencontra, qui était un anévrysme de l'axillaire, il n'osa pas opérer de peur de voir se produire la rupture du sac qui était fort mince, sous l'influence de l'accroissement de pression, qui, dans sa pensée, devait suivre l'opération. Le procédé indiqué par Brasdor et Desault consistait simplement à lier l'artère au-dessous du sac dans les anévrysmes de l'aisselle et de l'aine, parce que Desault la croyait inaccessible au-dessus. Cette opération fut traitée par Deschamps, mais sans succès, dans un cas où la fémorale primitive était oblitérée au-dessous du sac et où, par conséquent, le chirurgien eut beaucoup de peine à la reconnaître. Il semble cependant qu'il réussit à la comprendre dans une ligature avec quelques parties environnantes. On dit que Brasdor assistait à cette opération. Il fallut, peu de temps après, en venir à l'opération ancienne, mais le malade mourut. Cependant, je ne sache pas que les chirurgiens français aient indiqué les conditions dans lesquelles on peut compter sur le succès de la méthode de Brasdor, conditions qui consistent en ce que le tronc lié soit le seul vaisseau émergeant du sac. Ce point fut clairement expliqué par Hodgson dans son livre sur les maladies des artères et des

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 mai.

veines (1815, p. 291-2). Mais M. Wardrop est le premier qui ait pratiquement démontré la possibilité de faire cette opération avec succès dans la seule espèce d'anévrysme qui remplisse la condition voulue, c'est-à-dire l'anévrysme de la carotide.

Voici ce que dit Wardrop (p. 59) : « Quand j'ai appliqué pour la première fois une ligature sur l'artère en dehors de l'anévrysme, j'ai considéré que j'avais établi un principe important dans le traitement des anévrysmes, dans lesquels on ne peut pas placer de ligature du côté cardiaque de la tumeur, et quand, en même temps, aucune branche ne se trouve entre cette ligature et le cœur. » C'est également M. Wardrop qui a suggéré la possibilité, même dans des anévrysmes comme ceux de l'innominée, d'entraver suffisamment la circulation en liant la carotide et la troisième portion de la sous-clavière pour obtenir la guérison, malgré l'interposition des quatre grandes branches de la première portion entre la ligature et le cœur.

On peut juger, par le témoignage de Boyer, dans quel oubli était tombée la méthode proposée par Brasdor après les deux ou trois insuccès qu'elle éprouva, et dont M. Guthrie a donné les détails dans les leçons qu'il a faites dans ce collége. Voici ce qu'il est dit de la méthode de Brasdor, dans le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer (II, p. 236, 1845), édité par son fils le baron Ph. Boyer : « Cette opération a été verbalement proposée par Brasdor, professeur à l'ancien collége de chirurgie. Desault, dans ses leçons de pathologie et de médecine opératoire, avait coutume de discuter les chances de succès qu'elle peut offrir dans les anévrysmes inaccessibles à la méthode ordinaire; mais ce chirurgien célèbre n'a pas expérimenté la méthode quand l'occasion s'est présentée. »

Après avoir décrit l'opération de Deschamps, à laquelle assistait Brasdor, et qui était exactement celle qu'avait proposée Desault, l'éditeur ajoute, en note, que la proposition de Brasdor et l'idée de compression périphérique furent complétement oubliées, jusqu'à ce que Wardrop ait repris l'idée de l'opération périphérique. Puis il continue en ces termes : « Malgré les succès obtenus dans le quart à peu près des cas opérés, malgré la distinction importante établie par Wardrop entre les cas où il n'y a aucune collatérale entre la ligature et la tumeur, et ceux dans lesquels des collatérales existent, il faut avouer que cette opération présente de si grandes chances d'insuccès qu'elle ne doit pas être employée dans tout cas susceptible d'être traité autrement. »

Il est clair que l'opération décrite par Desault est dangereuse et incertaine; elle présente un grand nombre de dangers de l'ancienne opération d'Antyllus, sans être ni aussi complète ni aussi certaine, et dans l'état actuel de la médecine opératoire, elle ne trouve d'application précise que dans l'anévrysme de l'innominée. L'opération de Rossi ou de Hobart, qui consiste à lier la première portion de la sous-clavière et la carotide primitive pour un anévrysme supposé, purement innominé, est la stricte application de l'idée de Desault ou de Brasdor; mais aucun de ces chirurgiens n'a eu la pensée de lier une artère saine dans ses parties saines et à distance de la tumeur, comme l'a fait Wardrop pour des anévrysmes de la carotide; et bien moins encore songèrent-ils à la théorie nouvelle et ingénieuse, d'après laquelle ce chirurgien cherche à nous convaincre de la possibilité d'obtenir la coagulation d'un anévrysme de l'innominée, en liant la carotide dans sa partie saine et la troisième portion de la sous-clavière.

Afin de vous faire une idée des mérites du conseil de Wardrop dans les anévrysmes thoraciques, je me propose d'abord d'en discuter la théorie, puis de voir quel appui il trouve dans les faits pathologiques et dans l'expérience déjà acquise.

Examinons d'abord la théorie mécanique. Wardrop insiste avec beaucoup de force sur le fait trop souvent négligé de son temps et même encore aujourd'hui, je le crains, que la ligature d'une artère n'oppose qu'une barrière momentanée à la circulation, et que celle-ci est si vite rétablie par les voies collatérales, que l'immobilisation dans un anévrysme opéré par la méthode de Hunter, ne dure pas aussi longtemps que quelques-uns ont pu le croire. L'expérience directe prouve qu'il en est ainsi chez les animaux. Broca, dans son ouvrage sur les anévrysmes (p. 507), rapporte qu'une ligature fut placée sous la fémorale d'un chien, dans l'aine, la jambe fut amputée au genou, et l'on nota la distance à laquelle atteignit le jet de sang de l'artère, divisée pendant la systole et la diastole. La ligature fut alors serrée et, par suite, le jet de sang fourni par la poplitée fut arrêté pour un temps; mais au bout d'une minute, l'artère recommença à saigner, et, après cinq minutes, le jet, qui cependant n'était plus saccadé, atteignait le quart de la longueur primitive, malgré la diminution de la masse générale du sang. Porta (*Alteratione pathol. delle arterie*, p. 347) rapporte également une expérience faite sur un chien, prouvant qu'après la ligature de l'aorte abdominale, la circulation fut rétablie par les voies collatérales, au point qu'une injection de liquide poussée dans l'aorte pénétra dans les deux fémorales, et que cela put se constater presque immédiatement après l'opération. Wardrop lui-même a donné une preuve frappante de la rapidité avec laquelle la circulation se rétablit chez l'homme après la ligature d'un gros vaisseau. « Leur élargissement (des vaisseaux anastomotiques) se produit jusqu'à un certain point, immédiatement après la ligature du tronc. J'ai observé ce fait chez un enfant auquel j'avais lié la carotide. Je pus voir les branches de la temporale et de l'occipitale, placées sous des téguments délicats, s'élargir et prendre un développement considérable immédiatement après l'opération. » Et ce n'est pas là une observation isolée. Dans le cas de déligation temporaire de l'aorte abdominale, par M. Stokes (*Dublin Quaterley Journal*, aug. 1869), où l'artère fut comprimée à l'aide d'un instrument avec tant de force, qu'à l'autopsie on ne put y faire passer le moindre liquide; le pouls fut néanmoins perceptible dans la fémorale gauche neuf heures après l'application de l'instrument, bien que le malade fut mourant. Dans le cas de ligature de la sous-clavière par Earle (Londres, *Med. Gaz.*, vol. VI, p. 241), le pouls radial put être perçu deux heures et demie après l'opération. Dans le cas de ligature de la carotide et dans la trachiale deux jours après la ligature de la sous-clavière par Mott (*Amer. Journ. of med. sciences*, vol. III, p. 309. 1830), le pouls radial put être perçu le soir de l'opération. Dans le cas de double ligature de M. Heath (Heath : *On the treatment of intrathoracic aneurism by distal ligature*, p. 11), le pouls reparut dans la temporale le soir de la ligature de la sous-clavière. Dans le second cas de ligature de la carotide primitive de sir Astley Cooper (*Med. chir. Trans.*, vol. I, p. 272), l'artère fut liée avec deux ligatures et coupée entre: « Les pulsations de la tumeur ne cessèrent pas complétement, bien qu'elles fussent assez affaiblies pour être obscures. J'en conclus que c'était l'effet du retour du sang venant du cerveau par la carotide interne, conséquence des larges anastomoses qui existent entre les vaisseaux à l'intérieur du crâne. »

Ces faits suffisent à prouver que, chez l'homme aussi bien que chez les animaux, la circulation collatérale commence à se faire très-peu de temps (on pourrait même dire immédiate-

ment) après la ligature de l'artère, et que, dans quelques cas, elle a rapidement acquis un si grand développement, que le pouls a pu être senti le jour même de l'opération, à une grande distance de la ligature.

L'effet de cette division du courant sanguin est manifeste dans quelques cas d'opération par la méthode de Brasdor, par suite de ce fait remarquable, que la tumeur anévrysmale devient visiblement plus petite et plus flasque, au lieu de devenir plus tendue. La tension de la tumeur devrait nécessairement s'accroître aussitôt après l'opération, si de nouveaux déversoirs latéraux ne s'offraient pas auprès de l'obstacle qui a été opposé au cours du sang au-delà de la tumeur. Ce fait fut indiqué pour la première fois par Wardrop, qui le remarqua avec surprise, et il a été depuis vérifié maintes fois. Son absence, dans un cas d'anévrysme de l'innominée ou de la carotide, doit être considérée comme un signe fâcheux au point de vue de l'effet curatif de l'opération périphérique.

Nous voyons donc que le problème n'est pas seulement un problème mécanique, mais que les effets de la circulation collatérale et la rapidité probable avec laquelle elle se développera, doivent être pris en considération, et ce sont-là les points les plus importants de la question.

Wardrop, dans un traité original, indiqua la différence qui existe entre les cas où des branches se trouvent interposées entre la ligature et le sac, et les cas où ces branches n'existent pas. Hodgson avait également, comme nous l'avons déjà vu, noté précédemment ce même point.

Comme exemple des premiers nous pouvons prendre l'anévrysme purement carotidien, et comme exemple des seconds, l'anévrysme de l'innominée traité par la ligature simultanée de la carotide et de la troisième portion de la sous-clavière. Dans le cas d'anévrysme de la carotide, la ligature, l'artère au-dessous d'elle et le sac, sont également affranchis de la pression du sang par la dilatation des collatérales et la dérivation consécutive du courant sanguin qui passait précédemment, à travers la carotide maintenant liée, dans la sous-clavière du même côté et dans la carotide du côté opposé. Le raisonnement théorique semble donc montrer que, dans un semblable cas, le sac anévrysmal se trouve dans les mêmes conditions que la portion d'artère interposée entre la ligature et la première collatérale au-dessous de la ligature, et a par conséquent les mêmes chances d'occlusion. Il n'en est cependant pas tout à fait ainsi, comme bien des preuves le démontrent. Voyez, par exemple, cette préparation du musée de Saint-George's Hospital (S. VI., 147 ; et aussi la pièce 1584 A du Musée du Collége des chirurgiens). Il est certain que, même quand l'artère a été liée à la manière ordinaire avec un fil de soie et que par conséquent elle a été divisée par ulcération, la portion oblitérée n'est quelquefois que celle qui a été liée ; et, dans un cas semblable l'anévrysme lui-même peut n'être pas consolidé. Mais lorsque comme dans le premier cas d'Astley Cooper (voir les planches 1 et 2, fig. S in *Med. Chir. Trans.*, vol. I ; et aussi la pièce n° 1585 du Musée du Collége), le caillot s'étend à toute la longueur du vaisseau au-dessus de la ligature, jusque dans l'innominée ; je ne vois pas pourquoi la même chose ne pourrait pas arriver en supposant qu'une portion de la carotide soit affectée d'anévrysme. Il est de fait qu'à en juger par la tendance connue du sang à se coaguler dans les tumeurs anévrysmales, il semblerait que c'est ainsi que les choses doivent se passer.

Je ne crois donc pas qu'il y ait le moindre doute, qu'étant donné un anévrysme limité à la racine de la carotide, l'opération de Brasdor ne puisse raisonnablement en amener la guérison radicale ; et lorsque plus tard je vous parlerai des anévrysmes de la carotide, j'espère vous fournir des preuves pratiques du succès de l'opération.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LES FONCTIONS DES NERFS SENSITIFS

Par M. Charles Richet.

Les phénomènes de la sensibilité sont plus difficiles à apprécier que les phénomènes de la motricité des nerfs, et, nous n'avons guère de critérium absolu pour savoir si un animal sent ou ne sent pas. Afin de mieux préciser ces phénomènes, j'ai essayé d'empoisonner des grenouilles avec une dose légère de strychnine. Dans ces conditions, la moindre excitation de la peau provoque un tétanos généralisé qui est très-facile à vérifier. Toutefois, il faut remarquer que cette action réflexe énergique ne nous indique pas l'état de toutes les sensibilités, mais seulement de la sensibilité excito-motrice. Déjà Volkmann avait remarqué que l'attouchement d'un nerf, chez une grenouille strychnisée, ne provoquait pas de tétanos, quand l'attouchement de la peau était immédiatement suivi de convulsions générales. Cette expérience est facile à répéter. J'ai même pu, en approchant un fer rouge du nerf, le détruire complétement, sans qu'il y ait d'action réflexe. Il en est de même pour la peau qu'on peut, pourvu qu'on ait bien soin de ne pas la toucher, brûler sans exciter la réaction de la moelle. Cette restriction faite, nous dirons que la strychnine est le meilleur moyen de reconnaître s'il y a ou non sensibilité.

Pour étudier les phénomènes consécutifs à la mort naturelle du nerf, par privation de sang, on peut faire la section complète de la cuisse, dont on ne conserve que le nerf sciatique, qui est seul à relier la cuisse au reste du corps. On voit alors une légère période de surexcitation, bientôt suivie d'une diminution graduelle de la sensibilité, qui disparaît de la périphérie aux centres, ainsi que l'a si bien étudié M. Claude Bernard. Quand les excitants ordinaires, contact, déchirure, brûlure, agents chimiques, sont impuissants, l'électricité est encore apte à stimuler le nerf : on peut donc dire que la sensibilité à l'électricité persiste, alors que le nerf ne peut plus être excité par les autres agents physiques et chimiques.

Sur une grenouille préparée de cette manière, la mort du nerf survient sept à huit heures après la privation du sang. Ces résultats sont différents de ceux que M. Brown-Sequard a obtenus chez des chiens et des cochons d'Inde. Chez ces mammifères, la mort du nerf survient au bout de trente-cinq à quarante minutes d'anoxhémie, tandis que chez les grenouilles, la mort est douze à quinze fois plus lente. Mais le fait est très-naturel et tout à fait en rapport avec la diversité des phénomènes de nutrition moléculaire, chez les animaux à sang chaud et les animaux à sang froid.

Le nerf sensitif meurt avant le nerf moteur, car alors que l'excitation du nerf anémié ne provoque plus de tétanos, l'excitation d'un nerf sain provoque un tétanos général, portant aussi bien sur la patte anémiée que sur le reste du corps. Donc le nerf mixte se trouve à ce moment paralysé de la sensibilité, et cependant il peut encore transmettre au muscle des excitations motrices.

On peut hâter la mort du nerf, non-seulement en électrisant le nerf lui-même, mais encore en excitant pendant quelque temps avec de forts courants d'induction un point quelconque de sa périphérie. Il semble qu'il y ait dans ce cas une série de *courants nerveux*, qui épuisent la sensibilité du nerf. Évidemment, ce n'est là qu'une forme de langage, mais on ne peut expliquer autrement ce fait que le nerf n'est pas, en apparence du moins, épuisé après les décharges transmises au centre, mais que son épuisement final arrive plus vite, comme s'il avait été fatigué par cette suite ininterrompue de courants nerveux, transmis des extrémités à la moelle.

Enfin, on peut étudier l'action toute différente des excitants sensibles selon leur intensité. Voici quelles sont les lois de la réaction sensible, selon l'intensité de l'excitant, en supposant une série successive d'excitations égales entre elles.

1° La sensibilité va en s'accroissant, si l'excitant est faible.

2° La sensibilité subit des alternatives de décroissance et d'augmentation, si l'excitant est de moyenne intensité.

3° La sensibilité va en décroissant, si l'excitant est fort.

Ces trois propositions peuvent se vérifier sur l'homme, et non-seulement pour l'excitation électrique, mais aussi pour des excitations différentes.

Pour la pression, je me suis servi d'une pince à pression graduée, que M. Collin m'a construite. Si l'on prend un repli de la peau entre les deux branches de cette pince, et qu'on serre modérément, la douleur d'abord vive, ira en augmentant au point de devenir intolérable, quoique la pression reste au même point. C'est le cas des excitations faibles. Dans les excitations fortes, au contraire, le nerf ne tarde pas à être détruit et la sensibilité épuisée.

Mais c'est avec l'électricité que l'on en obtient la démonstration la plus évidente. Pour cela, il faut se servir de pointes électriques, et j'ai fait construire à ce sujet un compas dont les deux branches sont isolées. Si l'excitation est faible au début, et que l'on continue sans augmenter, cette même excitation finira par devenir intolérable.

Pour l'excitation avec des courants d'intensité moyenne ou d'intensité forte, on ne peut se servir de pointes qui sont trop douloureuses, il faut employer des rhéophores plats. Si l'intensité est moyenne, quoique constante, les effets seront inconstants, c'est-à-dire que la sensibilité sera tantôt redoublée et tantôt diminuée, et présentera des alternatives presque rhythmiques. Si, au contraire, l'excitation est forte, les nerfs de la région excitée seront épuisés, et l'électrisation sera bien tolérée. On peut démontrer qu'il y a bien là un phénomène d'épuisement nerveux, car en déplaçant les rhéophores, et en les appliquant en une autre région, on produit tout d'abord une douleur presque insupportable, qui ne tarde pas à se calmer.

Il était intéressant de rechercher si les nerfs moteurs ne se comportaient pas d'une manière analogue. Chez la grenouille, cette assimilation n'existe pas, mais sur les nerfs et les muscles de la pince de l'écrevisse, que j'ai soumis à de nombreuses expériences, on voit très-bien cette réaction du nerf varier selon l'intensité de l'excitant. En se servant de courants induits faibles, la réaction, nulle au début, survient lentement, et l'excitabilité du nerf ne tarde pas à s'exagérer peu à peu; avec des courants induits forts, la contraction est instantanée, mais l'excitabilité va en décroissant. Enfin, et c'est un phénomène spécial aux muscles de cet invertébré, avec des courants induits de moyenne intensité, on obtient un tétanos rhythmique, oscillatoire pour ainsi dire, qui va en s'élevant et en s'abaissant, suivant certaines périodes bien cadencées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mai 1876. — Présidence de M. Chatin.

PRÉSENTATIONS

M. AMÉDÉE LATOUR présente une série de brochures sur des sujets divers de la part de M. Rippoll (de Toulouse), candidat au titre de membre correspondant national.

M. GUÉNEAU DE MUSSY, au nom de M. Galezowski, présente un ouvrage intitulé : *Atlas d'ophthalmoscopie.*

M. LARREY présente, au nom de M. Leclerc, le deuxième volume d'un ouvrage intitulé : *Histoire de la médecine arabe.*

M. DOLBEAU, au nom de M. Abadie, offre en hommage le premier volume d'un *Traité des maladies des yeux.*

M. BOULEY présente, au nom de M. Mégnin, deux brochures sur des sujets de médecine vétérinaire.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national.

La liste de présentation portait :

1° En première ligne, M. Willemin (de Vichy).

2° En deuxième ligne, M. Berchon (de Pauillac).

3° En troisième *ex æquo*, MM. Dechaux (de Montluçon), Laussedat (de Moulins), Mignot (de Chantelle, Allier), Nivet (de Clermont-Ferrand).

M. Willemin, ayant obtenu a majorité des suffrages, est proclamé élu.

LECTURE

M. DECHAUX (de Montluçon) donne lecture d'un travail sur les plaies pénétrantes des articulations. (Renvoyé à la commission des correspondants.)

RAPPORT

Hygiène de l'enfance. — M. DEVILLIERS, au nom de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance, donne lecture du rapport annuel sur les travaux qui lui ont été adressés pour l'année 1875. Dans une première partie, M. le rapporteur expose le résumé des tableaux statistiques destinés à répondre au programme de l'Académie, et des mémoires manuscrits ou imprimés ayant trait à ce programme ou à diverses questions afférentes à l'hygiène de la première enfance.

La seconde partie est consacrée à l'examen des mémoires manuscrits qui ont été envoyés au concours pour le prix de 1,200 francs fondé sur la question posée par la commission.

M. le rapporteur termine la première partie de son rapport par l'expression des vœux suivants, qui se trouvent formulés dans les documents communiqués à l'Académie :

1° La nécessité absolue d'exiger l'exécution stricte de la loi en ce qui concerne la déclaration et la constatation des décès par des hommes de l'art, seul moyen d'éviter les infanticides par omission ou commission et d'empêcher les fausses déclarations.

2° La nécessité de rétablir les tours, si l'on ne veut pas voir augmenter le décès des enfants illégitimes.

3° L'opportunité d'élever le taux des secours à allouer aux mères nourrices pauvres et aux filles mères qui allaitent.

4° Partout l'indispensable nécessité d'une surveillance active des nourrices et de toutes les personnes chargées d'élever des enfants, et par conséquent insistance pour une exécution prompte et complète de la loi sur la protection des enfants en bas âge.

5° Publication aussi large, aussi étendue que possible des conseils élémentaires aux mères et aux nourrices.

6° Recherche des moyens propres à assurer les gages des nourrices qui emportent des enfants à la campagne, afin de diminuer encore les chances des maladies et de mort de ces enfants.

7° Modifications à apporter à l'article 340 du Code civil, qui défend la recherche de la paternité et est cause de l'abandon de tant de femmes et de la mort d'un grand nombre d'enfants restés sans secours.

Les conditions de la deuxième partie du rapport sont réservées pour être lues et discutées en comité secret.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

V

M. de Nussbaum étudie enfin et énumère les diverses pièces qui constituent le pansement de Lister. Cet appareil est sans doute bien connu, mais le chirurgien de Munich entre dans un certain nombre de détails que nous n'avons point vus mettre en pratique par tous ceux qui appliquent le pansement anglais, et y joint plusieurs recommandations de quelque importance dans la chirurgie hospitalière.

1° Avec la solution suivante, le chirurgien et les aides doivent, *avant chaque opération, chaque pansement quotidien*, se laver les mains. Cette même solution servira à laver la région sur laquelle l'opération doit être pratiquée (operationsfeld, le champ de l'opé-

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 mai.

ration); avant l'opération tous les instruments, bistouris, canules, sondes, etc., séjourneront dans le mélange :

Rp. Acide carbolique cristall. pur. 50,0
Eau distillée 950,0

désignée sous le nom de *solution d'acide carbolique à* 5 pour 100.

2° *Plusieurs bouteilles de la solution d'acide carbolique à* 2 pour 100 (Carbolwasser).

Rp. Acide carbolique cristall. pur. 25,0
Eau distillée 975,0

L'eau carbolique est destinée à mouiller les pièces de l'appareil, à laver les blessures, à remplir l'appareil de Richardson.

3° *L'huile carbolique* à 5 pour 100.

Rp. Acide carbolique cristall. pur. 5,0
Huile d'olives pure. 95,0

Cette huile servira à enduire les sondes, spéculum, etc., les doigts de l'explorateur.

4° *L'huile carbolique* à 1 pour 100.

R. Acide carbolique cristall. pur. 10,0
Huile d'olives pure. 90,0

employée pour le pansement des plaies profondes (ablation de séquestres, tumeurs, etc.)

5° *Deux pulvérisateurs de Richardson.*

L'auteur donne la préférence au pulvérisateur de Lister, construit en fer blanc, ayant la forme d'une lanterne, facile à démonter, moins susceptible de dérangement, mais coûtant beaucoup plus cher que celui de Richardson (environ 60 à 70 florins, ou près de 150 francs pièce).

6° *Silk* ou mieux *protective.*

C'est le taffetas ciré vert, très-fin, que l'on met immédiatement sur la plaie. On le trempe dans l'eau carbolique avant de l'appliquer. Comme ce taffetas ciré ne pourrait se mouiller, s'imbiber et devenir ainsi antiseptique, on l'enduit d'un mélange dans lequel entrent :

1 partie de dextrine;
2 parties d'amyle;
16 parties d'une solution d'acide carbolique à 5 pour 100 (1).

7° *La gaze antiseptique.*

C'est l'étoffe qui constitue la partie originale du pansement de Lister. La préparation de la gaze antiseptique est assez compliquée.

La gaze de coton est coupée en morceaux de 6 mètres de longueur sur 1 mètre de large, et chauffée pendant deux ou trois heures dans de l'eau bouillante, contenue dans une boîte d'étain. Puis on étend cette étoffe sur des planches et on la mouille avec le mélange suivant :

1 partie d'acide carbolique cristallisé;
5 parties de résine commune;
7 parties de paraffine compacte.

La résine a pour but d'empêcher la vaporisation de l'acide carbolique, et la paraffine donne de la consistance à l'étoffe qui resterait molle sans la présence de cette substance.

On place alors de nouveau cette étoffe, ainsi mouillée, dans la boîte d'étain, durant deux ou trois heures, en ayant soin de mettre des poids dessus pour que le mélange pénètre bien toute la masse et toutes les parties de l'étoffe.

Cette étoffe-lien est conservée, une fois séchée, dans du papier parchemin.

Des morceaux de cette étoffe, grands six ou huit fois comme la main, sont trempés, pendant l'application de l'appareil, dans l'eau carbolique et placés directement ensuite sur le *silk*. C'est ce que l'on appelle la *gaze perdue*. On applique alors sur cela huit feuilles sèches, qui doivent dépasser de tous côtés le champ de l'opération : entre la septième et la huitième feuille on met le *makintosch*, et tout l'appareil est maintenu par des liens de gaze antiseptique, larges comme la main.

(1) Nous ne saurions oublier de rappeler ici que, dès 1867, M. le professeur Verneuil, dans son service de l'hôpital Lariboisière, préoccupé de cette grave question du pansement des plaies, appliquait notamment sur les plaies, en communication avec le foyer des fractures compliquées des membres, un morceau de baudruche, en ayant soin de faire adhérer les bords de cette baudruche à la peau saine voisine par l'application du collodion. Des compresses imprégnées d'eau alcoolisée et phéniquée étaient placées sur la plaie ainsi protégée, et l'appareil de contention était appliqué ensuite. Ce pansement n'était levé qu'au bout de deux ou trois jours au moins; il a donné d'excellents résultats dans les fractures graves, fractures de la cuisse compliquées de plaies par exemple.

8° *Le makintosch* est un tissu imperméable fait de coton et de caoutchouc. On le met, avons-nous dit, entre les deux dernières feuilles de la gaze antiseptique, coupé sur une longueur et une largeur un peu moins grande que la gaze. A sa place, on peut mettre du papier gutta-percha.

Cette étoffe a pour but de s'opposer à ce que le pus se fasse jour jusqu'à la superficie de l'appareil, et se décompose à l'air. La présence du *makintosch* force le pus à s'étendre de tous côtés dans la gaze, qui le pompe et le désinfecte. Si le pus apparaît cependant tout à fait à la superficie de l'appareil, c'est-à-dire l'imbibe en entier, il est temps de renouveler le pansement.

9° *Le catgut.*

C'est là l'invention capitale de Lister. C'est une sorte de gros fil fait en boyau de mouton; on ne peut employer celui que l'on trouve dans le commerce.

Ce boyau de mouton est d'abord mis, pendant deux ou trois mois, dans une émulsion composée de cinq parties d'une huile grasse, et d'une partie d'acide carbolique fluide (pour avoir cet acide fluide on ajoute 10 pour 100 d'eau à l'acide carbolique cristallisé).

Le catgut est ensuite conservé, jusqu'à l'emploi, [dans l'huile carbolique.

Vous savez qu'il sert, dit Nussbaum, à lier les artères, à rapprocher les lèvres des plaies; que l'on peut couper très-court ce fil de ligature; qu'on l'abandonne à lui-même, sans plus s'en occuper, puisqu'il ne joue pas le rôle de corps étranger dans la plaie. J'en fais grand usage dans les ovariotomies.

10° *Ouate salicylique.*

La ouate ainsi nommée n'appartient pas à vrai dire au pansement de Lister.

On la prépare de la manière suivante :

La ouate est d'abord dégraissée, en la faisant bouillir et en la lessivant dans l'eau.

Puis, on prend, par exemple, 10 kilogrammes de cette ouate dégraissée et on la met partie par partie sous un pressoir, qui la comprime médiocrement, dans le mélange suivant :

1 kilogramme d'acide salicylique additionné de 1,000 grammes d'alcool d'un poids spécifique de 0,0830;
60 kilogrammes d'eau à 80 degrés (centig.).

Quand la ouate a séjourné quelques heures dans ce mélange, on l'étend sur des planches, on la sèche, et on la conserve dans du papier.

C'est la ouate salicylique à 10 pour 100 (on peut la préparer ainsi avec un mélange à 3, 4, 11 pour 100 d'acide salicylique).

J'emploie surtout cette ouate, dit toujours M. Nussbaum que nous suivons dans cette énumération, pour pouvoir mieux accommoder le pansement de Lister au corps des malades. Si ce pansement, en effet, laisse des vides entre la peau du patient et les liens, il n'a plus aucune valeur, parce que les ferments atmosphériques pénètrent dans le pansement, se fixent sur la plaie, etc. Par l'application de la ouate ces inconvénients sont conjurés, et le pansement de Lister lui-même, dont les règles ne sont point faciles à observer sans quelque expérience, devient d'un emploi plus commode pour les praticiens (1).

Pour M. Nussbaum le mélange de l'acide carbolique et de l'acide salicylique a une double valeur contre les *ferments.*

11° *Éponges carboliques.*

Ces éponges de différentes tailles seront bien battues, pour être privées de sable et de petites pierres; elles seront lavées dans l'eau tiède distillée, et conservées, quelque temps avant leur emploi dans les opérations, dans une solution d'acide carbolique à 5 pour 100.

12° *Drains.*

Le drainage des plaies d'opération est généralement pratiqué par

(1) A rapprocher des *pansements à l'ouate* dont l'inventeur n'est naturellement point nommé.

Lister lui-même ; ce chirurgien applique le drain dans le fond de la plaie, en ayant soin de le fixer aux lèvres par du fil de ligature ; il réunit enfin les lèvres de la plaie sur le drain ainsi profondément fixé. Tous les drains sont eux-mêmes conservés et nettoyés dans l'eau carbolique.

13° *Soie antiseptique.*

Le chirurgien de Munich remplace souvent le *catgut* par la soie de ce nom.

Des fils de belle soie, de différentes grosseurs sont trempés, durant une heure dans un mélange de 1 partie d'acide carbolique et de 10 parties de cire d'abeilles, légèrement passée à travers un morceau de toile. On les conserve ensuite quand ils sont secs dans un flacon (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Avis. — *Inscriptions de juillet* 1876. — *Examens de fin d'année.* — Le doyen a l'honneur de porter à la connaissance de MM. les étudiants, les dispositions suivantes, relatives aux inscriptions de juillet et aux examens de fin d'année :

1° *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le lundi 5 juillet et clos le jeudi 20, terme de rigueur.

Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures du matin et de une heure à quatre heures.

2° *Examens de fin d'année. — Consignations.* — Les examens de fin d'année commenceront le jeudi 6 juillet.

MM. les étudiants actuellement pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions et qui n'ont pas subi les examens de fin d'année correspondant à ces inscriptions ou qui ont échoué à ces examens, devront consigner pour ces examens, pendant le mois de juin (les vendredis et samedis de une heure à quatre heures).

Les élèves qui ont 3 ou 7 inscriptions devront consigner pour le 1er ou le 2e examen de fin d'année, du 3 au 6 juillet, en prenant la 4e ou la 8e inscription.

Les élèves qui ont 11 inscriptions devront consigner pour le 3e examen de fin d'année du 10 au 14 juillet, en prenant la 12e inscription.

MM. les étudiants de quatrième année pourront prendre l'inscription du trimestre jusqu'au 20 juillet.

Le prix de chaque inscription est de 32 fr. 50, plus 25 centimes pour le timbre de la quittance détachée du registre à souche.

Le droit à payer pour les examens de fin d'année est de 30 francs, plus 25 centimes pour le timbre de la quittance.

Les consignations pour les examens de doctorat continueront à être reçues les vendredis et samedis, de une heure à 2 heures, dans les conditions déterminées par l'avis publié dans le mois d'avril dernier.

L'administration de la Faculté rappelle à MM. les étudiants que toute somme qui leur est réclamée, pour quelque cause que ce soit, ne doit être versée qu'à la caisse de la Faculté, et en échange d'une quittance détachée du registre à souche; elle croit devoir également leur rappeler qu'ils sont tenus, aux termes des règlements, d'inscrire eux-mêmes sur un registre spécial (carnet d'inscription ou de consignation, selon le cas), les sommes qu'ils ont versées, en indiquant exactement l'emploi auquel ces sommes sont destinées.

— MM. les docteurs Bourneville, Delpech et Levraud, viennent d'être élus membres du conseil municipal de Paris.

— *Excursions scientifiques.* — M. Maxime Cornu fera sa prochaine excursion, pour l'étude et la recherche des plantes cryptogames, le dimanche 4 juin, dans le bois de Meudon.

Rendez-vous à la station de Meudon à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Montparnasse), à 11 heures du matin.

— M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique, le dimanche 4 juin 1876, à Varrèdes, Étrépilly et Penchard.

On se réunira à la gare de l'Est, où l'on prendra à sept heures cinq minutes, le train pour Meaux.

— M. Hébert fera, du samedi 3 juin au mardi 6, une excursion géologique à Dormans, Rilly, Reims, Soissons, Crépy et Beauvais.

Rendez-vous à la gare de l'Est, le samedi 3 juin, à six heure trois quarts précises du matin. — Le registre d'inscription est ouvert au cabinet de géologie de la Faculté des sciences.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de pathologie générale. Les grands processus morbides, par J.-J. Picot, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours. — Tome Ier et tome II, fascicule 1 avec figures dans le texte. Prix : 20 francs. L'ouvrage complet (2 volumes) coûtera 30 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Traité des maladies des yeux, par le docteur Ch. Abadie, ancien interne des hôpitaux. Tome Ier. — 1 vol. in-8° de 500 pages. Prix : 10 francs. — Paris, 1876, Octave Doin.

De la sensibilité générale et de ses altérations dans les affections mélancoliques, par le docteur Semol. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

De l'influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sur la phthisie pulmonaire, et réciproquement, par le docteur F. Ortega. — In-8° de 195 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Le système séreux. Anatomie et physiologie, par le docteur L. H. Farabeuf, prosecteur de la Faculté. — In-8° de 120 pages, avec planches en lithographie. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

De la fissure à l'anus, par le docteur Ducamp. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

(1) A Strasbourg, à Munich, à Vienne, etc., les hôpitaux font généralement venir les pièces du pansement de Lister de la fabrique internationale d'objets de pansement à Schaffouse.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeur fœtale sacro-coccygienne chez une jeune fille de quinze ou seize ans.

Nous avons vu dans le service de M. le professeur Broca, à l'hôpital des Cliniques, un fait très-curieux de tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne chez une jeune fille de quinze ou seize ans, tumeur que M. Broca a reconnu être un kyste fœtal et dont il a pratiqué l'ablation.

Voici à quels signes M. Broca avait diagnostiqué une tumeur fœtale.

Disons d'abord qu'il s'agissait d'une tumeur mollasse, du volume d'un petit poing d'adulte environ, d'une forme assez irrégulière, grossièrement pyriforme, sans altération de la peau dont la teinte gris brunâtre tranchait sur la couleur de celle du sujet — que nous pouvons appeler dès à présent l'autosite. — Cette tumeur, située au niveau de la région sacro-coccygienne externe, qu'elle recouvrait presque tout entière, semblait constituée à l'intérieur par un tissu mollasse, au milieu duquel on sentait distinctement une petite partie osseuse mobile. Il était certain que cette petite partie osseuse n'était ni une prolongation caudale, ni une portion détachée du sacrum ou du coccyx; on constatait, par une exploration attentive, l'intégrité complète et la conformation normale de ces deux pièces osseuses. Cette dernière circonstance écartait aussi naturellement toute idée de spina-bifida. Le seul fait de la présence, dans cette tumeur, d'un os qui n'appartenait point au squelette du sujet, joint à la circonstance du siége spécial de cette tumeur, avait suffi pour faire porter par M. Broca le diagnostic de tumeur fœtale. Il y avait là manifestement une soudure, par la partie postérieure et inférieure de la colonne vertébrale, de deux individus, dont l'un s'était développé, tandis que l'autre était resté à l'état d'embryon parasitaire informe.

Une fois ce diagnostic porté, la question pratique était de débarrasser la jeune fille de cet hôte incommode et gênant. Mais comme il n'était pas possible de déterminer bien exactement, par la seule palpation, les connexions qui existaient entre les deux individus, entre l'autosite et le parasite, et qu'il est difficile de juger *à priori* de leur étendue et de leurs limites respectives précises, M. Broca jugea à propos, malgré ses préférences pour la méthode galvano-caustique, d'employer ici le bistouri et de procéder à l'ablation de cette tumeur par une dissection attentive, afin de se bien rendre compte, à mesure, de ce qu'il devrait laisser ou enlever. La précaution était bonne; en effet, l'un des moyens de connexion, le principal pour le parasite, celui qui lui procurait les éléments d'entretien et de développement, était un prolongement de l'artère sacrée moyenne, dont le volume était notablement augmenté. Il fallut en faire la ligature avant de procéder à l'ablation complète de la tumeur.

Cette tumeur, une fois extraite, M. Broca en a fait un examen attentif qui lui a fait constater l'existence de plusieurs petits kystes contenant des éléments anatomiques très-distincts; par exemple : un véritable tissu muqueux avec épithélium vibratile, rappelant parfaitement la texture des muqueuses des voies aériennes, l'os dont on avait constaté la présence avant l'ablation et quelques petites parcelles de cartilages, qui constituaient comme des traces des éléments de la paroi thoracique, du tissu connectif et du tissu musculeux. Il n'y avait aucune apparence de tissu nerveux.

Cette pièce, dont nous n'indiquons ici que les principales particularités, sera très-probablement l'objet d'une description complète et détaillée, qui reviendra sans doute sous nos yeux.

Il serait également trop long de reproduire en ce moment les considérations de tératologie très-intéressantes que M. Broca a présentées à l'occasion de ce fait. Nous nous bornerons seulement, pour l'instant, à rappeler que plusieurs exemples semblables de ce genre de monstruosité, désignée, dans la classification d'Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, sous le nom de monstres doubles endocymiens, se sont présentés dans un espace de temps relativement assez court dans le service voisin de la clinique d'accouchement. Nous citerons notamment le cas rapporté par M. de Soyre dans les *Archives de tocologie* de 1874, dans lequel il s'agit d'un enfant né à sept mois et qui portait appendu à la région coccygienne une tumeur volumineuse, contenant également, au milieu de tissus divers dans lesquels on pouvait distinguer une partie pulpeuse analogue à la substance cérébrale, des éléments cartilagineux et osseux, du tissu musculaire, des filets nerveux, des capillaires, de l'épithélium pavimenteux, des cellules embryoplastiques, etc.

Un fait à peu près semblable s'était également présenté dans le service de M. Depaul quelque temps auparavant. Dans la même communication, M. de Soyre rapporte un troisième fait

qui lui a été communiqué par M. le docteur Charpentier. Cinq observations de même genre ont été rapportées dans la thèse de M. Molk (de Strasbourg). Enfin, nous rappellerons l'intéressant mémoire publié en 1862 dans les *Archives de médecine*, par M. le docteur Constantin Paul, qui a réuni vingt-huit observations d'inclusion fœtale située dans la région sacro-périnéale.

De l'importance qu'il y a à se rendre toujours exactement compte de la présentation dans les cas d'application du forceps.

Il semblerait, au premier abord, superflu d'énoncer une pareille proposition, tant c'est un précepte naturel et presque banal de ne rien livrer au hasard dans la pratique obstétricale. Et cependant, on a encore trop souvent des occasions de constater des infractions regrettables à cette règle si simple. C'est surtout à la Clinique d'accouchement qu'on a les occasions de voir les tristes résultats de la négligence ou de l'impéritie en pareille matière.

Voici deux faits qui se sont présentés à peu près simultanément à la Clinique. L'un montre ce qu'il faut faire, et l'autre ce qu'il convient d'éviter.

Dans le courant d'avril, M. Depaul a eu à faire un accouchement prématuré, pour un cas de rétrécissement du bassin, à sept mois et demi de grossesse. Après l'application préalable des moyens dilatateurs et des douches pour obtenir un commencement de travail, le col, une fois suffisamment dilaté, l'examen fit reconnaître une présentation occipito-iliaque droite postérieure (présentation de la face); la tête était retenue par le détroit supérieur. Le forceps appliqué, M. Depaul opéra d'abord quelques tractions directes, puis la tête une fois engagée dans l'excavation, ne perdant pas de vue qu'il avait affaire à une présentation de la face, il fit tourner la tête avec le forceps, de manière à amener l'occiput en avant. Grâce à cette manœuvre la tête fut amenée au dehors en quelques minutes, et l'extraction complète de l'enfant s'opéra avec facilité. Un peu étourdi d'abord, il fut facilement ranimé.

Le diamètre bi-pariétal mesuré aussitôt après la naissance présentait près de 8 centimètres et demi. Or le bassin dont on avait pris avec soin les mesures, avant l'accouchement, n'avait que 7 centimètres et demi. Il avait fallu, par conséquent, pour amener cette tête au dehors, obtenir sur son plus grand diamètre une réduction de 1 centimètre. C'est ce que l'on avait obtenu ici par le forceps et sans dommage sensible pour la mère ni pour l'enfant.

En somme, le résultat avait été complétement satisfaisant, malgré les difficultés multiples qui se présentaient : rétrécissement du bassin, présentation de la face. L'enfant avait été retiré vivant et dans d'assez bonnes conditions, qui permettent d'espérer qu'il continuera à vivre; la mère était bien les jours qui suivirent l'opération; et tout cela grâce à une détermination exacte des conditions de la présentation, et aux manœuvres habilement exécutées que commandait cette présentation.

A côté de ce fait, en voici un qui en donne, en quelque sorte, la contre-partie.

Une femme était amenée à la Clinique après des tentatives multipliées et infructueuses d'applications de forceps, faites en ville; elle présentait des désordres énormes des parties génitales externes, qui ne témoignaient que trop de ces tentatives multipliées. Voici ce qui s'était passé. La sage-femme qui avait d'abord assisté cette femme dans les premières périodes de l'accouchement, ayant reconnu une présentation anormale, avait fait appeler un médecin. Celui-ci avait aussitôt fait trois applications successives de forceps sans résultat. C'est à la suite de ces tentatives infructueuses que cette femme fut amenée à la Clinique.

C'était une primipare, bien constituée et bien conformée. M. Depaul, en l'examinant, constata une présentation de la face, le menton en arrière et à droite. Il n'y avait aucun vice de conformation du bassin. L'enfant était très-volumineux; il avait cessé de vivre. M. Depaul fit aussitôt une application de forceps, il essaya, à l'aide de cet instrument, de ramener le menton en avant; ce mouvement de rotation s'exécuta avec une très-grande facilité, puis l'accouchement s'accomplit le plus simplement du monde. L'enfant, bien constitué, pesait 4 kilogr. 120 grammes. Il était mort, malheureusement, ainsi qu'on l'avait déjà reconnu par l'auscultation.

Eut-il été plus difficile de faire, l'enfant étant vivant, la manœuvre qui a si bien réussi après qu'il avait cessé de vivre? Assurément non. Si, lorsqu'on a fait la première application du forceps, on s'était d'abord rendu compte exactement de la position, on aurait du premier coup, en exécutant avec le forceps la manœuvre que nous venons d'indiquer, amené l'enfant vivant et délivré la mère, sans déterminer chez elle aucune lésion.

Le simple rapprochement de ces deux faits nous a paru renfermer un enseignement qu'il était bon de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Épilepsie par action réflexe de calculs bronchiques.

M. le docteur Charpignon (d'Orléans), à l'occasion du fait rapporté dans notre Revue du 6 mai, relativement à des accès de fièvre intermittente déterminés par un calcul bronchique, nous communique un fait analogue par sa cause, et qui contribuera à l'histoire des affections cérébrales par action réflexe, comme les convulsions vermineuses, le vertige *a stomaco læso*, le vertige par otite interne chronique, etc. Voici textuellement cette intéressante communication. Nous laissons la parole à notre honorable correspondant.

« A dix-huit ans, une jeune fille, exerçant la profession de lingère, s'était mariée ; elle était un peu hystérique et chlorotique, états maladifs pour lesquels je la soignais. Au bout d'un an, elle devint mère : sa santé s'affaiblit, sa sensibilité augmenta et de fréquentes bronchites firent craindre une affection tuberculeuse. Encore une année s'écoula dans cet ensemble de souffrances, sans pourtant que la jeune femme interrompît son travail de lingère. Mais bientôt des accidents plus sérieux se montrèrent ; des accès épileptiques se déclarèrent, surprenant la jeune malade au milieu de ses occupations; elle avait toutefois le temps de se mettre sur un lit, avertie par un sentiment d'angoisse et de suffocation. Les accès venaient parfois pendant le sommeil. La perte de connaissance était complète, la langue était prise entre les dents, des râles laryngés et bronchiques se produisaient, la face était congestionnée et violacée, des mouvements convulsifs secouaient les membres, et, après quelques minutes, ces accidents cessaient, mais le coma ne disparaissait que lentement, laissant encore, au bout d'une heure, de l'hébétude, qui ne se dissipait complétement qu'après un intervalle de cinq à huit heures.

Pendant deux ans, ces accès épileptiformes se renouvelèrent tous les deux ou trois mois, puis ils se rapprochèrent, subissant toutefois des atténuations et un peu d'éloignement, par périodes et suivant les médicaments employés. La belladone et le bromure de potassium constituèrent le fond du traitement, concurremment avec divers moyens dirigés contre la bron-

chite que je crus tuberculeuse, car, au caractère sec et quinteux de la toux, il s'ajoutait une respiration rude et une diminution de sonoréité dans le sommet du poumon droit. L'idée rationnelle de la tuberculisation pulmonaire me conduisit à penser qu'il se faisait un travail de même nature dans le cerveau, et je mis la malade à l'usage de l'iodure de potassium. Elle en prit régulièrement pendant près d'un an, sans modification des accidents. Enfin, un jour, elle m'apporta un petit bocal plein d'eau dans lequel était suspendue une espèce d'arbre de Diane. C'était une production arborescente, parfaitement blanche, commençant par une tige de 3 centimètres, grosse comme une plume d'oie, puis se ramifiant en bas en deux cylindres aussi longs, desquels naissaient plusieurs autres cylindres de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, le tout formant ou plutôt formé par la bronche droite avec ses divisions.

En effet, Mme X..., dans un accès de toux et de suffocation prolongée, avait expectoré cette étonnante production. Cet arbre plastique moulé dans la bronche, était comme je l'ai dit tout à fait blanc, souple, ce qui explique sa sortie du larynx; on aurait dit du coton en pâte, car en regardant attentivement on distinguait une sorte de feutrage irrégulier, mais à petits poils très-visibles.

L'analyse chimique ne fut point faite, Mme X..., tenant à conserver cette chose singulière; du reste, je ne doutai pas de la nature calcaire de ce calcul bronchique, matière sécrétée par la muqueuse des bronches irritée par le duvet de linge introduit par la respiration, particularité que je démontrerai par un fait relaté plus bas.

A partir de ce moment, et voilà maintenant quatre ans, il n'y a plus eu d'accès épileptiques, la toux a disparu et la santé est bonne.

La part de la poussière de linge, comme celle d'autres objets, dans la formation des concrétions qui se développent dans les bronches et même dans les vésicules pulmonaires, m'a été démontrée dans les circonstances suivantes.

Consulté cet hiver par une femme qui exerçait l'état de trieuse de chiffons, pour une toux rebelle à divers moyens, j'appris d'elle qu'assez souvent, il lui arrivait après de grands efforts de toux, de cracher des petits noyaux durs (*sic*), ce qui la soulageait pour quelque temps. Je lui dis de revenir quand elle pourrait m'en montrer quelques-uns. Vingt jours après cette malade m'apporta quatre petits corps, gros comme une petite plume d'oie, longs de 1 centimètre, arrondis finement à leurs extrémités; ils étaient peu durs, d'un gris sale, et présentaient soit à l'extérieur, soit à l'intérieur des poils de drap noir. Il était évident ici, que le maniement continuel de chiffons de toute couleur et de toute étoffe avait fourni une poussière qui, introduite dans les poumons, s'était combinée à des sécrétions calcaires contenues dans le mucus pulmonaire.

Le traitement fut naturellement préventif et curatif. Ne travailler que le nez et la bouche couverts par une espèce de demi-masque en gaze serrée et mouillée, à l'effet d'arrêter les filaments mélangés à l'air; puis de l'eau de goudron avec l'iodure de potassium. Quelques mois de ce traitement furent couronnés d'un plein succès.

Il est inutile, je pense, de faire ressortir les enseignements que la pathologie et la thérapeutique, peuvent puiser dans les faits que je viens d'exposer. »

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VI

Mais c'est une toute autre affaire quand il y a des collatérales volumineuses entre la ligature et la tumeur, comme dans la double ligature périphérique de la carotide et de la troisième portion de la sous-clavière. Ces branches doivent se dilater aussitôt pour fournir aux besoins de la circulation collatérale. La pièce de M. Heath, conservée dans le Musée du Collége (n° 1596 A), montre le volume que quelques-unes d'entre elles finissent par atteindre; et il n'y a pas de doute qu'elles n'atteignent ce volume très-rapidement. Le raisonnement sur lequel M. Wardrop reposait son idée me semble donc défectueux, malgré l'appui que lui donne une autorité comme celle de M. Erichsen, et bien qu'il ait été adopté par plusieurs de ceux qui ont étudié cette question. Wardrop prétend que la carotide, la somme des quatre branches de la première partie de la sous-clavière, et la continuation ou troisième portion de la sous-clavière, peuvent être considérées comme ayant une surface de section égale; et que, par conséquent, en liant la première et la dernière, la tumeur sera privée des deux tiers de son volume de sang; et, il pense que cela suffira probablement à provoquer la coagulation. Il est surprenant que ses propres observations si correctes et si ingénieuses sur la dilatation rapide des collatérales, ne lui aient pas fait voir combien cette soustraction devait être de peu de durée. En réalité, la quantité de sang en circulation dans l'innominée ou dans l'anévrysme, doit être la même qu'auparavant, à l'exception de ce qui est entraîné par les collatérales provenant de la carotide gauche et par les branches intercostales supérieures de l'aorte. Il est fort difficile d'évaluer la quantité de sang qui prend ces deux dernières directions; mais elle doit être de beaucoup supérieure à deux tiers et surtout à un tiers. Je crois qu'on peut affirmer que, après la ligature de la carotide et de la troisième portion de la sous-clavière, il doit passer dans la première portion de cette dernière un courant de sang plus intense, pour fournir à la thyroïdienne inférieure et aux autres branches qui vont e dilater afin de subvenir à la nutrition du bras, du cou et du cerveau; de telle sorte que la consolidation complète de l'anévrysme de l'innominée est impossible dans ces circonstances, si la tumeur est une dilatation tubulaire de l'artère elle-même, comme c'est ordinairement le cas. Cependant l'observation de M. Fearn semble montrer que, même dans un semblable anévrysme, il peut se déposer une quantité suffisante de caillot pour permettre la guérison, pratiquement parlant; la circulation continuant à se faire au centre du caillot.

Si nous considérons les résultats de la pratique, nous voyons qu'ils sont de deux sortes: 1° les spécimens pathologiques dans lesquels les artères ont été oblitérées au-delà de la tumeur anévrysmale; 2° les observations d'opérations, eu égard surtout à l'examen nécroptique.

L'oblitération de l'une ou l'autre des deux grosses branches qui naissent d'un anévrysme de l'innominée est un phénomène que l'on constate souvent à l'autopsie; et, nous avons, je crois, un assez grand nombre de spécimens pour montrer qu'il est ordinairement accompagné de l'oblitération de la portion de la tumeur qui est en rapport avec le vaisseau oblitéré. Je vous

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er mai.

montrerai, comme exemple, cette figure qui représente un anévrysme de l'innominée, spontanément guéri, à Saint-George's Hospital (S. VI., 133, in Musée de l'hôpital Saint-George). On verra que la carotide est complétement oblitérée, et qu'elle est convertie en un cordon solide depuis le sac jusqu'à sa bifurcation. Il n'y a pas de doute, d'après les symptômes observés, que ce n'ait été le résultat de l'arrêt d'un caillot. Le malade de qui provient cette préparation, George C..., marin, mourut de phthisie le 24 août 1853, à l'âge de quarante-quatre ans. L'observation a été donnée avec détails par le docteur J.-W. Ogle, dans les *Pathological Society's Transactions*, (vol. IX, p. 176). L'origine connue de l'anévrysme remontait à 1846, époque à laquelle le malade était à Saint-George's Hospital dans le service de Bence Jones; mais, depuis quelque temps déjà, il avait éprouvé une douleur qui fut considérée comme de nature rhumatismale et attribuée à ce qu'il avait été exposé au froid, en maniant le gouvernail d'un navire dans une tempête. Pendant son premier séjour à l'hôpital en 1846-1847, aucun changement particulier ne semble être survenu dans la tumeur. Il revint dans la première moitié de 1849, il eut une attaque de symptômes cérébraux, qui indiquaient et accompagnaient l'immobilisation du caillot dans la carotide. Ces symptômes attirèrent beaucoup l'attention et furent soigneusement notés, mais le registre des observations a été détruit, et tout ce qu'on en sait est que le malade perdit connaissance, et, à ce que l'on croit, devint hémiplégique à gauche avec strabisme. Que pendant un mois il resta dans un état critique, mais qu'ensuite il se rétablit rapidement. Les douleurs qui étaient fort vives avaient disparu pour toujours; les pulsations avaient disparu et le malade quitta l'hôpital ne se sentant que de la faiblesse et un peu de dyspnée. En même temps qu'apparaissaient les symptômes cérébraux, le pouls de la carotide droite disparaissait. Il fut débarrassé de tous les symptômes d'anévrysme et fut de nouveau admis dans le service de Bence Jones, en mai 1853, avec une phthisie confirmée. La seule trace de l'anévrysme qui existait alors, était une légère saillie des parois thoraciques au-dessus de la tumeur, saillie qu'on peut voir encore sur la préparation.

Ces notes donnent l'explication des apparences anatomiques : l'expansion du sac anévrysmal accompagnée de douleurs intenses; l'arrêt d'un caillot dans la carotide suivi de symptômes cérébraux graves et d'une paralysie passagère et partielle; et l'oblitération de la carotide suivie de la coagulation du sang dans la partie du sac à travers laquelle passait le courant sanguin pour se rendre dans l'orifice de la carotide, tandis que la partie à travers laquelle passait le sang destiné à la sous-clavière est restée perméable. Je vais vous montrer qu'un résultat parfaitement identique peut être produit par l'opération de Brasdor sur la carotide pour anévrysme purement innominé. Et en examinant le cas bien connu dans lequel M. Evans, de Belper, lia la carotide par la méthode périphérique, je tâcherai de vous montrer que les graves symptômes qui accompagnèrent l'oblitération de la sous-clavière et de ses branches et précédèrent la guérison de l'anévrysme, furent, comme dans ce cas, le résultat de l'arrêt d'un caillot. Dans le cas qui nous occupe la guérison fut considérée comme complète pendant la vie du malade; et en réalité, le docteur Ogle, décrit le sac comme étant complétement oblitéré à l'autopsie. Mais cependant, en examinant récemment cette pièce, j'ai pratiqué une ouverture dans la sous-clavière afin de voir pourquoi elle avait conservé son volume, et, pour constater l'état de son orifice de communication avec l'anévrysme. Or, après avoir fait cette ouverture et y avoir engagé une sonde, j'ai vu que la sonde traversait l'anévrysme et arrivait jusque dans l'aorte. On peut voir en outre que la portion *sous-clavière* du sac, comme on peut l'appeler, est encore perméable.

Les opérations faites par le docteur Wright, de Montréal, et par M. S. Lane, prouvent que la même chose peut arriver après la ligature périphérique de la carotide pour anévrysme de l'innominée, ou pour un anévrysme mixte de l'aorte et de la carotide gauche. Je ne parle ici de ces deux cas que pour prouver l'identité des effets de la ligature périphérique et de l'arrêt spontané d'un caillot dans le bout périphérique de l'artère. Je discuterai plus au long leur signification chirurgicale dans ma prochaine leçon.

Dans l'opération de M. Wright (*The treatment of aneurysm of the arteria innominata, by ligature of the right common carotid artery*, p. 16, Montréal 1856) [c'était un anévrysme de l'innominée pur], l'action de serrer la ligature produisit un changement instantané dans la tumeur qui devint moins tendue en même temps que les pulsations devinrent plus faibles. Après la mort du malade, qui survint quatre-vingt-sept jours après l'opération « l'anévrysme était solide; et après l'avoir divisé, on trouve sa cavité remplie d'une masse indurée de fibrine, disposée en couches concentriques, et d'une couleur rouge clair. Il n'y avait dans l'anévrysme qu'un canal pouvant admettre une bougie, à travers lequel le sang pouvait aller de l'aorte à la sous-clavière ». Je dois à l'obligeance de M. Wright de pouvoir vous montrer un excellent dessin de la préparation, et l'on peut voir combien est identique l'état des parties dans un anévrysme où la consolidation a été produite par la ligature périphérique, et dans l'anévrysme où elle résulte de l'arrêt d'un caillot dans le bout périphérique.

Dans le cas de M. Lane (*Cooper's surgical dictionary, by Lane*, vol. I, 214). La tumeur était en partie aortique; le sac s'étendait du moins jusque sur l'aorte, de sorte que l'orifice de la carotide était fort dilaté. Après la ligature de la carotide gauche, on ne constata pas de diminution dans le volume de la tumeur, et les pulsations devinrent un peu plus intenses. Graduellement, cependant, elle se mit à diminuer de volume et à devenir plus dure. Un mois après l'opération, on notait que la tumeur « diminuait rapidement et que l'on ne distinguait de pulsations qu'à sa partie interne et inférieure. » Néanmoins, l'anévrysme s'ouvrit dans le poumon, et, à l'autopsie, on constata qu'il était adhérent au sommet du poumon gauche avec lequel il communiquait par une ulcération arrondie. On pouvait cependant voir, comme dans le cas précédent, les effets de l'oblitération de la carotide; car le sac « était rempli par des couches de caillot ferme, excepté dans la partie contiguë à l'aorte et au poumon gauche. » La carotide gauche était oblitérée depuis la tumeur jusqu'à sa bifurcation. Il n'y a pas de doute que l'accroissement de l'intensité des pulsations qui suivit ici l'opération, ne fût dû à l'accroissement d'intensité du courant sanguin qui passait dans la sous-clavière tout près de l'orifice de l'anévrysme, pour suppléer la carotide actuellement liée, que d'autre part la diminution graduelle du volume et des pulsations de la partie supérieure de la tumeur, survenue plus tard, ne fut la conséquence de la coagulation du sang s'étendant de l'artère liée jusqu'à l'intérieur du sac.

Cette belle et intéressante préparation, que sir W. Fergusson a eu l'extrême obligeance de me prêter, a des rapports étroits avec cette partie de mon sujet. Elle provient d'un malade auquel il lia la carotide primitive pour un anévrysme de l'innominée ; l'opéré mourut le huitième jour. On verra qu'il n'y a pas eu formation de caillots dans l'artère liée, mais il y a dans

la partie supérieure du sac anévrysmal une assez grande quantité de fibrine stratifiée. Si la carotide se fut remplie de caillots, comme à l'ordinaire, ces caillots se seraient vraisemblablement unis à ceux du sac, de sorte que toute la partie supérieure de ce dernier se serait oblitérée et le malade aurait pu survivre.

L'oblitération de la sous-clavière, à son émergence du sac, produit exactement les mêmes effets. On en a la preuve dans cette préparation que je dois à la courtoisie des autorités de Westminster Hospital, au musée duquel elle appartient. Cette préparation présente un intérêt extrême, je pourrais même dire un intérêt lugubre, car après ce que je vous ai montré des effets de la méthode de Brasdor, elle montre un état de chose, qui, personne ne le niera, était très-probablement susceptible de guérison. Cependant on laissa le mal progresser et se terminer par la mort du malade, par suite de la rupture du sac dans la trachée. C'est là, je crois, un résultat du manque de confiance que l'on a généralement dans la ligature périphérique.

M. Heath donne l'observation dans les *Pathological Transactions*, vol. IX, et il est singulier que le même volume contienne un si excellent exemple des effets de l'oblitération des deux branches terminales de l'innominée; en effet, à la page suivante du même volume, on donne l'observation de guérison spontanée survenue à Saint-George's Hospital, à la suite de l'oblitération de la carotide.

Ce diagnostic fut posé d'une manière très-correcte. On pensa qu'il était au moins fort probable que l'anévrysme était limité à l'innominée. On conclut à l'oblitération de la sous-clavière droite, à cause de l'absence du pouls et de l'abaissement comparatif de température dans le bras droit. La sous-clavière gauche était aussi oblitérée, mais on ne s'en aperçut pas pendant la vie, parce que la circulation collatérale avait été si complétement rétablie, que le pouls, quoique faible, était parfaitement distinct. Cependant, on distingua très-exactement les traits essentiels de ce cas; et si c'eût été chose admise, comme elle le sera je l'espère dorénavant, que l'obstruction de la sous-clavière à son émergence du sac est généralement suivie de l'oblitération de la portion *sous-clavière* du sac et que l'oblitération de la carotide en un point quelconque est généralement suivie de l'oblitération de la portion *carotidienne* du sac; pouvait-il y avoir, en chirurgie, d'indication plus précise que de lier la carotide dans cette circonstance. Il est vrai que si l'anévrysme se fut développé par en bas jusqu'à la crosse de l'aorte, l'opération ne l'eût probablement pas guéri, mais il n'y a pas de doute qu'elle eût arrêté son développement du côté de la trachée et sauvé ainsi la vie du malade.

La même disposition existait en outre dans le cas fort instructif que le docteur H. Davies a rapporté dans les *London Hospital Reports*, vol. I, p. 1. Il est vrai qu'ici, comme dans la figure de l'anévrysme tubulaire de Saint-George's Hospital, il y a cette différence que l'anévrysme s'étendait à une distance considérable le long de l'artère, impliquant non-seulement l'innominée mais aussi la plus grande partie de la sous-clavière. Cependant la portion terminale du sac était oblitérée par suite de l'obturation de la sous-clavière et de ses branches. « L'extrémité du sac était remplie de caillots solides et denses et il y avait également une grande quantité de matériaux solides à la partie postérieure de sa portion thoracique. Vers l'orifice de la carotide, cependant, et s'étendant de là par en haut et par en bas, il y avait une vaste cavité ne renfermant pas de caillots.» « Ainsi donc, dit le docteur H. Davies, la carotide primitive (droite), était le seul vaisseau encore perméable fourni par l'innominée. Si cette artère eut été liée au-delà du sac (en un point où elle fut parfaitement saine), le sang eut été complétement immobilisé dans ce dernier. Il faut noter que la seule partie du sac, dans laquelle le sang n'était pas coagulé, était la poche située près de l'origine de la carotide. La nature s'était chargée d'une moitié de l'opération périphérique, moitié de beaucoup la plus difficile; et, comme la dissection l'a montré à notre grand regret, rien n'eut été plus facile que de réduire à un état d'immobilisation complète ce qui restait de sang liquide dans le sac. »

La préparation suivante (*Saint-Bartholomew's Hospital*, série XIII, 69), a la même signification; bien qu'en y faisant une section elle ait été gâtée, jusqu'à un certain point, pour notre démonstration. Dans les *Medico-Chirurgical Transactions*, sir W. Laurrence y fait une curieuse allusion. Dans le *Catalogue du Musée*, il est dit que l'orifice de la sous-clavière dans le sac était obturé, comme il l'a évidemment été, mais le caillot a été coupé quand on a ouvert l'artère. Ici encore la portion sous-clavière du sac est solidement oblitérée, et il n'y a aucun doute qu'on eut pu guérir l'anévrysme, en liant la carotide. Une autre circonstance qu'il est intéressant de noter dans cette préparation, c'est qu'il y a un gros caillot flottant librement dans le sac. Si un fragment détaché de ce caillot se fut engagé dans la carotide, le sac eut sans doute fini par s'oblitérer. Je crois que c'est exactement ce qui arriva dans le cas de M. Évans, et je vous montre la préparation pour vous faire comprendre avec quelle facilité la guérison eut pu être obtenue.

Je ne puis vous prouver, à l'aide de dissections, qu'une oblitération analogue de la portion sous-clavière du sac dût se produire, si nous pouvions obtenir l'obturation artificielle de la sous-clavière à son orifice, bien qu'il n'y ait pas de raisons d'en douter.

Il n'y a encore que deux cas dans lesquels la sous-clavière seule ait été liée pour anévrysme de l'innominée; et, comme la ligature a été placée sur la troisième portion de ce vaisseau, laissant ainsi les branches libres entre la ligature et le sac, branches qui ont dû se dilater instantanément pour pourvoir à la circulation, aucun de ces deux cas n'est strictement comparable aux précédents, où la sous-clavière a été oblitérée au niveau de son orifice dans le sac.

Mais je remarquerai que, dans les deux cas de Wardrop et de Broca, le soulagement immédiat de la dyspnée, dont les deux malades étaient cruellement fatigués au moment de l'opération, indique une certaine diminution dans la partie de la tumeur qui comprimait la trachée.

J'espère que les faits précédents, les seuls que le temps m'ait permis de réunir, apportent la preuve certaine du pouvoir curatif de l'oblitération périphérique des artères dans les cas d'anévrysme de l'innominée, et qu'ils prouvent que, dans certains cas, l'opération est non-seulement justifiable, mais impérieusement commandée.

Dans la prochaine leçon je m'efforcerai de vous montrer qu'il y a des cas d'anévrysme de l'aorte où l'oblitération périphérique peut être avantageuse, et je ferai l'examen des faits connus de ligatures périphériques pour anévrysme thoracique.

DE LA FISSURE A L'ANUS (1)

Par le docteur DUCAMP.

Conclusions. — Les accidents de chloroformisation paraissent dépendre souvent de la nature de l'opération et de la région sur

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1876, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

laquelle on opère.— Ces accidents s'expliquent par l'état fonctionnel du système nerveux, qui, ébranlé et épuisé, n'offre pas une résistance suffisante à l'action de l'anesthésique. Ils révèlent toujours la forme syncopale. — Ces conditions se trouvent toujours réalisées à un degré plus ou moins élevé chez les malades atteints de fissures très-douloureuses de l'anus. — Le chloroforme est contre-indiqué dans l'opération de la fissure à l'anus, comme dans tous les cas où la syncope est à craindre. — Cette opération peut se faire d'une façon si simple et si rapide, que rien n'autorise désormais le chirurgien qui la pratique, à braver les dangers de la chloroformisation.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

VI

Telles sont les principales indications sur lesquelles le chirurgien de Munich a insisté avec raison devant ses auditeurs (2).

A Munich encore, les instituts ont attiré notre attention ; bien qu'ils présentent généralement tous la même organisation, le même « dispositif », ils méritent par l'excellence de leur fonctionnement d'être visités; partout on trouve quelque chose à apprendre.

Les instituts des professeurs C. Voit, de Buhl et de Pettenkofer nous ont particulièrement fixé.

L'institut d'anatomie pathologique est certainement un des plus riches que nous ayons rencontré jusqu'ici ; celui de Strasbourg sera plus grand, mais son installation ne sera pas plus confortable. Au dehors, le bâtiment a l'aspect d'un bel hôtel bourgeois, spacieux; comme il est situé, près de l'hôpital, c'est-à-dire au commencement du Champ-Thérèse, on a pu laisser autour de cette construction de vastes jardins assez bien boisés. Nous entrons dans un long et large couloir qui dessert une enfilade de vastes pièces : cabinets des docteurs assistants, leurs laboratoires particuliers, les laboratoires où ils peuvent recevoir personnellement des élèves; petites salles contenant les vitrines où sont renfermés les instruments, les meubles qui contiennent la collection des préparations, les bibliothèques. Toutes ces pièces sont inondées de lumière ; l'air y circule aussi libéralement que le jour. Couloirs, escaliers, amphithéâtres, pièces particulières, tout est sainement chauffé par des calorifères à air durant tout le semestre d'hiver (ceci nous rappelait les plaintes que nous entendions à Nancy; pauvre faculté qui ne peut même pas affecter à son budget de chauffage, une somme assez ronde pour empêcher, durant tout l'hiver, ses étudiants d'avoir froid à la bibliothèque ou à l'amphithéâtre d'anatomie !)

Au premier étage de l'institut, se trouvent le cabinet particulier de M. le professeur de Buhl, son laboratoire public, celui où il guide les recherches et les études des élèves. Nous ne voulons pas répéter ici ce que nous avons dit à propos des laboratoires publics de l'institut de physiologie d'Heidelberg, la disposition des tables devant les fenêtres, chaque élève ayant *sa* place, *son* tiroir, *ses* instruments, *ses* réactifs, le tout disposé avec le plus grand soin. A côté du laboratoire public se trouvent deux amphithéâtres : l'un, de moyenne grandeur, pouvant contenir cinquante à cent étudiants, destiné aux leçons *privatissime* ; l'autre beaucoup plus grand et destiné aux leçons qui attireront plus d'élèves. Près de ces amphithéâtres, au même étage, se trouve le musée d'anatomie pathologique, presque entièrement constitué par les soins du professeur Buhl, qui enseigne l'anatomie depuis vingt-cinq ans à la Faculté de Munich. Ce maître distingué, que nous remercions sincèrement ici de l'accueil très-sympathique qu'il a bien voulu nous faire, nous a montré plusieurs séries de pièces d'embryologie, de pièces tératologiques, de cœurs pathologiques, collections des plus complètes et d'un véritable intérêt.

La bibliothèque générale de l'institut est située à côté du musée. Les préparations microscopiques sont conservées dans le musée, elles servent naturellement aux démonstrations particulières et aux cours; on en compte 6 ou 7,000 environ.

L'institut étant, comme nous l'avons dit, près de l'hôpital, toutes les autopsies ont lieu au laboratoire d'anatomie pathologique. C'est le rez-de-chaussée, demi-sous-sol, qui est destiné à la réception des corps. Ce rez-de-chaussée contient plusieurs salles de dissection, et la *chambre des morts*, où les cadavres sont, suivant la coutume allemande, exposés durant trois jours, en habit de fête, couverts de bouquets et entourés de flambeaux allumés. A côté des salles de dissection se trouve une autre pièce, spécialement consacrée à la pesée des corps; deux beaux appareils fonctionnent dans ce but, l'un destiné à la pesée dans l'air libre, l'autre à peser le corps dans l'eau, pour en avoir le poids spécifique. Un système de trappe fait monter les cadavres de cette dernière pièce dans un amphithéâtre placé au-dessus, dans lequel se font publiquement les leçons d'anatomie pathologique sur le sujet en démonstration. Les assistants du service où le malade est décédé doivent remettre au professeur d'anatomie pathologique ou à ses assistants des notes sur les accidents qui ont précédé la mort, sur l'histoire de la maladie en un mot. M. le professeur de Buhl et ses assistants font leurs cours hiver et été.

Les laboratoires du professeur de physiologie M. C. Voit, et ceux du professeur d'hygiène M. de Pettenkofer sont réunis dans le même institut. On espère, ainsi que nous l'avons déjà dit, que la libéralité des Chambres bavaroises permettra bientôt de donner un institut nouveau et tout à fait indépendant au professeur de Pettenkofer. Car l'institut actuel, pour présenter les dimensions du bâtiment destiné à l'anatomie pathologique, ne laisse pas d'être un peu restreint pour les deux chaires de physiologie et d'hygiène, étant donnée surtout l'importance pratique que M. de Pettenkofer a donnée à la branche scientifique qu'il cultive avec tant d'éclat. Nous passerons assez rapidement sur l'examen des laboratoires de physiologie : cabinets pour le maître et les assistants, laboratoires particuliers, grand laboratoire destiné aux élèves, salle de vivisection, salle destinée aux expériences sur la respiration et les produits d'exhalation pulmonaire; appareils à compression atmosphérique mis en mouvement par une machine à vapeur (1), appareils pour étudier les produits d'exhalation cutanée, etc., et nous arrivons de suite à l'examen du laboratoire d'hygiène. Les laboratoires d'hygiène ne sont pas nombreux en Allemagne, car toutes les Facultés ne sont point pourvues de chaires de cet ordre, c'est même là une lacune que l'on s'occuperait actuellement de combler.

L'existence d'un laboratoire d'hygiène donne à l'enseignement de cette science un caractère pratique, sur l'importance duquel il est inutile d'insister. Recherches chimiques sur les denrées et liquides alimentaires, sur les eaux potables, sur les eaux minérales, sur la constitution atmosphérique en général, sur l'air des salles d'hôpitaux, de casernes, des maisons pauvres ; recherches, à l'aide d'appareils, du degré d'humidité des murs de maisons, etc., etc., telle est la voie qui s'ouvre aux études et aux manipulations des étudiants dans un laboratoire d'hygiène. Hâtons-nous de dire, sans du reste entrer dans de longs détails qui sortiraient de notre programme, que les Facultés de médecine allemande, et celle de Munich en particulier, ne sauraient trop propager parmi leurs jeunes médecins les études d'hygiène et privée et publique. Rien n'est plus déplorable, en particulier, que l'hygiène publique des villes de l'Allemagne du Sud. Les personnes qui se sont occupées des questions d'égouts et de voirie, si capitales dans l'assainissement des villes (2), ne seront pas médio-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 mai.

(2) *Acide carbolique* ($C^{12}H^6O^2$) est l'appellation primitivement donnée à ce corps par Runge qui le découvrit dans le goudron de houille : dans notre terminologie chimique, c'est l'hydrate de phényle, l'alcool phénylique, le phénol ou l'acide phénique.

Berthelot a montré que l'alcool phénylique se forme en petite quantité quand on fait passer de la vapeur d'alcool à travers un tube de porcelaine chauffé au rouge.

L'*acide salicylique* ($C^{14}H^6O^6$) a été obtenu par Piria en fondant l'hydrure de salicyle avec de la potasse caustique, et chacun sait qu'il existe tout formé, avec l'hydrure de salicyle, dans les fleurs de la reine des prés.

(1) Les appareils de même genre que M. le docteur Jourdanet a fait libéralement construire dans le laboratoire de physiologie (professeur Bert) à la Sorbonne, sont, nous devons le dire, établis avec plus de luxe et de soin.

(2) Voir les beaux travaux de M. de Freycinet.

crement choquées de voir à quel point les principes, sur lesquels reposent ces questions, sont peu respectés ici, à Carlsruhe, à Munich, etc. A Carlsruhe, par exemple, pour ne parler que de la question de voirie concernant l'enlèvement des boues et des détritus organiques des rues, on balaye avec les boues des chaussées, l'eau des ruisseaux, les immondices publiques, et le tout est jeté dans de grands trous creusés dans chaque rue. Au bout d'un certain nombre de jours, quand ces trous sont remplis, avec des sceaux on les vide, et à l'aide de tombereaux on conduit ces matières semi-liquides et répandant des émanations méphitiques, hors de la ville. Que de choses on pourrait encore dire sur la question des fosses d'aisance et de leur mode actuel d'évacuation, tel qu'on le pratique dans ces villes de l'Allemagne du Sud. Mais ceci nous mènerait à trop de détails, et hors du sujet auquel nous devons nous restreindre.

Ce semestre d'hiver a été consacré par M. le professeur de Pettenkofer à l'étude de la canalisation. Il présente dans ses cours des cartes géodésiques, et des tracés de géographie médicale à l'appui des idées qu'il émet sur les maladies épidémiques en particulier; dans les cartes schématiques qui représentent la coupe des terrains, on peut suivre la direction et la voie des cours d'eau intérieurs.

Dans les visites que l'on fait de cet intéressant laboratoire, on peut en quelque sorte suivre pas à pas la marche des travaux de M. de Pettenkofer, à l'aide des cartes qu'il a lui-même tracées et de tous les instruments construits sur ses propres indications.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

12. Casset. Causes générales de mortalité.
13. Guilleminot. Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse.
14. Passot. Du redressement brusque de l'ankylose de la hanche.
15. Jeudi de Grissac. Des éruptions quiniques.
16. Berthiot. Grossesse et maladies du cœur.
17. Griveaud. De l'hémorrhagie dans l'opération du bec-de-lièvre.
18. Guedeney. Étiologie et symptomatologie des épanchements articulaires traumatiques.
19. Charreyron. Des manifestations de la goutte sur les muqueuses.
20. Dujol. Étude clinique de la pneumonie fibrineuse chez les emphysémateux.
21. J. de d'Uribe. Étude sur les causes et le mécanisme des hémorrhagies interstitielles des organes génitaux de la femme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jeudi 1er juin 1876, M. Dumas (J.-B.), l'un des secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences, ayant été élu membre de l'Académie française à la place vacante par la mort de M. Guizot, est venu prendre séance, continuant la glorieuse tradition des Fontenelle, Condorcet, Cuvier et Flourens.

— *École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.* — Par arrêté du 10 mai 1876, un concours de chef des travaux anatomiques, d'abord fixé au 9 novembre, aura lieu le 2 août 1876.

Le chef des travaux anatomiques est nommé pour six ans. Son traitement annuel est de 1,200 francs.

Les épreuves consisteront : 1° en une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie; — 2° en une leçon orale sur une question orale d'anatomie générale ou d'histologie; — 3° en une préparation extemporanée d'anatomie descriptive; — 4° en la préparation d'une série de pièces anatomiques desséchées, montées, et prêtes à être déposées dans le musée.

— *Lycée de Laval.* — M. le docteur Doisneau est nommé médecin du lycée de Laval, en remplacement de M. le docteur Souchu-Servinière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Trois mois d'hiver à Alger. Journal humoristique d'un médecin phthisique. Pau, Dax, Alger. Du choix d'une station hivernale, par le docteur ***. — 1 vol. in-18 de 500 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne, par P. Coyne, ancien interne et lauréat des hôpitaux. — In-8° de 90 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1876, G. Masson.

De l'empoisonnement par la nicotine et le tabac, par le docteur Fonssard. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les hémorrhagies qui surviennent pendant les suites de couches, par le docteur Coutanier. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur la ladrerie chez l'homme comparée à cette affection chez le porc, par le docteur Boyron. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur les contractures du col de la vessie, par le docteur Sebeaux. — In-4°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des paralysies laryngées, par le docteur Tissot. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la goutte, étiologie, formes, périodes, transformations et manifestations primordiales, par le docteur Bouloumié. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce.

Du traitement de l'obésité aux eaux de Brides (Savoie), par le docteur Philbert. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1).

DEUXIÈME LEÇON (2)

Messieurs,

Je vous ai exposé dans ma dernière leçon les principaux cas d'herpès névralgique que j'ai rencontrés et qu'il m'a été permis d'étudier.

Au risque de fatiguer votre attention, je les ai commentés longuement et analysés avec une minutie qui vous a paru peut-être excessive.

Mais je suis convaincu que l'observation, pour donner des résultats sérieux et probants, doit porter non-seulement sur les groupes des phénomènes, mais sur chaque phénomène pris isolément, et même sur les infiniment petites circonstances qui se rattachent à toute modalité symptomatique. Il faut en médecine, comme en physiologie, pousser le *déterminisme phénoménal* aussi loin que possible. L'excès n'est pas à craindre en pareil cas, croyez le bien. On ne fait pas toujours de la science amusante en procédant ainsi, mais on la fait solide et durable, ou du moins on amasse des matériaux qui ont une valeur par eux-mêmes, indépendamment de toute idée systématique ou préconçue, et qui trouveront leur place, tôt ou tard, à supposer qu'il soit impossible de les utiliser immédiatement.

Les déterminations physico-chimiques, les déterminations histologiques, les déterminations cliniques, expérimentales et hygiéniques, tels sont les trois grands modes d'investigation avec lesquels on fondera la science biologique. La médecine qui n'est qu'une de ces branches doit employer les mêmes méthodes. Notre principal instrument d'étude à nous, cliniciens, c'est le déterminisme des phénomènes pathologiques. Servons-nous en avec la même rigueur et la même précision, s'il est possible, que les anatomo-pathologistes de leur microscope, et les chimistes de leurs réactifs.

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 mars.
(2) Faite le 15 janvier 1876 et recueillie par M. JALAGUIER, interne du service.

Parmi les nombreuses questions dont l'étude, poursuivie à plusieurs points de vue et par divers observateurs, a vivement excité la curiosité scientifique dans ces quinze ou vingt dernières années, il faut certainement compter l'*Herpès*, en général, et particulièrement quelques-unes de ses variétés, l'*Herpès zoster*, par exemple.

Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans des développements historiques que vous trouverez partout. Qu'il me suffise de vous dire qu'on n'envisage plus aujourd'hui certains herpès et le zoster, comme de simples affections cutanées ayant par elles mêmes leur raison d'être, ou bien provoquées pas des causes accidentelles, banales, et des influences constitutionnelles plus ou moins vagues. On est allé plus loin. On a déterminé d'une manière plus nette les conditions de leur existence; et, sans nier absolument celles qui étaient connues, on en a trouvé de nouvelles qui par la précison de leur mode pathogénique ont éclipsé les premières.

Ces conditions étiologiques nouvelles, ce sont des altérations matérielles qui siégent sur les centres nerveux, sur les ganglions ou sur les nerfs. Ainsi il est démontré, de la façon la plus évidente, et par l'observation médicale et par les conséquences de certains traumatismes intéressant les nerfs ou les centres d'innervation, que l'herpès et surtout le zoster, appartiennent à un ensemble de troubles nutritifs qui se développent à la suite de lésions spontanées ou accidentelles de divers départements du système nerveux. L'éruption vésiculaire n'est donc plus qu'un phénomène consécutif. Elle traduit un certain état morbide de la nutrition cutanée provenant du trouble qu'entraînent, dans l'innervation trophique, les processus irritatifs qui attaquent les ganglions spinaux ou le ganglion de Gasser, etc.

Ce n'est pas là la seule lésion de la peau qui se rattache à la même cause.

A côté, et au-dessous d'elle comme fréquence, je vous citerai :

1° L'érythème symptomatique de la névrite, signalé pour la première fois par Paget, et décrit depuis par MM. Mitchell Morehouse et Keen, dans leur livre si intéressant sur les *Plaies par les armes à feu*. Cet erythème qui a pour caractère de donner à la peau un aspect d'engelure lisse et brillant a été désigné sous le nom de *glossy skin*.

2° Les épaississements épidermiques, accompagnés d'exfoliation et assez semblables au psoriasis; l'hypertrophie par bandes longitudinales et la déformation latérale des ongles; les plaques brunes de pigmentation; la suppression, l'abondance et l'acidité des sueurs locales; l'hypertrophie, la décoloration, la chute, la croissance exagérée des poils, se ratta-

chant à un excès de vitalité ou à l'inertie atrophique des bulbes pileux.

3° Des empâtements sous-cutanés ou sous-aponévrotiques à forme subinflammatoire ou à forme franchement phlegmoneuse, aboutissant à la suppuration, etc., etc.

J'aurais encore à vous signaler les arthropathies, les troubles nutritifs musculaires, les troubles de l'appareil urinaire, les eschares aiguës, symptomatiques de certains processus irritatifs qui se développent sur les centres, sur les ganglions ou sur les cordons nerveux, etc...

Mais j'en ai dit assez sur ce sujet et peut-être trouverez-vous que ces préliminaires sont un peu longs et trop solennels pour une affection aussi bénigne que l'herpès douloureux des organes génitaux. J'espère toutefois qu'ils seront pour vous de quelque utilité. Et puis, si j'insiste avec complaisance sur ces travaux, c'est que la plupart sont d'origine française et que je trouve ici une occasion dont je profite, de leur rendre l'hommage qu'ils méritent. Presque tous ont été faits sous la direction de M. le professeur Charcot et inspirés par lui. Je vous prie, dans votre intérêt, de lire et de méditer les remarquables leçons de ce profond pathologiste sur les troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière (1).

Dans ma première leçon sur l'herpès névralgique des organes génitaux, je me suis borné à décrire et à analyser les symptômes de l'affection. Maintenant il me reste à rapprocher ces éléments épars, à les grouper suivant leur ordre d'évolution et leurs affinités, à en rechercher les causes, à en déterminer la pathogénie, etc., en un mot, à en faire l'histoire *synthétique*. Je vais commencer par l'étude des conditions étiologiques.

Conditions étiologiques constitutionnelles et locales de l'herpès névralgique des organes génitaux.

I.

L'arthritisme occupe le premier rang parmi les causes constitutionnelles de l'herpès génital névralgique. — Herpétisme. — Scrofule. — Syphilis. — Diabète. — Nervosisme. — Fièvre éphémère catarrho-rhumatique générale et locale.

Parmi les premières, il faut placer en tête, *l'arthritisme*, et, au-dessous de lui, l'*herpétisme*. Ce sont les deux maladies constitutionnelles auxquelles il est permis de rattacher le plus fréquemment l'herpès spontané indolent ou douloureux des organes génitaux. Mais n'allez pas croire qu'il soit toujours possible de remonter jusqu'à elles dans l'étude des causes. La plupart du temps on les soupçonne plutôt qu'on ne les prouve. Il faut se défier de cette tendance que nous avons aujourd'hui à vouloir assigner quand même une origine constitutionnelle à toutes les manifestations morbides. Le principe est vrai et personne plus que moi n'en est partisan. Ce que je crains c'est qu'on soit trop enclin à en exagérer l'application. Dans bien des cas l'affirmation est impossible, et, à moins que le sens clinique ne soit perverti ou subjugué par l'esprit de système, il est toujours prudent de rester dans le doute, s'il n'existe aucun élément bien positif de certitude.

(1) Leçons sur les *Maladies du système nerveux* faites à la Salpêtrière, par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par M. Bourneville (Adrien Delahaye, 1875). — Voyez aussi les travaux des élèves de M. Charcot; l'excellente thèse de Moujeot sur les *Troubles de la nutrition consécutifs aux affections des nerfs* (1867); la thèse de M. Couyba, sur les *Troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques de la moelle et des nerfs* (1871); une très-bonne thèse du docteur Hybord sur le *Zona ophthalmique et les lésions oculaires qui s'y rattachent*, etc., etc.

Ne vous étonnez donc donc pas de me voir apporter une grande réserve dans cette question. Je crois pourtant que les liens de parenté de l'herpès en général et de l'herpès génital en particulier sont plus fréquents et plus étroits avec l'arthritisme qu'avec l'herpétisme. Dans plusieurs cas j'ai pu, en scrutant le passé des malades, y découvrir des traces non équivoques de rhumatisme, ou même saisir quelques coïncidences pathologiques de cette nature pendant la durée de l'herpès ou peu de temps après sa guérison. Et si j'osais aller plus loin, je vous dirais que la variété névralgique de l'affection, me paraît plus particulièrement tributaire de cette maladie constitutionnelle.

Je ne vous parlerai point de la scrofule qui ne me semble jouer qu'un rôle très-effacé dans l'étiologie de l'herpès. Et la syphilis, qu'en faut-il penser à ce point de vue, et quelle est son influence sur l'herpès génital? Assurément, elle n'en préserve pas. On voit au contraire très-souvent des syphilitiques présenter sur le gland des éruptions herpétiques. Mais la syphilis les suscite-t-elle directement, ou n'agit-elle sur la muqueuse préputiale que par l'intermédiaire d'une autre diathèse, de l'arthritisme par exemple, qu'elle ferait passer de l'état de latence à l'état d'activité? Cette dernière manière de voir est celle de M. Bazin, et je la partage. Quant à la variété douloureuse de l'herpès génital, la syphilis n'y prédispose pas plus qu'à la variété indolente.

J'ai vu assez souvent l'herpès génital chez les diabétiques; il s'accompagne de phénomènes inflammatoires assez vifs qui aboutissent quelquefois au phimosis et à la balano-posthite. Outre l'état général produit par le diabète, il faut tenir compte aussi de l'irritation que le contact des urines sucrées provoque sur la muqueuse préputiale (2).

Les émotions morales et l'espèce de nervosisme qu'elles créent, pour un temps plus ou moins long, prédisposent à l'herpès génital. C'est une cause qui peut être, suivant les circonstances, permanente ou occasionnelle, avoir une influence profonde ou ne jouer qu'un rôle accessoire. Elle est très-appréciable chez certaines personnes douées d'une grande impressionnabilité nerveuse, surtout lorsqu'elles sont affectées en outre de quelque autre diathèse herpétigène constitutionnelle ou transitoire (2).

Il y a des organismes qui ne peuvent supporter, sans en souffrir, le froid, l'humidité ou les brusques changements de température. Toutes les vicissitudes atmosphériques troublent l'équilibre de leur santé. En général ils sont arthritiques ou de race arthritique. Aussi les voit-on fréquemment atteints d'un état morbide assez vague que je désigne sous le nom d'*état catarrho-rhumatique*, parce que ses manifestations morbides, fugaces, superficielles, se promènent sur les muqueuses et sur la peau, et se déterminent aussi sur les muscles et sur les nerfs, sous forme de troubles névropathiques très-variables dans leur expression. Cet état se traduit souvent aussi par un mouvement fébrile éphémère qui met en jeu tout l'appareil circulatoire ou seulement quelques-unes de ses parties. Il en résulte des fièvres générales ou partielles, toujours de courte durée, qui parais-

(1) M. le docteur Champagnat attribue un rôle considérable au diabète dans la production de l'*herpès preputialis*, ainsi que du *phimosis* et de la *balano-posthite consécutifs*. Il rattache aussi à ces lésions diverses manifestations hypochondriaques. (Communication par lettre.) — Voyez un très-bon travail de M. le docteur Beauvais sur *La balanite et la balano-posthite parasitaire et le phimosis symptomatique du diabète* (in *Gaz. des Hôp.*, 1874, nos 109 et 110).

(2) L'observation que je dois à l'obligeance de M. le docteur Champagnat est un type complet d'herpès génital névralgique de provenance arthritique. Non-seulement, en effet, le malade était rhumatisant, mais sa sœur atteinte de nervosisme arthritique avait eu deux attaques de zona; enfin, le père, arthritique également, avait eu plusieurs attaques de coliques néphrétiques.

sent plus nerveuses que vasculaires et qui trouvent fréquemment leur solution ou leur crise dans une éruption herpétique. Cette éruption herpétique se fait tantôt sur un point, tantôt sur un autre; sa localisation me semble subordonnée à l'irritation nerveuse. Chez de pareils sujets vous observerez fréquemment l'herpès génital et surtout l'herpès génital névralgique.

L'arthritisme sous toutes ses formes est donc la cause constitutionnelle par excellence de l'herpès. C'est la plus active, la plus fréquente, la mieux prouvée, celle qui réunit toujours en sa faveur, dans les cas douteux où elle n'est pas évidente, la plus grande somme de probabilités (1).

Tous les pathologistes ne sont pas de cet avis. Ainsi mon savant confrère et ami, M. le docteur Doyon, rattache l'herpès récidivant des organes génitaux qu'il a si bien décrit, non pas à l'arthritis mais à la dartre. Peut-être n'eût-il pas été aussi affirmatif s'il avait observé la variété névralgique de l'affection. Je vous renvoie à sa monographie, où les questions relatives à l'étiologie et au traitement sont exposées avec beaucoup d'ampleur de vues et une grande abondance d'informations. Ma tâche ici est plus restreinte que la sienne. Peut-être est-ce parce que je ne m'occupe que de l'herpès névropathique, qui était resté à peu près inconnu jusqu'ici, que je me trouverai quelquefois en désaccord avec l'honorable médecin inspecteur des eaux d'Uriage.

DE LA CYSTOMIE SUS-PUBIENNE

PRATIQUÉE EN INCISANT LA PAROI ANTÉRIEURE DE LA VESSIE SUR LE CALCUL

par le docteur A. AMUSSAT.

« Je reciteray, dit Franco, ce que une fois m'est advenu voulant tirer une pierre à un enfant de deux ans ou environ : auquel ayant trouvé la pierre de la grosseur d'un œuf de poulle, ou peu près, je fey tout ce que je peu pour la mener bas; et voyant que je ne pouvoye rien avancer par tous mes efforts, avec ce que le patient estoit merveilleusement tormenté, et aussi les parens désirans qu'il mourust plustost que de vivre en tel travail ; joint aussi, que je ne vouloye pas qu'il me fut reproché de ne l'avoir seu tirer (qui estoit à moy grand folie), je deliberay avec l'importunité du père, mère et amis, de copper le dit enfant par dessus l'os pubis, d'autant que la pierre ne voulut descendre bas, et fut coppé sur le penil un peu à costé et sur la pierre. Car je le voys icelle avec mes doigts, qui estoyent au fondement, et d'autre costé en la tenant subjette avec les mains d'un serviteur, qui comprimoit le petit ventre au dessus de la pierre, dont elle fut tirée hors par ce moyen, et puis après le patient fut guary (nonobstant qu'il en fut bien malade) et la playe consolidée. » (*Traité très-ample des hernies*, 1561, p. 139).

Cette opération que l'on considère comme l'origine de la cystotomie sus-pubienne et de l'incision de la paroi antérieure de la vessie sur le calcul, offrait trop d'analogie avec celle dont je vais donner la relation pour ne pas la citer.

Le 3 avril 1874, M. le docteur Costilhes me pria d'examiner un enfant âgé de quatre ans et demi ayant des envies fréquentes d'uriner et une incontinence d'urine qu'il attribuait à la présence d'un calcul dans la vessie. La mère nous raconta qu'allaité par une nourrice étrangère, il avait dû supporter des privations pendant le siége de Paris, et qu'elle attribuait à cette cause son état débile. Il fut convenu que la vessie serait explorée, le petit malade étant chloroformé.

Le 11, il fut soumis aux inhalations de vapeurs de chloroforme par mon confrère, et lorsque l'insensibilité fut complète, j'explorai la vessie par le rectum, puis avec une sonde métallique et je ne trouvai pas de calcul. Comme il existait des adhérences entre le prépuce et le gland, j'en profitai pour les faire disparaître. A la suite de cette petite opération, il y eut dans l'état de l'enfant une amélioration qui nous fit espérer que nous avions fait disparaître la cause de ses souffrances. Ultérieurement les symptômes de l'affection calculeuse reparaissant avec plus d'intensité, il fut sondé par le chirurgien de l'un des hôpitaux de Paris consacré aux enfants malades, et cette nouvelle exploration fut encore négative.

Un traitement médical rationnel et le séjour à la campagne n'ayant pas amené d'amélioration, M. le docteur Costilhes, persévérant dans sa première hypothèse, me pria de l'examiner de nouveau. Le 2 février 1876, une nouvelle exploration semblable à la première me permit d'assurer à mon confrère qu'il ne s'était pas trompé et qu'il existait un calcul assez volumineux; dès lors, il fut convenu que la cystotomie serait pratiquée aussitôt que la température serait moins défavorable.

Le 20 février, le jeune K... ayant été soumis aux inhalations de vapeurs de chloroforme par M. le docteur Costilhes, fut placé sur une table bien garnie, dès que l'insensibilité fut complète. J'injectai de l'eau tiède dans la vessie de manière à la distendre suffisamment, puis je pratiquai une incision de cinq centimètres environ à partir du pubis intéressant les tissus en face de la ligne blanche; j'y pratiquai alors une petite ouverture près du pubis, puis je la divisai dans une étendue de quatre centimètres avec le bistouri herniaire du docteur Palamidessi.

Après avoir palpé la paroi antérieure de la vessie et exploré par le rectum le bas fond de l'organe avec le doigt, n'y sentant pas le calcul, j'introduisis un lithoclaste d'enfant et je ne parvins à le saisir par son grand diamètre, qu'après avoir ouvert l'instrument de plus de cinq centimètres; en le soulevant, j'en faisais saillir l'extrémité supérieure à un centimètre environ au-dessous de l'ombilic. Pendant toutes ces manœuvres les muscles abdominaux se contractant violemment avaient expulsé le liquide de la vessie et un peu de matière fécale du rectum; quoique l'enfant eut pris le matin même deux lavements.

Ne voulant pas ouvrir l'abdomen sur le calcul, je cherchai par une série de manœuvres faites très-doucement à le sortir de sa loge, et je parvins, non sans peine, à l'amener sous la paroi antérieure de la vessie, en face de mon incision. Je confiai alors le lithoclaste contenant le calcul à l'un des assistants, en lui recommandant de le bien maintenir dans la position que j'avais adoptée, tandis que M. le docteur Costilhes pressait avec sa main sur l'abdomen au-dessus de lui afin de l'immobiliser. Je plaçai alors le doigt indicateur sur la paroi antérieure de l'organe en contact avec l'extrémité inférieure de la pierre et sur mon ongle comme guide, je fis à la vessie, sans intéresser le péritoine, une incision de plus de deux centimètres, qui me permit de toucher le calcul directement avec la pulpe du doigt; prenant alors le lithoclaste de la main droite, j'abaissai la pierre, mon doigt toujours appliqué sur elle, et je pénétrai ainsi dans la vessie. L'instrument fut retiré, et je cherchai à engager l'extrémité inférieure du calcul dans l'ouverture, mais je ne pus y parvenir qu'après de longues tentatives, la vessie et les muscles abdominaux entrant à chaque instant en contraction énergique et arrêtant mes mouvements. Ce ne fut qu'après des efforts persévérants que je parvins au but désiré, et saisissant alors la pointe du calcul avec une petite tenette, tandis que mon indicateur gauche courbé en crochet soulevait son autre extrémité, je pus en faire l'extraction.

L'opération était terminée; mais il fallait assurer à l'urine un écoulement en dehors de la plaie par la canule élastique que mon père y plaçait toujours, et pour amener la pierre au dehors, j'avais dû retirer le doigt indicateur gauche qui sert à la guider. Or, on sait, qu'il faut *s'abstenir* de toutes recherches avec le doigt pour retrouver l'ouverture vésicale, parce que outre la difficulté d'y par-

(1) Voyez Hardy, *Leçons sur les affections cutanées dartreuses*, etc., 1862, p. 108. — Bazin, *Affect. génériques de la peau*, p. 123 et 124. Le premier se prononce pour la dartre et le second pour l'arthritisme, dans l'étiologie de l'herpès.

venir, on s'expose à déchirer le tissu cellulaire voisin de la vessie, et à favoriser ainsi l'épanchement de l'urine et les abcès.

Après y avoir réfléchi quelque temps et fait suspendre les inhalations de chloroforme, je me décidais à employer le moyen suivant : j'introduisis par l'urèthre une sonde métallique d'enfant, à grande courbure, et j'en fis sortir le bec par l'ouverture abdominale, puis je la fis pénétrer dans une sonde ouverte à ses deux extrémités, que je glissai jusque dans la vessie, et l'instrument métallique fut retiré. Je réunis les lèvres de la plaie par quatre points de suture entortillée, et l'enfant fut replacé dans son lit. La sonde en gomme fut fixée à l'aide d'un fil à l'épingle la plus voisine et son extrémité libre fut introduite dans une petite bouteille en verre, qui recevait l'urine.

Cette opération longue et laborieuse, dans laquelle on avait dû employer 100 grammes de chloroforme, fut suivie pendant deux jours d'un certain abattement et d'inappétence, mais la fièvre traumatique ne fut pas très-intense.

Le 25 on comptait 120 pulsations, et l'appétit reparaissant, nous fîmes donner une nourriture assez substantielle. L'abdomen étant toujours souple et indolore, on supprima les cataplasmes appliqués par mesure de précaution. La sonde ayant été retirée la veille au soir, l'urine s'écoulait facilement par la plaie. Le travail d'agglutination était en très-bonne voie et nous faisait espérer une réunion immédiate, lorsque le 26, sans cause connue, nous observâmes de la rougeur autour des points de suture et un peu de décollement; plus tard il se fit un travail ulcératif autour des épingles, ce qui nous détermina à faire appliquer de la pommade de ratanhia. L'état général était du reste satisfaisant, l'enfant se nourrissant et dormant bien.

Le 1er mars, la deuxième et la troisième épingle étaient détachées.

Le 2, chute de la première épingle ; état général satisfaisant; nous fîmes donner de l'extrait mou de quinquina. Le quatrième point de suture, celui qui avoisinait le pubis et comprenait le plus de tissus tenait bien ; pommade de ratanhia.

Le 5, le travail ulcératif nous parut arrêté.

Le 7, il y eut un accès de fièvre, qui nous détermina à conseiller un peu de sulfate de quinine; la nutrition se faisait bien et le sommeil était bon.

Le 9, l'urine commença à couler par la verge.

Le 14, la dernière épingle se détacha; l'urine s'écoulait par la plaie et par la verge.

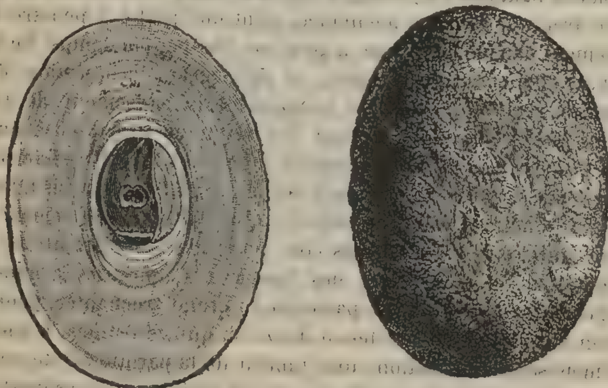
Le 24, la plaie étant complétement cicatrisée, l'enfant n'urinait plus que par la verge.

Le 31, on nous montra un petit abcès formé à la partie supérieure de la cicatrice.

Le 2 avril, l'abcès s'ouvrit spontanément dans la nuit et l'enfant, qui se levait depuis quelques jours, put jouer et se promener dans l'appartement.

Le 8, il partit pour la campagne ; l'ouverture de l'abcès étant fermé par une petite croute sèche.

Le 14, la petite croûte se détacha ; il était complétement guéri.



Cet enfant secrétant une urine abondante et quelquefois un peu mousseuse, nous avons craint qu'elle ne contînt de l'albumine; M. le docteur Costilhes qui l'a examiné avec beaucoup de soin, s'est assuré qu'il n'en était rien. Il avait un peu d'incontinence nocturne; mais la mère ayant le soin de se lever une ou deux fois la nuit pour le faire uriner, m'a dit qu'il ne mouillait plus ses draps.

Le calcul extrait, de couleur blanchâtre avec un noyau brunâtre, était très-dur, il pesait 45 grammes et avait 2 centimètres et demi d'épaisseur. M. Mayet, pharmacien, ayant bien voulu en faire l'analyse chimique, m'a dit qu'il était formé d'urate d'ammoniaque.

Comme on a pu le voir en lisant ce qui précède, il devait exister une grande analogie entre l'enfant guéri par Franco et celui que j'ai opéré dernièrement. Je pense que, chez mon jeune malade, le calcul s'était développé dans l'ouraque et y était fixé, puisque lorsque je l'eus saisi avec le lithoclaste, je soulevai sur lui la paroi abdominale à 1 centimètre de l'ombilic et complétement en dehors de mon incision. Il est probable que l'opéré de Franco était dans le même cas, car il fut conduit à ouvrir la vessie au-dessus du pubis, parce qu'il ne put amener la pierre au col pour suivre son procédé ordinaire. La position du calcul explique aussi comment les deux explorations faites en 1874 donnèrent un résultat négatif, parce que mon confrère et moi nous avons cherché, dans le bas-fond de la vessie et au voisinage du col, un calcul qui n'était tangible qu'au sommet de l'organe, là où nous n'en soupçonnions pas la présence.

On se rappelle qu'après avoir amené le calcul sous la paroi antérieure de la vessie et près du pubis, j'ai fait mon incision sur lui. Ce n'était pas la première fois que j'employais ce procédé, car au commencement du mois de janvier de cette année, j'avais été conduit à agir de même, dans les circonstances suivantes : appelé en province auprès d'un vieillard âgé de soixante-treize ans, bien conservé, souffrant de la vessie depuis cinq ou six ans, je m'assurai d'abord de l'existence du calcul, et je me décidai à faire la taille sus-pubienne.

Le malade, couché sur un lit de sangles garni de planches, afin d'avoir sous lui un plan bien résistant, fut soumis aux inhalations de vapeurs de chloroforme ; lorsque l'insensibilité fut complète, j'introduisis la sonde à dard de Belmas, à laquelle j'ai fait ajouter un robinet, et je fis une injection d'eau tiède, qui me prouva que la vessie pouvait se distendre assez pour être ouverte au-dessus du pubis. J'incisais alors les tissus jusqu'au réservoir urinaire dans une étendue de 5 centimètres environ à partir du pubis, puis je soulevai la paroi antérieure de la vessie avec le bec de la sonde, et je fis sortir le dard. Des contractions involontaires et énergiques de la vessie et des muscles abdominaux ayant expulsé une partie de l'injection, me permirent de saisir facilement l'olive de l'instrument coiffée par la paroi antérieure, qui me parut à l'état normal; j'engageai alors la pointe d'un bistouri droit dans la cannelure du dard, mais à peine mon incision était-elle commencée, que de nouvelles contractions musculaires très-énergiques firent sortir l'olive de la vessie. N'ayant pu agrandir mon incision, je retirai la sonde de Belmas, puis je fis suspendre les inhalations de vapeurs de chloroforme. Dès que le malade fut calme, j'introduisis dans la vessie un lithoclaste à bec plat, avec lequel je saisis le corps étranger placé dans le bas-fond, puis, retournant l'instrument en abaissant son armature, je soulevai la paroi antérieure de la vessie sur le calcul près du pubis. Confiant l'instrument à l'un des assistants, avec recommandation de le maintenir dans cette position, je plaçais l'extrémité de l'indicateur gauche sur la paroi vésicale soulevée par la pierre et sur mon ongle comme guide, j'ouvris la vessie sur le calcul sans intéresser le péritoine, dans une étendue de 2 centimètres et demi environ du côté du pubis. Mon doigt étant alors en contact immédiat avec le corps étranger, je repris le lithoclaste avec la main droite, et en abaissant son bec, mon indicateur gauche, toujours appuyé sur la pierre, pénétra dans la vessie. Je le courbai immédiatement en crochet sous la paroi antérieure, je lâchai le calcul et retirai l'instrument. Sur mon doigt comme guide j'y introduisis une tenette et je retirai facilement un calcul d'acide urique de la forme d'un galet presque circulaire, ayant 4 centimètres et demi dans son grand diamètre et 2 centimètres d'épaisseur. Après m'être assuré qu'il n'existait pas d'autre corps étranger, j'introduisis une canule de femme à grandes ouvertures, et je retirai l'indicateur.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 26 août 1827, mon père s'exprimait ainsi :

« Le 4 août 1827, j'opérai le malade par le haut appareil de la manière suivante : après avoir lavé la vessie et introduit la sonde à dard, j'ai incisé la peau et la ligne blanche comme à l'ordinaire; ensuite j'ai divisé les fibres internes des muscles pyramidaux et des tendons du droit, puis de la même manière l'aponévrose solide qui se trouve derrière. Arrivé au peloton graisseux, qui se trouve entre la vessie et le pubis, j'ai cherché à me servir de la sonde à dard, mais la vessie était trop fortement appliqué contre la pierre. Avec mon doigt et un bistouri concave, j'ai incisé la vessie sur la pierre, et j'ai un peu agrandi la plaie avec un bistouri concave boutonné; j'ai ensuite soulevé la vessie avec mon doigt indicateur gauche et j'ai chargé la pierre. Après avoir mis une sonde flexible dans l'urèthre, j'ai fait la suture de la vessie au moyen de petites érignes; les bords de la plaie de la vessie ont été soulevés; un fil a été passé autour de la plaie, les deux bouts du fils ont été noués et laissés dans l'angle inférieur de la plaie de l'hypogastre. Malgré de petites injections faites par la sonde pour la désobstruer, l'urine a passé par la plaie. La pierre pesait deux onces trente-six grains; elle était entièrement formée d'acide urique et de mucus. »

Il m'eût été difficile de terminer les deux opérations que je viens de relater, si je n'eusse employé le procédé, qui avait réussi à Franco et à mon père, c'est-à-dire l'incision de la paroi antérieure de la vessie sur le calcul. Quoique bien convaincu de l'avantage que l'on trouvera à agir ainsi dans des cas analogues, je ne considère jusqu'à présent ce procédé que comme une ressource dont le chirurgien pourra user, lorsqu'il sera embarrassé pour pénétrer dans la vessie en suivant les préceptes ordinaires.

La cystotomie sus-pubienne est d'une exécution assez facile, lorsque le grand axe de la pierre n'excède pas 6 centimètres, que la vessie peut être distendue de manière à éloigner suffisamment le péritoine du pubis, et que le malade est dans cet état de résolution générale que procure ordinairement le chloroforme; mais il n'en est plus de même lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions viennent à faire défaut. Or, on n'a pas oublié que, dans les deux opérations que je viens de rapporter, les difficultés ont été produites par des contractions énergiques et involontaires de la vessie et des muscles abdominaux, qui ont beaucoup gêné les manœuvres. J'avais déjà observé ce phénomène il y a quelques années, mais je le croyais tout à fait exceptionnel. Lorsque, sous leur influence, la sonde à dard eut franchi la paroi vésicale chez le vieillard, j'ai fait cesser les inhalations de chloroforme, et bientôt le calme étant revenu, j'ai pu terminer mon opération sans difficultés. Chez le jeune K***, je n'ai pas cru devoir agir ainsi, parce que cet enfant était tellement nerveux que j'ai craint de voir succéder à une agitation locale une agitation générale probablement aussi embarrassante; je me suis contenté de faire mes tentatives d'extraction, *surtout entre* les crises de contractions musculaires, et je suis parvenu assez lentement, il est vrai, à atteindre le but désiré.

L'opéré, soumis aux inhalations de vapeurs de chloroforme jusqu'à l'insensibilité complète, demeurant dans la résolution tant qu'on ne touche pas à la vessie, on peut faire, sous son influence, la partie la plus douloureuse de l'opération, c'est-à-dire l'incision des tissus jusqu'au réservoir urinaire. Il convient alors de s'assurer que la vessie et les muscles abdominaux ne se contractent pas par une action réflexe, quand on touche aux parois de l'organe, et s'il en est ainsi, de continuer sous l'influence du chloroforme; dans le cas contraire, afin d'éviter des difficultés qui pourraient avoir des conséquences fâcheuses, il me paraît préférable de faire cesser l'emploi de l'agent anesthésique, et de terminer l'opération, quand le malade est complétement calme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE offre à la Société une petit traité sur le pansement de Lister, intitulé : *Manuel de chirurgie antiseptique.*

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Pansement de Lister. — M. DESPRÈS combat les arguments qui ont été évoqués dans la dernière séance en faveur du pansement de Lister. Les opérés de M. Guyon ont guéri rapidement, cela est vrai; mais, par toute autre méthode, on aurait obtenu les mêmes résultats.

M. Desprès cite une amputation qu'il fit, pendant la Commune, dans des conditions très-mauvaises, la nuit, mal éclairé, sans aide, dépourvu d'appareils et de linges à pansement. C'était une amputation de jambe au tiers inférieur, dans la région où la suppuration des gaînes est tant à redouter. Le pansement fut fait avec des bandelettes de diachylon et des compresses d'eau simple, et cependant la réunion fut complète au troisième jour. Ces résultats heureux ne sont pas rares et doivent être imputés, non pas au mode de pansement, mais à la santé générale, à la prédisposition individuelle de l'opéré.

On ne peut appeler réunion par première intention des cicatrisations incomplètes qui laissent encore, pendant un temps plus ou moins long, suinter du pus par une petite ouverture. La réunion s'est faite superficiellement, mais non dans les parties profondes. Toute cicatrisation qui n'est pas entièrement finie dans l'espace de trois jours n'est pas une réunion par première intention. D'ailleurs ce mode de réunion, difficile à obtenir, n'est pas non plus avantageux. C'était l'opinion de Velpeau, qu'il a émise, dans une leçon faite en 1861 et rédigée par M. Desprès, alors son interne. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, année 1861). De temps à autre surgit un nouveau mode de pansement qui doit produire des merveilles; mais bientôt l'expérience vient renverser toutes les espérances qu'il avait fait concevoir. Le pansement de Lister est un pansement comme un autre, qu'un chirurgien peut choisir par goût, mais qui n'est pas supérieur à ce qu'on a fait jusqu'à ce jour.

M. GUYON réplique que ce n'est pas la réunion par première intention que l'on recherche dans le pansement de Lister, mais que, lorsqu'elle est indiquée, on peut, par ce moyen, l'obtenir sans accident. A la suite de l'opération de hernie étranglée qu'il a relatée, la plaie s'est cicatrisée très-rapidement en commençant par les parties profondes.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est l'auteur de l'opération de hernie dont a parlé M. Guyon. C'était une hernie étranglée volumineuse, déjà ancienne, et qui avait été fortement malaxée. Il a fallu faire plusieurs ligatures; et, malgré ces mauvaises conditions, la plaie lavée avec une solution phéniquée, dont une partie a pénétré certainement dans le péritoine, a guéri en très-peu de temps. En laissant de côté ce fait particulier, et envisageant la question d'une manière générale, ceux qui connaissent le pansement de Lister savent que ce chirurgien obtient des réunions très-rapides qui ne sont pas des réunions par première intention. Il croit ces dernières dangereuses, et insiste beaucoup sur le drainage. M. Lucas a fait un certain nombre d'autres opérations, qui traitées de la même manière, ont donné des résultats faits pour éveiller l'attention. Une amputation de cuisse avec des ligatures nombreuses a guéri en vingt-quatre jours; une trépanation du grand trochanter, pour une lésion ancienne qui entretenait douze ou quinze fistules, a guéri en un mois sans suppuration; une tumeur de la parotide a été enlevée et la plaie cicatrisée en quinze jours; le malade a été présenté à la Société; un lipome volumineux du cuir chevelu, avec épanchement de sang à l'intérieur, a été opéré et guéri en neuf jours. M. Lucas a

tenté l'opération de Rigaud pour la cure des varices superficielles, et, sous le pansement de Lister, la veine mise à nu a conservé toute sa vitalité. Il n'y a eu aucune réaction et la réparation s'est faite avec une rapidité extraordinaire, sans que les varices aient été modifiées. Tous les faits qui précèdent et cet insuccès même ne démontrent-ils pas qu'il y a autre chose dans la méthode de Lister qu'un simple pansement ? S'il en était ainsi, ne réussirait-il pas même s'il était mal fait, et l'expérience démontre le contraire. Il faut de toute nécessité s'entourer, pour réussir, de toutes les précautions que recommande son auteur, précautions d'ailleurs beaucoup plus faciles en pratique qu'elles ne le semblent au premier abord. C'est en faisant ainsi que MM. Guyon, Verneuil et Lucas, opérant chacun de leur côté, ont obtenu des résultats identiques, et qu'à l'étranger on voit des opérateurs hardis ouvrir impunément des articulations, ou la tunique vaginale, comme Folckman qui l'a fait dix-sept fois, ou encore obtenir huit guérisons sur huit ovariotomies, comme Nussbaum, qui verse abondamment dans l'abdomen cette solution phéniquée qui irrite les mains des chirurgiens.

M. VERNEUIL. Quelques membres seulement de la Société de chirurgie ont fait des essais du pansement de Lister. Toute discussion sur ce sujet restera stérile jusqu'à ce que ceux qui en parlent sachent de quoi il est question.

M. DESPRÈS appuie son opinion non sur l'histoire du pansement de Lister, mais sur l'histoire de la chirurgie que ses contradicteurs semblent oublier.

PRÉSENTATIONS

M. PANAS présente, de la part de M. Brière (du Havre), une observation d'ectropion.

M. POLAILLON présente, de la part de M. Berthomieux, un travail intitulé : *Du mécanisme des fractures du coude chez les enfants et de leur traitement*, destiné au concours pour le prix Duval.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

La commission présente : en première ligne, M. Gillette, en deuxième ligne, M. Delens, en troisième ligne, M. Farabeuf.

M. Gilette est élu.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

VII

Les travaux de l'éminent professeur d'hygiène en ce qui touche le choléra sont fort connus. Nous demandons, cependant, la permission de nous arrêter sur les deux points qu'il a mis particulièrement en lumière et qu'il est difficile de ne point rappeler, quand on visite le laboratoire de ce maître.

Les recherches de M. de Pettenkofer ont d'abord mis particulièrement en lumière ce fait, que la propagation épidémique du choléra, dans une localité où l'infection est importée par un malade, un voyageur, a pour cause principale la constitution physique du sol contagionné. Certainement, le contage peut aussi par simple voie de mélange altérer l'eau des sources et des fontaines publiques et faire de celles-ci des agents de transmission ; certainement, l'air atmosphérique est le grand moyen de diffusion ; mais, pour le professeur de Munich, quand, dans une localité saine jusqu'à l'arrivée d'un cholérique, la maladie éclate sous forme épidémique, c'est dans la constitution physique du sol infecté qu'il faut chercher la cause capitale de l'épidémie. Il ne s'agit point, dit M. Jaccoud dans son traité de pathologie avec le talent d'exposition qu'on lui connaît, « de la constitution géologique du sol dans son ensemble, c'est la composition des couches superficielles, au point de vue de la porosité et de la perméabilité; les dépôts d'alluvion, l'argile, le calcaire et surtout le calcaire magnésien, sont les terrains les plus dangereux. Le même élément peut ainsi être salutaire ou nuisible, suivant ses rapports avec les couches voisines; le calcaire jurassique, recouvert de sable et de grès ou d'argile qui entretient l'humidité, n'est point préservatif; mais s'il compose toute la masse, au point d'être à nu comme roc à la surface du sol, il n'est pas moins salutaire que le granit, les formations primitives ou de transition. » Ce qu'il importe donc de connaître, c'est la constitution physique, compacte ou poreuse, des couches superficielles sur lesquelles sont bâties les maisons; c'est cet élément qui décide « comme fait et comme degré » de la diffusion des éléments toxiques produits par les déjections cholériques et leur mélange avec les matières déjà contenues dans les fosses. Un grand nombre de cartes géologiques se rapportent à l'étude de cette question. Nous avons noté un certain nombre de coupes de terrains se rapportant au sol sur lequel est assis la ville de Munich, et justifiant les vues de M. Pettenkofer.

En ce qui touche Munich, les fosses d'aisance *fixes* apparaissent dans les mémoires du savant hygiéniste très-clairement, comme une des causes capitales de propagation infectieuse. Les matières alvines cholériques, mélangées dans les fosses fixes avec les matières fécales ordinaires, créent de puissants et volumineux foyers de contage qui filtrent à travers le sol, et causent ainsi les émanations telluriques qui atteindront les sujets en simple état de réceptivité morbide, ceux qui n'auront même point été en contact, en rapport avec un malade, ou qui n'auront point été soumis à l'influence de ses déjections. En traitant cet hiver de la canalisation, le professeur de Munich insiste en détail sur tout ce qui a trait à la construction matérielle même des canaux et des fosses, en vue de conjurer les dangers de ces filtrations morbigènes (1).

Le second point, élucidé par les recherches du professeur munichois, et qui, pour lui, a une importance plus grande encore que la constitution physique du sol, c'est le niveau de l'eau souterraine. M. Pettenkofer a fait construire, pour démontrer pratiquement à ses élèves les variations de niveau des cours d'eau intra-terrestres, dans les jardins de l'institut d'intéressants appareils. Supposons les couches telluriques contagionnées par les liquides et les matières organiques qui filtrent d'une fosse d'aisance, mais baignée en même temps par un cours d'eau souterrain dont le niveau est au maximum; dans ce cas, il n'y a pas d'émanations telluriques nocives possibles, ou, du moins, si ces émanations ont lieu, elles ne donneront qu'un minimum de contage. Mais, si au moment où le sol est contagionné, l'eau souterraine s'abaisse rapidement, alors, avec cet abaissement coïncidera l'explosion épidémique par la diffusion du contage dont la reproduction sera facilitée. Tous les faits, il faut bien le dire, ne sont point venus servir de preuves à la théorie de M. Pettenkofer. Cependant dans un voyage scientifique fait à Lyon, ce maître a montré que, d'une part, la constitution physique du sol sur lequel repose cette ville, et que, d'autre part, le niveau de l'eau souterraine pouvaient parfaitement expliquer comment la cité avait été jusqu'ici réfractaire à l'*épidémie* cholérique. Jamais, en effet, le choléra n'a affecté à Lyon d'autre forme que la sporadique. Mais Pettenkofer a montré que cette prétendue immunité n'était que relative, car, dans l'année 1865, qui compta de nombreux cas de choléra sporadique, le niveau de l'eau souterraine atteignit un minimum qui pour le professeur de Munich était l'extrême limite; une fois celle-ci dépassée, l'épidémie devait apparaître (2).

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juin.

(1) Tous ces détails, rapidement indiqués ici, sont épars dans les mémoires de M. Pettenkofer indiqués ci-dessous : *Relation de l'épidémie de Malte, de Gibraltar* (1866); *le Choléra à Weymar en 1866*; *l'Épidémie de choléra en Saxe en 1865*; enfin *Relation complète de l'épidémie de choléra en Bavière en 1854*. Les travaux de M. Pettenkofer ont été résumés avec la plus grande netteté par M. Jaccoud dans son *Traité de pathologie*.

L'œuvre de M. Jaccoud est fort appréciée en Allemagne, et beaucoup d'auteurs ici tiennent à grand honneur et pour bonne fortune d'être présentés au public médical français par un esprit si éminent, si au courant des littératures étrangères, par une plume si distinguée. Il est fâcheux qu'il ne se trouve point actuellement outre-Rhin quelque écrivain de même mérite pour vulgariser avec la même ardeur les productions de notre littérature scientifique.

(2) *Die Immunitaet von Lyon und das Vorkommen der Cholera auf Seeschiffer*. 1868.

Les derniers travaux de Pettenkofer ont traité de la salubrité des villes, et de la valeur des extraits de viande comme aliment (1).

Si l'on prend la moyenne du chiffre des étudiants en médecine qui ont fréquenté la Faculté de Munich depuis 1867, nous voyons que ce chiffre, bon an mal an, est de deux cent soixante-quinze environ. Dans ce laps de temps, nous voyons encore que la Faculté de médecine a été fréquentée d'année en année par un chiffre croissant d'élèves. Dans le semestre d'été 1867, deux cent deux étudiants seulement suivent les cours; dans le semestre d'été de 1871, nous en comptons deux cent soixante-deux; dans le semestre d'hiver de 1872, nous en comptons trois cent cinquante-cinq; mais ce chiffre retombe à deux cent quatre-vingt-dix-sept pour le semestre d'hiver actuel, 1875-1876. Nous n'en devons pas moins constater cette augmentation de près de cent élèves, chiffre soutenu, dans l'espace de ces neuf années. Dans la statistique générale que nous présenterons à la fin de ces lettres, dans un appendice, on notera que cette progression, lente auprès de celle de Leipsig par exemple, n'est pas particulière à Munich, mais qu'elle se retrouve dans les Facultés de Bonn, de Breslau, de Graz, de Greifswald et de Marbourg.

Parmi les grandes Facultés de médecine d'Allemagne, Munich occupe le septième rang entre Greifswald et Graz. Les quelques détails que nous avons donnés dans cette lettre prouveront, peut-être, au lecteur que la Faculté bavaroise méritait de nous arrêter quelque peu.

En ce qui concerne le mouvement général des esprits à un point de vue plus étendu, il y aurait aussi mille réflexions d'un haut intérêt à faire. A l'heure présente, tous les États méridionaux, sont entrés bon gré mal gré, dans les voies nouvelles où la force d'un puissant voisin les a tout d'abord poussés. La Bavière, après avoir rêvé vers 1830 l'unité allemande par l'association, c'est-à-dire par la liberté, est animée aujourd'hui en majorité d'un souffle moins libéral, mais qui n'en est pas moins gros de conséquences, par ce qu'il repose sur une intelligence complète de l'esprit des sociétés contemporaines et sur l'appui tout au moins moral du peuple qui tient en ses mains le dépôt de l'unité de l'Allemagne. Les sciences biologiques, en particulier, avec toute l'influence que leurs libres progrès doivent exercer désormais sur la marche de l'esprit humain, ne rencontrent point chez ce peuple, où cependant est pratiqué en immense majorité le même culte que dans notre pays, les oppositions sourdes ou découvertes, mais toujours menaçantes, que nous connaissons par une triste expérience. C'est un spectacle inconnu à l'Allemagne, depuis de longues et nombreuses années que celui d'hommes à qui leur haut rang et leur caractère sacré devraient interdire de s'abaisser au plus triste des rôles, s'acharnant, avec un aveuglement digne à la fois de colère et de raillerie, après les maîtres les plus recommandables par le caractère et le mérite, et, les voulant chasser de ce corps des professeurs de l'État, déjà si restreint, comme coupables du crime de vraie science et de liberté intellectuelle. Dans ce pays, où les descendants de la famille royale de Wittelsbach ne sont sans doute pas plus que leur impérial voisin, Habsbourg, favorables aux principes nouveaux, M. de Döllinger restera professeur ordinaire à la Faculté de théologie et les professeurs d'une Faculté de médecine ne verront pas leurs cours, leurs leçons, leurs livres tournés en tous sens, soumis à des examens mal intentionnés, à des interprétations où la haine sème le mensonge. Ici, comme dans le reste de l'Allemagne, c'est une œuvre nationale pour les gouvernements de favoriser l'essor des sciences, et de faciliter les recherches de ceux qui les cultivent. Les institutions d'enseignement font monter dans les chaires officielles, et réunissent dans les Facultés la grande majorité des hommes qui peuvent être utiles; et, l'esprit public protége contre l'intolérance des partis ceux qui, ailleurs, seraient probablement abandonnés et sacrifiés. Il faut, sans doute, chercher dans le voisinage de l'Allemagne protestante, dans les nécessités politiques et sociales auxquelles les partis religieux doivent ici se plier, pour trouver un *modus vivendi* où chaque jour n'amène pas un scandale nouveau, l'explication d'une situation intérieure si enviable.

(1) *Ueber den Werth der Gesundheit fur eine Stadt. — Ueber Nahrung und Fleischextract.* — 1873-74.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

22. Dehenne. De quelques explorations chirurgicales inutiles et dangereuses.
23. Dulion. De l'emploi du cautère actuel et de la galvanocaustie thermique dans le traitement des tumeurs érectiles.
24. Ortega. De l'influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sur la phthisie pulmonaire, et réciproquement.
25. Thuet. Du délire dans la fièvre typhoïde.
26. Stoïcesco. Du frisson, sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral.
27. Le Bolloch. De la suture des paupières pour prévenir l'ectropion particulièrement dans l'œdème malin.
28. Alfonsi. De la gastrectasie.
29. Samechon. Contribution à l'étude de la courbe thermoscopique de quelques fièvres traumatiques.
30. Pommay. Recherches sur quelques questions relatives au développement du tissu osseux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des amis des sciences, fondée par Thénard, tiendra sa 17e séance publique annuelle sous la présidence de M. Bertrand, membre de l'Institut, le jeudi 8 juin, à heures très-précises du soir, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres.

Ordre du jour. — 1° Compte rendu de la gestion du conseil d'administration par l'un des secrétaires de la Société. — 2° Éloge de M. Balard, membre de l'Institut, par M. Debray, maître de conférences à l'École normale supérieure. — 3° Conférence sur l'influence des changements considérables de la pression de l'air sur les êtres vivants, par M. Paul Bert, professeur à la Faculté des sciences. — 4° Dépouillement du scrutin pour l'élection des membres du conseil et du bureau de la Société.

NOTA. Les personnes qui seraient disposées à devenir membres de la Société trouveront à l'entrée de la salle un bureau où elles pourront se faire inscrire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les causes de la gravelle et de la pierre étudiées à Contrexéville pendant neuf années de pratique médicale, par le docteur DEBOUT D'ESTRÉES. — 1 vol. In-8° avec 32 figures dans le texte. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce,

De la fluxion ou congestion pulmonaire simple chez les enfants, par le docteur HIRN. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delayahe et Ce.

Recherches sur les causes de l'épilepsie et des convulsions épileptiformes, par D. HUGON, interne des hôpitaux, etc. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur l'esthiomène (de la région vulvo-anale), par le docteur FIQUET. — In-8° Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Notice sur les eaux de Taraspe Schulze, Basse-Engadine, canton des Grisons (Suisse), par le docteur KILLIAS. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 66. — JEUDI 8 JUIN 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 8 JUIN 1876. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est une satisfaction intense, pour tous ceux qui n'ont pas perdu le culte de la science vraie, que d'entendre M. Bouillaud venant exposer, pour ainsi dire, l'évolution de quelques-unes de ses découvertes. Il y a quelque trente et quarante ans, on ne se contentait pas en France, en fait d'œuvres de médecine, de constructions semblables à des châteaux de cartes, où une hypothèse hasardée trouve son point d'appui sur d'autres hypothèses tout aussi peu solides, sur quelque apparence de fait mal analysé. On pensait beaucoup avant d'écrire. Au lieu de citations oiseuses, on recueillait les faits connexes, on cherchait les liens naturels entre des phénomènes soigneusement observés, et on mettait sans cesse en action les qualités fondamentales des races latines, le jugement, le discernement, l'esprit de synthèse. Aussi les travaux des Laënnec, des Andral, des Cruveilhier, des Bouillaud et de tant d'autres leurs contemporains, ont-ils une solidité qui les fera rester debout alors que des travaux beaucoup plus modernes se seront depuis longtemps effondrés sans rien laisser qui les rappelle.

A propos des bruits vasculaires et des bruits de souffle du cœur sans cause organique, M. Bouillaud a rappelé sa propre théorie et celle de Laënnec : elles datent d'un demi-siècle, et c'est encore entre les deux qu'on peut hésiter aujourd'hui; ou plutôt faut-il les combiner, car elles représentent chacune une des faces de la question.

M. Bouillaud a découvert la grande loi de coïncidence qui rattachait intimement ces bruits de souffle à l'hydrémie, à l'appauvrissement du sang, à la chlorose.

Cette loi avait échappé à Laënnec; mais l'illustre inventeur de l'auscultation médiate, en attribuant ces bruits à une action nerveuse, à une sorte de spasme du cœur et des vaisseaux, n'avait pas émis sa théorie sans observations suffisantes, à la légère.

Il est certain que quelquefois ces bruits varient, se produisent, disparaissent, puis réapparaissent pour s'éteindre encore, avec une grande rapidité, chez des sujets de longue date anémiques et chez lesquels l'état du sang n'a pas varié sensiblement pendant ces périodes diverses.

Ils ne tiennent donc pas exclusivement à l'anémie. Depuis plusieurs années déjà, j'étudie avec attention ce phénomène sur un grand nombre de jeunes gens qui sont journellement sous mon observation, et j'ai indiqué, à plusieurs reprises, dans la *Gazette des Hôpitaux*, les variations curieuses que j'ai eues à noter. Plusieurs fois j'ai vu les bruits de souffle coïncider avec une névralgie des espaces intercostaux sous-mammaires, et cesser subitement avec un déplacement de la névralgie, qui s'était portée vers la tête, vers la région lombaire ou ailleurs. Ceci irait bien dans le sens de la théorie de Laënnec; et n'en cadrerait pas moins bien avec les idées générales de M. Bouillaud, car l'illustre académicien rappelait encore aujourd'hui que l'anémie est une cause de névroses, de névralgies de toute sorte, et en général de ce qu'on appelle tempérament ou état nerveux.

Le mémoire actuel de M. Bouillaud est très-remarquable. Il a pour but d'établir la complète identité des bruits perçus par l'auscultation de l'abdomen chez les femmes enceintes avec les autres bruits de souffle provoqués par une pression légère sur des artères de gros calibre, telles que les iliaques, sur lesquelles appuie en effet le globe utérin.

Dans un travail récent, M. le docteur Glénard voulait placer le siége de ces bruits dans une artère de plus faible calibre, l'artère épigastrique. Ce fut l'occasion de la discussion qui s'engage à l'Académie. M. Glénard vient de proposer de fournir, dans le service de M. Depaul, à la clinique d'accouchements, devant ceux qui doutent, la preuve expérimentale évidente du fait sur lequel il s'est appuyé. C'est une occasion à ne pas négliger pour ceux qui tiennent à se faire une conviction par eux-mêmes.

Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

I. Encéphalo-méningite; fracture de la rotule. — II. Névralgie sus-orbitaire, avec phénomènes de voisinage du côté de l'œil, consécutive à une dent gâtée.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

I. Vous avez sous les yeux des pièces provenant d'un malade qui n'a fait que passer dans nos salles. Précédemment dans le service de M. Woillez, il s'était jeté, dans un accès de délire, par la fenêtre de la salle où il était entré depuis la veille seulement. Au moment où il nous fut amené, il était en proie à un délire assez agité, assez caractérisé par des pensées empruntées à la bouteille, à la boisson, à la chopine, etc., en un

mot aux préoccupations habituelles du malade, pour faire penser avec raison que le délire qu'il présentait était un délire alcoolique, mais surajouté à quelque autre maladie déjà existante, que nous ne connaissions pas du reste et pour laquelle il était entré chez M. Woillez. Quand il fut apporté dans notre service, cet homme n'était pas en commotion cérébrale : il délirait, mais ne dormait pas. Le malade resta dans cet état depuis le samedi, jour de l'accident, jusqu'au lundi matin. A ce moment, nous avons constaté, comme lésion chirurgicale, une contusion violente du genou, avec fracture de la rotule, une plaie contuse au niveau de la région sourcilière droite, puis le délire dont je vous ai parlé indiquant un ébranlement du cerveau, une contusion, peut-être une fracture du crâne. En tout cas nous n'avons vu se produire aucun écoulement de sang, soit par les oreilles, soit par la bouche ou le nez. Et d'ailleurs, il importait peu qu'il y eût fracture. La grande question était qu'il n'y eût pas de lésion traumatique à l'encéphale.

Eh bien, ce délire était-il la conséquence d'une lésion traumatique, ou était-ce simplement un délire alcoolique compliqué d'une commotion cérébrale, ou bien enfin un de ces délires qui surviennent après l'ébranlement de l'encéphale et empruntent leur gravité à l'état antérieur alcoolique?

Rien ne m'indique positivement que le délire fut la conséquence d'une commotion ou d'une contusion cérébrale parce qu'il n'y avait pas d'agitation autre que le délire. Mais cet homme délirait déjà avant de tomber, par conséquent la commotion cérébrale qui a résulté de sa chute a dû encore aggraver son délire.

Cet homme a succombé très-rapidement. Nous avons trouvé à l'autopsie, comme lésions en rapport avec sa maladie, une méningo-encéphalite suppurée, des fausses membranes, une infiltration de pus à la surface du cerveau et dans la cavité arachnoïde. En un mot les lésions qui caractérisent la méningite pseudo-membraneuse et purulente.

Eh bien, comme il s'est passé seulement trente-six heures entre l'accident dont cet homme a été victime et la mort, nous ne pouvons pas facilement admettre que ce soit le traumatisme qui ait amené la méningite. Il est probable, par conséquent, que cet homme était déjà atteint de méningite avant son entrée dans notre service, et que la chute n'a fait que l'aggraver.

Ce qu'il offrait aussi d'intéressant, c'est qu'il présentait, comme je vous l'ai dit, une fracture de la rotule avec écartement considérable des fragments. Cette frature comme vous pouvez en juger, était transversale et avait sa surface couverte de caillots sanguins, de telle sorte que nous aurions eu de la peine à trouver, sur le vivant, de la crépitation. Elle se compliquait en outre de la déchirure de tout le tissu fibreux et, sur le fragment supérieur, il existait une destruction, dans une assez grande étendue du cartilage diarthrodial, avec large ecchymose.

Aussi, cette fracture eût-elle, peut-être, été intéressante durant la vie, parce que, contrairement à ce qu'on observe le plus souvent, ces fractures par cause directe (le malade était tombé sur les genoux) ou au moins avec l'intervention d'une cause directe agissant très-puissamment, ces fractures disons-nous présentent une infiltration sanguine dans l'épaisseur de la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'épaisseur des muscles, dans l'articulation. En un mot la quantité de sang ainsi épanché est encore plus considérable que celui que donnent les os fracturés. Mais dans les fractures de la rotule, il est extrêmement rare que le sang provenant de la fracture de l'os s'infiltre dans les parties molles. S'il y a ecchymose, c'est que la fracture est survenue sous l'influence d'une cause directe. Cela ne veut pas dire que la contraction musculaire n'intervienne pas dans la production de cette fracture, mais il est très-probable que la cause directe y entre pour la plus grande part.

II. Je veux maintenant appeler votre attention sur un malade, couché au nº 11 de la salle des hommes, où il est entré pour une névralgie sus-orbitaire caractérisée par des douleurs très-vives au niveau de la fosse sus-orbitaire. Cette névralgie est accompagnée d'un peu de gonflement de la paupière supérieure, d'une certaine difficulté d'ouvrir l'œil peut-être déterminée par ce gonflement œdémateux de la paupière supérieure, surtout d'un larmoiement assez considérable, et enfin d'un peu d'injection, d'hyperémie de la conjonctive palpébrale inférieure.

En présence de cette affection, il y a une question à se poser. Cet enfant (le sujet à quinze ans) a-t-il une névralgie sus-orbitaire parce qu'il est atteint d'une petite inflammation de l'œil et surtout de la paupière, inflammation se traduisant par un gonflement œdémateux et surtout par l'hyperémie de la paupière inférieure? ou bien, a-t-il au contraire, ce gonflement de la paupière, ce larmoiement, cette hyperémie, parce qu'il a une névralgie? Eh bien, on peut accepter les deux opinions. Pour ma part, cependant, je serais plus disposé à mettre ces petits troubles physiologiques et ces petites lésions de l'appareil de la vision, sur le compte de la névralgie. Vous rencontrerez assez souvent, dans la pratique, des gens qui seront ainsi affectés d'une névralgie sus-orbitaire très-intense et qui présenteront en outre, un peu de gonflement, de gêne dans les mouvements de la paupière supérieure et du larmoiement. Ce qui est plus rare, peut-être, c'est d'observer une hyperémie de la conjonctive par le fait de la névralgie sus-orbitaire et c'est parce que cela est un peu plus rare que je ne résous pas le problème très-nettement au premier abord.

Mais enfin, comme il existe chez cet enfant une blépharite muqueuse, pas très-prononcée il est vrai, comme à celle-ci viennent se joindre deux autres symptômes, le larmoiement et le gonflement de la paupière supérieure, que j'ai souvent eu occasion d'observer dans les névralgies sus-orbitaires intenses; comme, d'un autre côté, ce jeune garçon n'avait pas antérieurement, de maladie des paupières, je suis disposé à croire que les phénomènes objectifs et subjectifs, qui s'observent du côté de l'œil, dépendent de la névralgie.

Et je crois ici avoir d'autant plus raison, que l'on n'a pas souvent occasion d'observer la névralgie sus-orbitaire avec une simple ophthalmie, mais bien plutôt avec un iritis, un irido-choroïdite, etc., Aussi ai-je voulu m'assurer, par l'examen ophthalmoscopique, s'il n'existait pas, chez ce malade, de l'iritis. Nous n'avons rien trouvé. La rétine était très-dilatée, bien qu'on n'eût pas fait usage de belladone, la vision était très-nette. L'absence d'iritis ou d'irido-choroïdite était donc une raison de plus pour rapporter les phénomènes que nous observions du côté de la paupière supérieure et de l'œil à la névralgie.

Ce qui m'a fait hésiter un instant dans ce diagnostic, c'est qu'il n'est pas commun de voir une névralgie sus-orbitaire survenir sans inflammation de l'œil chez un garçon de quinze ans et demi. La névralgie sus-orbitaire est une maladie rhumatismale. Sans doute on peut avoir des rhumatismes à quinze ans, mais c'est un fait peu fréquent et même rare que la névralgie survienne avant toute autre manifestation rhumatismale.

J'ai reporté alors mes souvenirs vers une étiologie de la

névralgie sus-orbitaire qui n'est pas très-rare, et les maux de dents. En interrogeant ce garçon à ce sujet, il m'a bien dit qu'il avait une dent gâtée qui l'avait fait souffrir pendant quelque temps, mais que depuis, la douleur avait disparu. En examinant en effet la mâchoire, nous sommes arrivé chez lui, avec le crochet dont se servent les dentistes, dans une cavité située à la face postérieure de la première grosse molaire inférieure gauche, toutefois sans que le contact de l'instrument y provoquât la moindre sensation de douleur. Or, en général, quand c'est une dent cariée qui détermine la névralgie, la douleur qu'elle provoque persiste aussi longtemps que la névralgie : la dent est douloureuse, soit spontanément, soit au contact. A défaut de la douleur spontanée, celle que détermine la percussion vous avertit au moins de la cause de la névralgie.

Chez ce jeune garçon, au contraire, il n'existe pas la moindre douleur, mais il nous déclare qu'il y a environ deux semaines il a souffert de sa dent, et que, en même temps qu'il a commencé à souffrir de celle-ci, il a eu sa névralgie. J'ai du reste des faits de ce genre dans ma pratique très-positifs, très-nets. Entre autres exemples, je vous citerai le cas d'une dame que j'ai soignée avec M. Barth, qui était affectée d'une névralgie sus-orbitaire déterminée par une dent gâtée dont elle n'avait cependant jamais souffert. Nous avons extrait la dent et, avec elle, le mal a disparu.

Par conséquent, les dents croisées sont susceptibles de provoquer des névralgies sus-orbitaires tantôt parce que ces dents sont douloureuses spontanément et que la douleur irradie vers le front, parce que, si elles ne sont pas douloureuses spontanément, elles le sont au contact; enfin, si elles ne déterminent aucune douleur, ni provoquée ni spontanée, parce qu'il existe un état maladif de la pulpe dentaire, du périoste-alveolo dentaire, qui ne se traduit pas par la douleur, mais qui n'en envoie pas moins une irradiation névralgique.

Le diagnostic de l'affection dont ce gardien est atteint est donc une névralgie sus-orbitaire, avec phénomènes de voisinage du côté de l'œil, consécutive à une dent gâtée.

La conclusion de tout ceci, c'est que si la névralgie n'est pas calmée par les antispasmodiques, il faudra s'adresser à la dent elle-même et pratiquer son extraction.

MENSURATIONS COMPARÉES DES TEMPÉRATURES DE L'AISSELLE ET DE LA MAIN.

Par M. le docteur Couty, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

On a étudié à peu près complétement les températures centrales, aisselle, anus, etc., et leurs variations ; mais les températures des extrémités, pied, main, n'ont encore été l'objet d'aucune recherche précise; et on en est réduit à des observations vagues et sans valeur.

M. Couty a pris, dans le service de M. Villemin, un très-grand nombre de températures de la main dans différentes affections fébriles, à leurs diverses périodes, et a présenté à la Société de biologie des courbes comparatives, main et aisselle, de fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, fièvre intermittente, infiltration tuberculeuse, érysipèle, pneumonie, pleurésie, rhumatisme articulaire, etc.

Sur toutes ces courbes, on voit la température de la main être égale, ou différer au plus de quelques dixièmes de degré, tant que la fièvre est à la période d'augment ou d'état.

Dans quelques cas même, de pneumonie, érysipèle, rhumatisme, la température de la main, prise avec soin, a paru, à certains jours, être supérieure de 1 à 2/10e de degré à celle de l'aisselle. Seulement il est possible que, malgré les précautions prises, le thermomètre placé dans la cavité axillaire, où il est souvent difficile de l'appliquer exactement, n'en ait pas donné la température réelle.

Un premier fait constant est donc établi; la température de la main et celle de l'aisselle tendent à s'égaliser dans la période fébrile.

Au contraire, dès que survient la convalescence les températures, presque égales auparavant, deviennent très-différentes, quoiqu'elles soient prises, en apparence dans les mêmes conditions, le malade étant au lit, et la main exposée à l'air, tant que les doigts sont repliés sur le thermomètre : la température de l'aisselle tombant à 37 degrés, celle de la main descend à 34, 32 et même 30 et 28 degrés.

La défervescence de la température de la main, paraît, dans certaines espèces morbides, précéder la défervescence axillaire ; au contraire, dans certains autres cas, de rhumatisme par exemple, la défervescence de la main a été très-tardive.

M. Couty constate ces faits, sans établir de division hâtive, que n'autorise pas ses courbes encore trop peu nombreuses. Du reste, il se propose de continuer ses recherches; d'établir de nouvelles courbes; d'étudier la température du pied, dont l'augmentation serait un peu moins considérable; de rechercher les diverses conditions physiologiques ou extérieures, qui peuvent expliquer cette élévation de température des extrémités, et de fixer leur valeur relative.

Un seul fait est établi par cette première communication : dans toutes les maladies fébriles, à moins de conditions spéciales, le plus souvent nerveuses, qui restent à déterminer, l'augmentation de température des extrémités est beaucoup plus considérable que celle des parties centrales ; et la température de la main et de l'aisselle s'égalisent ou tendent à s'égaliser.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu négatif des maladies épidémiques des départements de l'Aveyron et de la Drôme, pour l'année 1875. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Willemin, récemment élu membre correspondant national;

2° Une lettre de M. Jaccoud, qui se porte candidat dans la section de pathologie interne;

3° Un mémoire de M. Pigeon (de la Nièvre), intitulé : *Contribution à l'étude des causes de la rage spontanée chez l'espèce humaine;*

4° Une lettre de M. le docteur Jacquet, médecin à Aurillac (Cantal), relative à la présence de la globuline dans la rate, dans le foie et dans les reins des mammifères;

5° Une note de M. Mascarel, intitulée : *Des effets de lavements sinapisés, donnés par erreur dans un cas d'entéro-colite aiguë.*

DISCUSSION SUR LE BRUIT DU SOUFFLET DIT PLACENTAIRE

M. BOUILLAUD, à propos de la théorie de M. Glénard, dont il a été fait mention dans une des dernières séances de l'Académie, fait de vive voix le résumé d'un mémoire considérable sur la nature des bruits de soufflet dits placentaires. Pour établir leur identité avec les bruits de soufflet des grosses artères, et leur localisation dans les artères intrapelviennes, il étudie ces derniers bruits, dans toutes les circonstances où ils se font entendre, divisant d'abord les bruits vasculaires en deux grandes classes : bruits normaux et bruits anormaux.

1° Les bruits normaux sont peu marqués dans les artères, quand on ne fait intervenir aucune pression. On peut cependant y distinguer un double bruit sourd correspondant à la diastole puis à la systole du vaisseau, le premier temps, le temps diastolique est plus long, plus fort, par conséquent plus facile à entendre que le se-

cond. Ce double bruit paraît avoir pour cause essentielle les vibrations du tube artériel lors de la double secousse de la dilatation, puis du resserrement actif. Quant au frottement du liquide contre la paroi artérielle, à l'état normal, il ne peut produire aucun bruit, quand le passage du sang ne rencontre pas d'obstacle; mais si on diminue sur un point le calibre du tube artériel par une légère pression, le frottement se trouvant augmenté, un bruit de souffle apparaît aussitôt, même alors que le sang offre sa densité, sa composition accoutumée, et ses conditions ordinaires de glissement. Si ces conditions sont changées, les bruits observés ne doivent plus être considérés comme normaux mais comme anormaux.

2° Nombreuses sont les variétés des bruits anormaux, soit du cœur, soit des artères, même en laissant de côté tous ceux qui se rattachent à des altérations organiques. Le bruit de souffle musical des vaisseaux a été nommé, suivant son type, bruit de mugissement, bruit du diable, bruit de piaulement, chant des artères, etc.; qu'il possède l'une ou l'autre de ces formes, il peut, comme le bruit de soufflet proprement dit, alors qu'on l'entend dans un vaisseau, soit avec le rhythme intermittent, soit avec le rhythme continu, y être exagéré par une pression légère qui vienne augmenter le frottement de l'onde sanguine contre un point de la paroi.

M. Bouillaud rappelle que Laënnec a le premier signalé ce genre de bruit de souffle, et qu'il l'expliquait par une simple action nerveuse, par une sorte de spasme du cœur ou des vaisseaux. Il raconte comment il fut lui-même conduit à y reconnaître la plupart du temps le résultat d'une diminution dans la densité du liquide sanguin. Ce bruit s'entendait principalement chez les femmes chlorotiques ou chez des hommes très-anémiques. On le voyait survenir très-vite chez les malades que l'on traitait par la méthode des émissions sanguines abondantes et répétées, des boissons aqueuses et de la diète, pour quelque affection inflammatoire. Chez eux, il cessait de se faire entendre, dès que le sang se rapprochait de sa composition normale, dans le cours de sa convalescence. L'aéromètre de Baumé, à l'aide duquel M. Bouillaud a étudié la densité du sang dans vingt-neuf cas de ce genre, lui a permis de voir que la densité devait s'abaisser au moins jusqu'au sixième degré, pour qu'on vît naître ces bruits de souffle.

Quand on les étudie dans des artères de divers calibres, on s'habitue bientôt à reconnaître ceux qui se passent dans une artère grosse ou moyenne. En effet, leur intensité, et surtout leur tonalité, dépendent du diamètre du tube vibrant.

C'est en s'appuyant sur ces notions, acquises et perfectionnées par une très-longue expérience, que M. Bouillaud a reconnu, dans les bruits de soufflet dits placentaires, tous les caractères des bruits de soufflet qui se font entendre dans des artères assez considérables, telles que sont les artères iliaques.

Bruits de soufflet dits placentaires. — De nombreuses théories se sont déjà fait jour à propos de ces bruits de souffle que découvrit, dès 1822, M. Kergaradec, en auscultant l'abdomen des femmes enceintes; c'est à la première en date qu'ils doivent le nom sous lesquels on les connaît encore. En effet, M. Kergaradec lui-même en plaçait le siége dans le placenta ou dans la partie de la matrice où celui-ci s'insère. Un peu plus tard, dans la seconde édition de son *Traité d'auscultation*, Laënnec les croyait encore placentaires, mais il voulait les localiser dans l'artère principale du placenta.

M. Bouillaud discute toutes ces théories, et celles qui les ont suivies : il rappelle les beaux travaux de M. Paul Dubois, Depaul, Jacquemier, Blot, etc., mais en déclarant que pour lui il est impossible de rattacher ces bruits de souffle aux vaisseaux placentaires ou utérins. Les arguments qui lui font repousser ces théories ont déjà été exposés par lui, en partie, il y a quarante et un ans, en 1835, dans son *Traité clinique des maladies du cœur*, et, dès cette époque, il soutenait que le siége des bruits de souffle abdominaux des femmes grosses était dans les artères du bassin, comprimées par le segment inférieur de l'utérus.

Il est évident que si ces bruits se passaient dans une grosse artère du placenta, comme l'a supposé Laënnec, ils seraient isochrones aux battements du cœur de l'enfant, au lieu de l'être, comme ils le sont, aux battements du cœur de la mère.

On ne peut dire qu'ils sont produits dans les vaisseaux de l'utérus gravide, à cause des modifications que la conception y provoque, car s'il en était réellement ainsi, on ne les observerait jamais avec leurs caractères propres, en cas de tumeur abdominale autre qu'une grossesse. Or, plus d'une fois déjà, M. Bouillaud lui-même a pu s'en assurer, le bruit de soufflet dit placentaire était des plus marqués alors qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire, ou d'une autre tumeur qui exerçait une pression sur les artères du bassin. D'ailleurs, ainsi que l'a constaté M. Jacquemier, la plupart du temps chez les femmes enceintes qui présentent ce bruit de souffle de la manière la plus accentuée, lorsqu'on les ausculte couchées ou debout; on cesse de le percevoir lorsqu'on les fait placer sur les genoux et les coudes, de telle sorte que l'utérus cesse de presser sur les artères iliaques.

On a objecté que ces bruits ont une tonalité et une intensité qui ne sont point celles des bruits artériels; mais c'est complétement inexact. Ils ressemblent absolument aux bruits que la pression fait naître dans des artères égales aux iliaques, et ils varient comme eux avec l'état du sang, plus musicaux chez les chlorotiques, etc.

M. Bouillaud n'est donc pas disposé jusqu'à présent à abandonner la doctrine qu'il a toujours professée, pour admettre la théorie nouvelle de M. le docteur Glénard, dite *théorie épigastrique*. Cette théorie se base exclusivement sur ceci. Suivant son auteur, on ferait disparaître dans toute l'étendue de l'abdomen les bruits de souffle dits placentaires en comprimant suffisamment l'artère épigastrique près de son origine. Ceci paraît bien extraordinaire, d'autant plus que le petit calibre de cette artère épigastrique ne permet guère de supposer qu'elle soit le siége de bruits de souffle intenses. Avant de se prononcer pleinement à ce sujet, M. Bouillaud voudrait assister à une démonstration clinique, expérimentale.

M. DEPAUL. Je viens justement de recevoir une lettre de M. Glénard, qui m'annonce son arrivée et me propose de nous rendre témoins du fait annoncé, sur la réalité duquel j'avoue encore conserver quelques doutes semblables à ceux que vient d'exprimer M. Bouillaud.

A cinq heures moins le quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 juin 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Hémorrhagie méningée. — M. LABORDE montre le cerveau d'un chien chez lequel il avait produit expérimentalement une hémorrhagie méningée, et qui a présenté une série de phénomènes qui peuvent se diviser en deux groupes : dans une première période, l'animal a présenté d'abord de l'excitation, de l'hyperesthésie et même des convulsions, puis un phénomène sur lequel insiste particulièrement M. Laborde, la déviation conjuguée des yeux du côté opposé; dans une seconde période, on observe des phénomènes de compression, c'est-à-dire de la paralysie, une hémiplégie, de la stupeur, un état de somnolence, le coma et enfin la mort au bout de quarante-huit heures.

M. Laborde a répété souvent la même expérience, et chaque fois qu'il s'est placé dans les mêmes conditions, il a observé ces mêmes phénomènes, qui sont ceux d'ailleurs qu'on observe, en clinique, chez les individus atteints de la même lésion.

M. PRÉVOST fait observer que, dans la communication de M. Laborde, il y a un fait qui paraît contraire à ce que l'on observe habituellement, c'est la déviation conjuguée des yeux du côté opposé. Généralement, en effet, dans les cas d'hémorrhagies méningées, c'est du côté du foyer qu'a lieu la déviation conjuguée des yeux. Mais dans le cas actuel, M. Prévost fait remarquer que la lésion paraît s'étendre vers la protubérance annulaire, suffisamment peut-être pour expliquer la déviation conjuguée des yeux du côté opposé.

M. LABORDE répond que l'on ne peut encore, à cet égard, établir

des lois précises, et que c'est peut-être s'avancer un peu trop que de dire, avec M. Prévost, que dans les cas d'hémorrhagies méningées, la déviation conjuguée des yeux a toujours lieu du côté du foyer. Quant à M. Laborde lui-même, il se contente de signaler ce fait que, dans toutes les expériences où il s'est placé dans les mêmes conditions, il a constamment vu cette déviation se produire du côté opposé.

Un cas de rage. — M. PRÉVOST, en son propre nom et au nom de M. Salos, son interne, communique le fait suivant qu'il a eu occasion d'observer, dans son service, à l'hôpital de Genève. Il s'agit d'une femme qui entra dans ce service au mois de juillet de l'année dernière et qui, six semaines auparavant, avait été mordue par un chat enragé. Au moment même de la morsure, elle se fit cautériser le doigt mordu avec de l'ammoniaque. Ce chat, qui d'habitude était très-tranquille, avait peu à peu changé de caractère et était devenu irascible; un jour qu'il avait mordu un enfant, il fut jeté par la fenêtre, tomba auprès de cette femme et la mordit au doigt. Deux poulets qui avaient été mordus par lui moururent en très-peu de temps.

Deux ou trois jours avant la déclaration de la rage chez cette femme, la plaie du doigt, qui s'était fermée, se rouvrit et suinta quelque peu, elle éprouva d'assez vives douleurs dans le bras et, le quarante et unième jour après la morsure, elle fut prise de trismus bientôt suivi de tous les autres symptômes de la rage, dont le développement fut extrêmement rapide; elle mourut en l'espace de deux jours.

Comme traitement, les injections sous-cutanées de morphine étant restées sans effet, les inhalations de chloroforme ayant déterminé un spasme pharyngé très-accentué et un accès de véritable fureur rabique, M. Prévost eut recours aux injections intra-veineuses de chloral. Sous l'influence de ces injections, la malade devint très-calme; le spasme pharyngé cessa, la respiration redevint régulière et le sommeil ne tarda pas à survenir. Grâce à ces injections pratiquées toutes les heures, elle resta ainsi dans un état de stupeur jusqu'au lendemain matin et mourut sans souffrances.

M. Prévost appelle particulièrement l'attention sur ces trois points, dans cette observation : la réouverture et le suintement de la plaie du doigt deux jours avant l'apparition des phénomènes rabiques; l'inefficacité complète des inhalations de chloroforme et les bons effets des injections intraveineuses de chloral, au point de vue du calme qui, grâce à elles, a pu être procuré à la malade dans ses derniers moments.

M. HANOT rappelle qu'il a publié également un cas de rage, dans lequel les injections intra-veineuses de chloral ont amené une amélioration très-notable des symptômes. Il en fut injecté 15 grammes dans les vingt-quatre heures, de 50 centigrammes en 50 centigrammes.

Des altérations humorales dans l'ataxie locomotrice. — M. BOUCHARD a étudié les altérations humorales qu'on observe dans l'ataxie locomotrice progressive. Il a constaté que les urines deviennent alcalines, que la salive au contraire devient d'une acidité telle qu'il en résulte une altération des dents caractéristique. M. Bouchard signale particulièrement un ataxique qu'il a eu l'occasion d'observer et chez lequel apparaissaient périodiquement des crises gastriques, principalement caractérisées par de grandes douleurs d'estomac, des reins, par un malaise général, un état grippé de la face et enfin par des vomissements. Avant ces crises, avant l'apparition des douleurs, ce malade voit diminuer notablement la quantité des urines, et cela d'une façon si nette et si précise, qu'il est certain, chaque fois qu'il constate cette diminution des urines, qu'il va avoir une crise. Ses urines deviennent alors albumineuses, l'excrétion de l'urée diminue d'une façon considérable; il n'en rend plus que 9 grammes au lieu de 20 grammes qu'il rend habituellement; cet état dure deux jours, puis surviennent les douleurs d'estomac, les vomissements, etc. Aussitôt après les vomissements, apparaît une polyurie relative et l'urée reprend ses proportions normales. M. Bouchard se contente de signaler ce fait, en se proposant de revenir ultérieurement sur son interprétation.

Dosage des sulfates dans les urines. — M. CADIET fait connaître un nouveau procédé de dosage des sulfates dans les urines.

État de l'oreille du nouveau-né qui n'a pas respiré. — M. GELLÉ montre les oreilles d'un nouveau-né qui n'a pas respiré, et appelle l'attention sur les caractères particuliers que présentent ces oreilles. Il n'y a pas, dans ces oreilles, de cavité tympanique; cette cavité est, en effet remplie par un magma brunâtre au milieu duquel on aperçoit deux points blancs qui sont les osselets; on n'y trouve pas la moindre trace d'air. Ainsi absence complète d'air, présence d'un magma qui remplit la cavité tout entière, tels sont les deux caractères que présentent la cavité tympanique des oreilles du nouveau-né qui n'a pas respiré, caractères qui peuvent avoir une grande importance au point de vue médico-légal. Il suffit, en effet, de quelques heures de respiration pour que ce magma ait disparu et pour que la cavité tympanique soit remplie d'air.

M. GALLIPPE demande si ce signe, mis en lumière par M. Gellé, est plus sensible que celui que l'on a tiré de l'examen des poumons?

M. GELLÉ répond que ces deux signes sont complémentaires l'un de l'autre.

M. DUMONTPALLIER demande s'il suffit d'une seule respiration pour que ce magma n'existe plus dans la cavité tympanique, et soit remplacé par une certaine quantité d'air.

M. GELLÉ dit n'avoir pu pousser assez loin ses observations pour répondre à cette question d'une façon bien précise. Il signale ce fait en appelant sur lui l'attention des observateurs.

Mensurations comparées des températures de l'aisselle et de la main. — M. COUTY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut).

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1876 (1). — Présidence de M. HOUEL.

COMMUNICATION

Traumatisme et grossesse. — M. GUÉNIOT. C'est la troisième fois, depuis quelques années, qu'une discussion sur ce sujet s'engage devant la Société de chirurgie; différents mémoires ont été publiés en France par MM. Petit, Cornillon, Masset, Vallette (de Lyon), en Allemagne par M. Cohnstein, et beaucoup de points semblent encore obscurs, et l'on fait appel à de nouvelles observations. Cependant la thèse de Massot (juin 1873) renferme à elle seule 214 faits; d'autres ont été depuis publiés dans les *Archives de médecine*, et les *Bulletins de la Société de chirurgie* en renferment plusieurs, entre autres un dû à M. Arlaud (de Toulon), et un autre dû, cette année, à M. Nicaise. M. Verneuil en a encore apporté quelques-uns à l'avant-dernière séance, et M. Guéniot, de son côté en a réuni six, dont trois lui sont personnels, et trois, empruntés à des auteurs du siècle dernier, n'avaient pas encore utilisés dans la discussion. Cela fait un total de 235 à 240 faits bien observés et publiés, comprenant des lésions variées et de siéges différents desquels on peut déjà tirer des conclusions. Voici le résumé des six observations de M. Guéniot :

La première peut s'intituler : *Kyste volumineux de l'ovaire gauche chez une femme enceinte de quatre mois et demi, prolapsus utérin, réduction, ponction de la tumeur ovarienne, vomissements, mort sans avortement.* Il s'agissait d'une femme de la campagne entrée en 1866 dans le service de Velpeau. L'observation a été publiée par M. Guéniot au point de l'allongement œdémateux du col pendant la grossesse. Après quelques jours de séjour à l'hôpital, cette femme put rentrer elle-même son col utérin. A quelques jours de là, elle ne se plaignait guère que d'une très-forte tension du ventre. Velpeau pratiqua la ponction du kyste de l'ovaire et il sortit

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 juin.

neuf litres d'un liquide brun-chocolat. Le ventre ne diminua que médiocrement. La malade avait eu quelques défaillances antérieures; elle en eut encore le lendemain et quelques contractions utérines. Quarante-huit heures après survinrent des vomissements intenses, et du refroidissement, le faciès était grippé, et la malade mourut sans qu'il y eût d'autres signes d'avortement. A l'autopsie, M. Guéniot ne trouva ni péritonite ni épanchement abdominal. A quoi la mort pouvait-elle être attribuée? Il ne faut pas oublier que les femmes atteintes de kystes de l'ovaire peuvent succomber après une ponction, même en dehors de la grossesse, et dans ce cas les vomissements violents étaient probablement causés par une tumeur mobile siégeant dans le voisinage de l'estomac et remplie de sang, provenant d'une hémorrhagie comme il s'en était déjà fait dans l'intérieur du kyste avant la ponction. Ce point a été le sujet d'une discussion devant l'Académie de médecine.

La deuxième observation peut s'intituler : *Erysipèle phlegmoneux du crâne et de la face chez une femme enceinte à trois mois et demi.* Le fait a été mentionné par M. Guéniot dans la séance du 8 mars dernier. Cette femme eut, en février 1873, à trois mois et demi de grossesse, un érysipèle du cuir chevelu. Un jeune médecin belge, qui demeurait dans l'hôtel dont elle était gérante, lui fit appliquer d'abord huit sangsues derrière l'oreille, et, le lendemain, il lui fit une saignée de 300 grammes. Au douzième jour, la rougeur était en grande partie éteinte, mais il y avait un décollement presque complet des téguments, limité en avant par les bords sourciliers et la racine du nez, et, d'espace en espace, par quelques points restés adhérents, et limitant des poches multiples. M. Guéniot fit huit ponctions qui donnèrent issue à deux grands bols de pus. Presque chaque jour il sortait des écheveaux de tissu cellulaire. La malade guérit avec adhérence des téguments. La grossesse continua sans entrave et la malade accoucha à terme d'une fille bien portante.

La troisième observation est celle d'une femme très-nerveuse, très-sujette aux hémorrhagies nasales, hémorrhoïdes, etc. Vers le milieu du neuvième mois de sa grossesse, après une petite perte, il se forma dans la grande lèvre gauche une petite induration du volume d'une aveline; il y avait de la fièvre, de l'insomnie, de l'agitation, de la douleur. Il se forma un abcès entouré de veines variqueuses et qui atteignit la grosseur d'un œuf de poule. La fluctuation était évidente, mais les parois de la poche étaient encore assez épaisses. M. Guéniot hésita à ponctionner. Deux jours après, il y eut une ouverture spontanée. L'abcès était guéri cinq jours après, et, quatre jours plus tard, elle accouchait normalement.

Les trois faits qui précèdent sont personnels à M. Guéniot. Des trois autres, le premier est dû à Philippe Peu, contemporain de Mouriceau, qui le rapporte à la page 107 de son livre : *La pratique des accouchements*, publié en 1674, à l'appui de cette opinion que les boiteuses ont des grossesses plus dangereuses que les bossues.

Le deuxième fait, rapporté par Baudelocque, et publié en 1789, pourrait s'intituler : *Opération césarienne faite par un coup de corne de taureau, mère et enfants vivants.* Il est relatif à une femme de Fresnaye (Seine-Inférieure). Au huitième mois de sa grossesse, un coup de corne de taureau lui ouvrit la paroi de l'abdomen et l'utérus et fit sortir l'enfant. Le médecin n'arriva qu'une heure et demie après l'accident; l'utérus s'était contracté et l'hémorrhagie, d'abord considérable, avait cessé. Le médecin lava les intestins avec un mélange d'eau et de vin et les rentra dans l'abdomen, fit huit points de suture profonde, et fit transporter la blessée chez elle. Le lendemain, son état était très-grave, mais, dix jours après, la réunion était presque faite, et la guérison était complète au bout de six semaines. Cinq ans après, il existait une hernie au niveau de l'éventration. Quant à l'enfant, il avait vécu huit heures.

Le troisième fait est rapporté par Antoine Planchon, dans son *Traité complet de l'opération césarienne*, publié en 1801, et peut s'intituler : *Matrice gravide blessée par un long clou de voiture.* En 1780, une femme enceinte, prise dans un embarras de voiture, reçut dans le ventre et dans l'utérus un gros clou de cabriolet. Il y eut écoulement du liquide amniotique, et la femme succomba au bout de quarante heures à des accidents nerveux, probablement tétaniques ou éclamptiques.

Enfin M. Guéniot rappelle que M. Verneuil a déposé le 15 mars dernier, de la part de M. Daniel Mollière (de Lyon) une observation de périnéorrhaphie pratiquée chez une femme qui avait caché sa grossesse, opération dont les suites ont été néanmoins heureuses.

La plupart de ces nombreux faits sont dépourvus par eux-mêmes de signification ou ont des significations contradictoires. M. Verneuil n'a pas conclu. Cependant les faits à venir n'ajouteront pas beaucoup à l'enseignement qu'on peut tirer des faits passés, si l'on considère les observations autrement que dans leur entité très-complexe. Il faut se placer à un autre point de vue. On peut avoir affaire à des grossesses normales ou compliquées. Ces complications peuvent être d'ordre différent. D'abord le traumatisme, qui peut avoir des formes diverses : contusion et commotion, fractures et luxations, plaies d'intensité plus ou moins grande, et qui peut se faire dans des régions variables. Le traumatisme comprend plusieurs éléments : douleur, hémorrhagie, complications diverses. On peut, avec ce secours interpréter quelques faits obscurs. Il faut ensuite séparer nettement deux questions distinctes, l'influence de la grossesse sur le traumatisme, et l'influence du traumatisme sur la grossesse. C'est cette dernière question que M. Guéniot se propose d'étudier aujourd'hui. Il passe rapidement sur quelques points : 1° rétroversion de l'utérus gravide par suite d'une chute, 2° rupture de l'œuf et mort rapide résultant d'un traumatisme de la paroi abdominale ; 3° blessure de l'œuf dans la matrice ou de la blessure elle-même. Dans ces trois cas, il y a relation trop évidente entre la cause et l'effet pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter.

M. Guéniot insiste tout d'abord sur deux particularités négligées jusqu'ici : en premier lieu, le mode d'innervation de l'utérus ou *irritabilité* de l'utérus qui, selon son intensité, donnera des résultats différents; ensuite, les conditions où se trouve l'œuf au moment du traumatisme. Ces deux questions sont capitales. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

31. Navarre. De quelques lésions pulmonaires consécutives aux traumatismes du crâne et de l'encéphale.
32. Schmit. Des grossesses prolongées.
33. Dubourg. Recherches physiologiques sur les intermittences du cœur.
34. Martin. Essai sur l'endémicité du typhus dans le département du Finistère.
35. Grall. Des déchirures du périnée en accouchement.
36. Haillot. De l'oreillon et de ses complications.
37. Castera. De la délivrance dans l'avortement.
38. Lostalot-Bachoué. Étude sur la constitution physique et médicale de l'île Zanzibar.
39. Mervy. Des hémorrhagies dans la castration, causes et traitement.
40. Blanc. Étude sur la symphyse cardiaque.
41. Michaux. De l'influence menstruelle sur la production d'accidents rhumatismaux.
42. Jeanty. De l'expectoration et des produits expectorés.
43. Ducamp. De la fissure à l'anus.
44. Moustier-Lompré. De la goutte dans ses rapports avec les lésions traumatiques.
45. Suarez-y-Cruz. Des diverses méthodes de traitement de la périostite phlegmoneuse, diffuse, et en particulier de la résection sous-périostique.
46. Delguey. Quelques considérations sur la fièvre.
47. Guérin. Quelques considérations sur l'angine de poitrine.
48. Doussin. Considérations sur l'œdème de la glotte consécutif à l'érysipèle de la face.
49. Vincent. De l'ablation du calcanéum en général et spécialement de l'ablation sous-périostée de cet os.
50. Degorge. Essai sur les névralgies de l'œil et de ses annexes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 juin 1876, de M. le docteur Pré (de Chef-Boutonne) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 6 juin 1876, M. Cheval, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Corps de santé militaire.* — MM. Lacronique, médecin principal de 1re classe; Béchade et Viry, médecins principaux de 2e classe; Martin, Rey, Lefèvre, Darcy et Vidal, médecins-majors de 1re classe, viennent de prendre leur retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Cahours, Joliclerc et Defos du Rau, médecins-majors de 2e classe; Gassmann, médecin aide-major de 1re classe; Marquet, médecin aide-major de 2e classe; Commaille, pharmacien-major de 1re classe; Périnet, pharmacien aide-major de 1re classe; Naut, médecin-élève.

— Sont nommés : 1° médecins aide-majors de 1re classe : MM. Blanchetière et Kleinpetter; — 2° médecins stagiaires à l'école du Val-de-Grâce : MM. Polin, Tournier, Chenet, Bercher et Raynaud.

— L'inspection médicale et pharmaceutique du service de santé en France et en Algérie, pour 1876, aura lieu de la manière suivante :

Inspection médicale. — 1er arrondissement (3e, 10e, 11e et 18e corps d'année), M. Legouest, président du conseil de santé. — 2e arrondissement (5e, 8e, 13e, 16e corps d'armée, et gouvernement militaire de Paris), M. Gerrier, membre du conseil de santé. — 3e arrondissement (1er, 2e, 6e, 7e et 14e corps d'armée), M. Marmy, membre du conseil de santé. — 4e arrondissement (4e, 9e, 12e et 17e corps d'armée), M. Baizeau, membre du conseil de santé. — 5e arrondissement (15e corps d'armée et division de Constantine), M. Gœury, médecin inspecteur. — 6e arrondissement (division d'Alger et d'Oran), M. Brault, médecin inspecteur.

Inspection pharmaceutique. — M. Coulier, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé, inspectera la pharmacie centrale de Paris, les hôpitaux militaires de Paris, Vincennes, Versailles, Rennes, la Rochelle, Bordeaux, Bayonne, Baréges et Toulouse.

— *École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.* — Par arrêté en date du 28 avril 1876, des concours pour quatre emplois de suppléants, dont deux pour les chaires de chirurgie, un pour la chaire de médecine et un pour la chaire de gynécologie et d'accouchement, auront lieu : le 1er, le 23 octobre 1876; le 2e, le 30 octobre 1876; le 3e, le 1er avril 1877; le 4e, le 15 avril 1877.

Les professeurs suppléants sont nommés pour dix ans; leur traitement annuel est de 2,000 francs; ils prennent une part active à l'enseignement et aux examens.

Les épreuves consistent :

I. *Chaires de chirurgie.* — En une composition écrite sur un sujet d'anatomie chirurgicale ou topographique et de pathologie externe;

2° En une leçon orale de trois quarts d'heure sur une question de pathologie chirurgicale;

3° Épreuves pratiques de médecine opératoire dont l'une consistera en une ligature d'artère;

4° Examen clinique de deux malades;

5° Appréciation des titres et travaux scientifiques des candidats, d'après un rapport écrit par un membre du jury.

II. *Chaire de médecine.* — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale, de séméiologie ou de thérapeutique médicale;

2° Leçon orale sur une question de pathologie médicale;

3° Préparation et examen histologique de pièces anatomiques fraîches; examen et analyse de liquides ou sécrétions morbides;

4° Examen clinique de deux malades;

5° Appréciation des titres et travaux scientifiques des candidats.

III. *Chaire de gynécologie et accouchement.* — 1° Composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie spéciale;

2° Leçon orale sur un sujet de gynécologie;

3° Épreuve pratique sur le mannequin et démonstration orale;

4° Examen clinique de deux malades, femmes ou enfants;

5° Appréciation des titres et travaux scientifiques des candidats.

— *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. Rigal, agrégé, chargé du cours, commencera le cours de clinique médicale, le vendredi 9 juin, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. MM. les élèves seront interrogés chaque jour au lit du malade; la visite commencera à huit heures et demie.

— *Cours pratique sur les maladies des yeux.* — M. le docteur Hubert, ancien interne des hôpitaux, commencera le vendredi 16 juin, un cours pratique d'ophthalmologie, à quatre heures de l'après-midi, à sa clinique, 11, place Saint-André-des-Arts, et le continuera les mardi et vendredi de chaque semaine.

Ce cours sera essentiellement pratique. Le mardi sera consacré aux affections externes de l'œil, le vendredi à l'examen fonctionnel de l'œil et à la pratique de l'ophthalmoscope.

— *Excursion botanique.* — M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 11 mai 1876, dans les bois de Chaville-Meudon.

Rendez-vous, à dix heures trois quarts, à la gare Montparnasse où l'on prendra, à onze heures, le train qui part de Paris pour la station de Meudon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le diabète sucré et son traitement diététique, par le professeur Cantani. Ouvrage traduit et annoté par le docteur H. Charvet. — 1 vol. in-8° avec 3 planches, 8 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des injections intra-utérines et de leurs indications dans les suites de couches, par le docteur Komorowski. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye.

Clinique ophthalmologique. Relevé statistique des opérations pratiquées pendant l'année 1875, par le docteur de Wecker. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 67. — SAMEDI 10 JUIN 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 10 JUIN 1876. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16. — Un an. . . . 30. —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Diagnostic entre le cancer et l'ulcère simple de l'estomac.

Pour arriver au but qu'on doit toujours chercher en médecine pratique, à la précision dans le diagnostic, à la connaissance approfondie de la valeur de chacun des symptômes, il est bon de remettre souvent une même question à l'étude, en receuillant sans parti pris des faits nouveaux. C'est le seul moyen de se reconnaître, avec un peu de certitude, au milieu des coïncidences de toute sorte qu'auront pu présenter individuellement les malades observés d'abord.

Car, il ne faut pas l'oublier, dans les sciences d'observation proprement dites, toutes les fois qu'on ne peut pas faire naître artificiellement ce dont on doit se rendre compte, les efforts d'imagination, les théories, les hypothèses restent le plus souvent stériles.

C'est une grave erreur que de vouloir appliquer à la clinique, à la pathologie, les méthodes qui sont de mise en physiologie expérimentale.

La perception, souvent fortuite, de ce qui apparaît d'abord comme simple coïncidence, est ce qui mène le plus ordinairement à la découverte d'une loi. Puis pour que cette loi soit établie, pour qu'elle reste définitive, pour qu'on en fixe les limites et la sphère d'application, il faut qu'elle ait subi l'épreuve de vérifications renouvelées sans cesse, et dans lequelles, négligeant ce que les autres ont pu dire, on se crée une conviction par ce que l'on a vu soi-même.

Ainsi procédaient les Laënnec, les Louis, les Cruveilhier, les Bouillaud, etc., ces maîtres illustres, dont les médecins d'outre-Rhin ont souvent démarqué les œuvres, sans parvenir à les faire oublier. Ils étaient difficiles en fait de démonstration : ils n'acceptaient les opinions d'autrui qu'avec une sage défiance, avec le doute philosophique, et ils les soumettaient au contrôle des faits, comme leurs idées propres.

Leurs disciples les imitaient : chacun doutait avant de voir, chacun observait à son tour, chacun avait horreur du vague, et chacun pouvait contribuer ainsi pour une certaine proportion à la constitution d'une science solide, au triage des éléments, sinon à l'apport d'éléments nouveaux.

C'est aujourd'hui surtout qu'il faudrait se donner à cette œuvre modeste de vérification patiente et de triage. Les auteurs des traités classiques ont suivi un courant funeste, qui a pris son origine dans notre pays. Ils se perdent en citations et s'efforcent de combiner, sous une apparence probable, ce qu'ils prennent de tout côté. A leur imitation, un grand nombre d'autres s'attachent à faire étalage de cette érudition facile que fournissent rapidement certains répertoires spéciaux.

Que chaque praticien se mette à raconter ce qu'il a vu, en regardant souvent dans une même direction, sans aucun effort d'imagination, sans chercher à gonfler le nombre, déjà trop grand, des théories hypothétiques, et rentrant dans les errements de la science vraie, on appréciera mieux dans leur valeur immense nos anciens maîtres.

Ce n'est pas aux traités modernes qu'il faut recourir, par exemple, quand on veut savoir reconnaître un ulcère simple de l'estomac, c'est aux travaux de Cruveilhier. Les auteurs récents veulent quelque chose de plus neuf : ils combinent ce qu'ils en gardent, de telle sorte que tout se perd dans une espèce de brouillard.

Et cependant, au point de vue clinique, il est bien peu de mémoire aussi vrai. J'en vérifie toutes les données depuis plusieurs années déjà, soit dans la pratique de la ville, soit dans celle des hôpitaux ; et la constance des signes qui s'y trouvent indiqués, leur valeur vraiment caractéristique, au point de vue du diagnostic différentiel, loin de devenir plus douteuses par cette épreuve répétée, se sont, au contraire, affirmées sans cesse.

Ainsi, dans une série d'articles que j'ai publiés, il y a deux ans, dans la *Gazette des Hôpitaux*, sur les affections de l'estomac, j'ai rapporté le fait d'une femme morte dans le service de M. Brouardel à la Charité, et chez laquelle on devait croire pendant la vie à un cancer de l'estomac, si on négligeait de tenir compte de la douleur horizontale s'étendant, suivant un même niveau, depuis la région épigastrique jusqu'à la région rachidienne correspondante, *douleur xiphoïdo-rachidienne* de Cruveilhier. Cette femme était arrivée au dernier degré de la cachexie par suite d'hémorrhagies presque continuelles ; elle portait une tumeur, très-douloureuse à la pression, vers le pylore. A l'autopsie, faite avec l'assistance de MM. Cornil et Granger, on ne trouva rien d'analogue à un cancer ni à un épithélioma, mais, au milieu d'un paquet constitué par des adhérences de l'estomac avec les organes voisins, un épaississement considérable, bien que de nature inflammatoire, de ses parois, autour d'un ulcère simple. Cruveilhier avait signalé déjà un fait de ce genre.

Aujourd'hui encore, je viens de voir à la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 23, un cas qui peut faire le pendant des précédents.

M. Empis nous a raconté que lorsque cette femme est entrée dans son service, il y a quelques semaines, elle présentait une tumeur assez nette, ou du moins une rénitence très-marquée vers la région pylorique de l'estomac, bien qu'elle eût la douleur antéro-postérieure de l'ulcère simple. L'événement paraît démontrer qu'il ne s'agissait nullement d'un cancer vrai, malgré cette tumeur.

Je vais résumer en quelques mots l'histoire de cette malade, en mettant à profit les notes que l'interne de M. Empis; M. Balzer, a bien voulu me communiquer. Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, couturière, qui raconte avoir beaucoup travaillé, s'être mal nourrie, et s'être souvent fatiguée d'une façon excessive. Son père est mort, vers l'âge de cinquante ans, d'un cancer d'estomac, dit-elle. Elle-même souffre de l'estomac depuis une quinzaine d'années ; mais pendant longtemps ces douleurs, qui ne s'accompagnaient pas encore de vomissements, n'avaient rien de fixe dans leur siége. Elles faisaient partie d'un ensemble de névralgies liées évidemment à l'anémie, et qui, très-mobiles, se faisaient sentir dans les côtés, ou entre les épaules, ou dans les reins, ou dans le bas-ventre, ou même dans les membres, etc.; les douleurs survenaient surtout quand la fatigue avait été trop grande. Il y a sept ans environ, à ces douleurs vinrent se joindre des vomissements intermittents qui se répétèrent à chaque printemps, une fois par jour, vers la même heure, quelque temps après le repas, pendant deux ou trois mois de suite. Le reste de l'année cette femme ne vomissait jamais. Pendant une de ces crises, il y a trois ans, un printemps elle eut un vomissement noir très-abondant, qui remplit deux vases de nuit, et que le médecin, appelé en toute hâte, déclara être du sang pur. Cet accident, n'eut pas d'autre suite; la crise ne dura pas plus que d'ordinaire ; et la santé habituelle de cette femme resta la même jusque vers l'automne dernier.

Mais alors les douleurs changèrent de caractère : elles acquirent plus de persistance, s'étendirent d'avant en arrière, dans une direction horizontale, avec une intensité telle que la malade les compare à des coups de couteau. Peu de temps après, commencèrent des vomissements journaliers, qui survenaient en général après une heure ou deux de douleurs atroces, deux ou trois heures après les repas. Il y avait en même temps de la constipation habituelle. Après six ou sept mois de cet état, malgré un premier séjour à l'Hôtel-Dieu n'ayant éprouvé aucune amélioration, elle se décida à entrer à la Charité, dans le service de M. Empis. Elle avait alors des vomissements noirs, marc de café, qui avaient recommencé, disait-elle, depuis la veille. Elle vomissait souvent et, de grandes quantités de liquide à la fois. Il n'y avait pas d'œdème des jambes ; l'amaigrissement qu'elle accusait paraissait loin d'être excessif; le teint n'était pas cachectique ; mais la rénitence de la région épigastrique, l'épaississement évident des parois de l'estomac, les renseignements fournis sur le genre de mort de son père, rendaient très-probable un carcinome.

M. Empis mit cette femme au régime lacté : elle y avait été déjà pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, et buvait le lait facilement, sans répugnance. Comme médication, M. Empis prescrivit les pilules suivantes :

Savon médicinal.	50 centigrammes.
Calomel.	5 —
Extrait de ciguë.	2 —

En même temps, il fit placer des cataplasmes de ciguë sur la région épigastrique. Les vomissements noirs continuèrent encore quelques jours. Les douleurs, qui de l'épigastre s'étendaient au rachis, étaient tellement aiguës qu'il fallait recourir aux injections de morphine pour les rendre un peu tolérables.

Mais bientôt il se produisit une amélioration, qui va toujours croissant. On put cesser l'usage des injections sous-cutanées. Il n'y a plus eu de vomissements depuis quelques jours; les douleurs ont presque disparu; et la région épigastrique est maintenant tout-à-fait souple.

Il est donc très-probable que c'est encore un cas d'ulcère simple, chronique, avec épaississement des parois stomacales dans le voisinage de l'ulcère; et que le traitement aura fait disparaître cette induration inflammatoire, peut-être en amenant la cicatrisation de l'ulcère lui-même.

Congestion du foie symptomatique d'une affection du cœur. — Emploi des ventouses scarifiées.

Depuis plusieurs années déjà, M. Bourdon parvient souvent à calmer les accès d'asthme cardiaque, en combattant la congestion du foie symptomatique par l'application de ventouses sur l'hypogastre.

Il a souvent obtenu ainsi, pour plusieurs jours, la disparition d'accès excessivement intenses de dyspnée nocturne chez des individus atteints d'altération organique du cœur.

Quant à ce qui touche le foie, il est de règle de voir cet organe diminuer très-notablement de volume et devenir moins douloureux à la pression, dans ces circonstances, à la suite de la saignée locale causée par les ventouses.

Cet effet local a été, par exemple, des plus marqués chez un jeune homme, âgé de vingt-trois ans, atteint d'insuffisance mitrale et de rétrécissement aortique, qui est couché salle Saint-Louis, n° 11. Je vais reproduire les principaux traits de son observation, communiquée par M. G. Rafinesque, interne de M. Bourdon.

Le malade présente les signes d'une affection cardiaque avancée. Il a eu à seize ans une première attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, après avoir couché cinq nuits de suite dans une cave. Depuis, il a subi, chaque année, vers le mois de mai, une nouvelle atteinte de la même maladie, dont la durée a rarement été moindre de six semaines, C'est cependant l'année dernière seulement qu'il a éprouvé les premiers symptômes de son affection du cœur, palpitations violentes, oppression et œdème des jambes.

Sa mère, morte de la poitrine à quarante-deux ans, son père, actuellement bien portant, n'ont jamais, à sa connaissance, présenté de signes d'arthritisme; il en est de même pour son frère et sa sœur.

Le 26 novembre 1875, il entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Béhier (salle Sainte-Jeanne, 18), où on lui appliqua d'abord deux cautères avec la pâte de Vienne, puis plus tard une douzaine de cautères actuels sur la région précordiale. En février 1876, nouvelle mais courte attaque de rhumatisme articulaire, ayant atteint surtout les poignets et les articulations des doigts. Sorti de l'hôpital le 26 février, il dut y rentrer le 28 mars : il avait pris froid, et souffrait d'un point de côté à gauche, de dyspnée, de vomissements... Envoyé à Vincennes le 5 mai, il fut obligé, dès le 6, d'entrer à l'infirmerie, d'où on le dirigea sur la Charité le 26 mars 1876.

A ce moment il se plaignait d'une aggravation considérable des symptômes, survenue depuis deux ou trois jours. La marche était impossible; le moindre effort amenait une dyspnée intolérable; il y avait une douleur vive au niveau de l'é-

pigastre, des palpitations incessantes et un mal de tête violent. Les jambes n'étaient pas enflées.

Le pouls était d'une force moyenne, très-irrégulier, très-inégal, très-fréquent, incomptable. On constata une hyperthrophie du cœur considérable, soulèvement étendu de la paroi thoracique, la pointe battant à quatre travers de doigt au-dessous et deux travers de doigt en dehors du mamelon; battements épigastriques; frémissement de la paroi. — A l'auscultation, on trouva, à la pointe, un souffle intense, à timbre musical, bruit de piaulement qui couvre complétement le premier temps. A la base, il paraissait exister aussi un souffle, beaucoup moins fort, siégeant au premier temps et se propageant dans les vaisseaux du cou. Pas de pouls veineux; matité précordiale étendue.

Le malade toussait quelque peu depuis un mois; crachats de bronchite; les bruits respiratoires étaient en grande partie masqués par les bruits du cœur; cependant on trouvait la respiration un peu soufflante au sommet droit; il y avait quelques râles de bronchite disséminés. Les inspirations étaient fréquentes et incomplètes.

Tout l'abdomen était douloureux et tendu : l'effort, la marche, l'ingestion des aliments, la moindre pression exaspéraient la douleur. Anorexie presque complète depuis un mois, quelques vomissements alimentaires. Le foie était plus que doublé de volume et sa sensibilité était extrême. Les urines étaient normales.

Pendant les premiers jours qui suivirent son entrée, le malade éprouva une amélioration sensible : il mangeait avec appétit, souffrait moins, dormait mieux et ne se plaignait plus de ses palpitations. Mais le 1er juin, il entra dans une nouvelle période de dyspnée. Les battements de cœur prirent une nouvelle intensité; l'oppression et les douleurs au niveau du foie empêchaient absolument le repos. On lui appliqua ce soir-là des ventouses sèches en grand nombre.

Il y eut une courte rémission; puis les accidents reparurent avec toute leur intensité, et M. Bourdon prescrivit deux granules de digitaline, attendu que l'affection du cœur en question n'était pas une insuffisance aortique.

En effet, dans l'insuffisance aortique, M. Bourdon se défie beaucoup les préparations de digitale. Il a vu mourir par syncope, durant leur emploi, un certain nombre de malades; et bien que la syncope puisse survenir sans intervention médicamenteuse, sous l'influence d'une lésion de ce genre, il n'est pas sûr que la digitale n'ait pas été pour quelque chose dans cette série d'accidents.

On n'a rien à craindre de ce genre dans le rétrécissement aortique, pas plus que dans les affections mitrales.

Le lendemain 4 juin, le malade se plaignant principalement de la douleur qu'il éprouvait au niveau du foie, on trouva cet organe énorme : il débordait de plusieurs travers de doigt les fausses côtes, et la moindre pression y causait une douleur très-vive.

Ce fut alors que M. Bourdon fit appliquer *loco dolenti* huit ventouses scarifiées, avec recommandation expresse de ne tirer que 100 grammes de sang.

Au point de vue de l'affection locale, on obtient pleinement le résultat cherché. Le 5 juin, la sensibilité au niveau du foie avait beaucoup diminuée, la région pouvait être palpée maintenant sans grande douleur, la douleur spontanée était beaucoup moins forte. Mais, contrairement à ce qui s'était produit en pareil cas chez d'autres malades, la dyspnée, au lieu de s'apaiser, était devenue paroxytique. M. Bourdon, pour en combattre l'élément nerveux, tout en faisant continuer la digitaline à la dose de 3 granules par jour, prescrivit en outre un lavement antispasmodique composé de :

Valériane concassée	8 grammes.
Camphre	40 centigr.
Laudanum de Sydenham	six gouttes.
Eau	125 grammes.
Jaune d'œuf	un.

Ce lavement fut administré au moment du repas du soir. La nuit fut bonne. Le malade dormit paisiblement, avec seulement deux courtes interruptions au moment du passage des rondes, jusqu'à quatre heures. L'amélioration constatée la veille dans l'état du foie s'était encore accentuée : les douleurs spontanées et la douleur à la pression dans l'hypocondre gauche n'existaient presque plus; le foie avait diminué de plus du tiers de son volume précédent.

Ce ne peut être évidemment qu'un soulagement momentané; mais, quand on n'a pas à espérer une guérison, c'est déjà beaucoup que de soulager.

Dr Victor Revillout.

IMPUISSANCE PAR EXCÈS DE CONTINENCE

Par le docteur Félix Roubaud (1).

Les excès de continence, et même la continence absolue, n'ont pas chez tous les hommes la même influence sur le sens vénérien : chez les uns, cette continence irrite les désirs, tandis qu'elle les abat chez les autres. C'est affaire de tempérament et de constitution. Chez les individus d'un tempérament énergique, chez ceux dont l'imagination a des élans irrésistibles, les désirs vénériens ont une puissance étrange qui s'alimente de rêves incessants dans le silence de la solitude, et qui trouve, dans les combats mêmes que la raison livre à la folle du logis, comme dit Montaigne, des excitants nouveaux à l'œuvre de la chair. L'histoire de toutes les religions nous montre de ces martyrs de leur foi, et, dans l'Iliade chrétienne, saint Jérôme est resté comme le type des tristes victimes de la continence et de la chasteté.

Cependant les constitutions les plus vigoureuses ne sont pas toujours une garantie contre les atteintes anaphrodisiaques de la continence; Galien avait déjà remarqué que les chanteurs et les athlètes, qui, de son temps, se vouaient à la chasteté pour conserver leurs forces, avaient les partis génitales *exilia et rugosa*, comme les vieillards. « Un de mes amis, dit-il, étant venu me consulter à l'occasion d'un priapisme, suite d'une continence prolongée, s'étonna de ce qu'un athlète se trouvait placé, par la même cause, dans une circonstance toute opposée. *Miror, inquit, quod huic (athletam indicans) ob continentiam rugosus, collapsusque penis evaserit : mihi vero ex quo continentiam servare studui, evenerit contrarium.* Galien ajoute que ceux, au contraire, qui, dans leur jeunesse, s'étaient abandonnés sans réserve aux jouissances de l'amour, avaient les parties génitales extrêmement développées (2). »

Le médecin de Pergame ne fait qu'affirmer une loi physiologique dont la vérité n'est contestée par personne, et qui fixe l'intime corrélation existant entre le développement d'un organe et l'exercice de sa fonction. Cette loi, dont un exemple frappant est le défaut de symétrie parfaite entre les deux parties latérales du corps, par suite du plus grand usage d'un côté que de l'autre, peut se traduire de la manière suivante : plus un organe ou un appareil d'organes fonctionne, plus il possède

(1) Cet article est extrait du livre que va publier notre ancien collaborateur, M. Félix Roubaud : *Traité de l'impuissance et de la stérilité*, troisième édition. — J.-B. Baillière et fils.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. Chasteté, Paris.

une nutrition active, et plus, par conséquent, il s'accroît en volume et en énergie; *vice versâ*, moins un organe ou un appareil d'organes fonctionne, et moins il jouit d'une nutrition abondante, et plus, par conséquent, il est exposé au dépérissement et à l'atrophie.

Si cette loi physiologique n'est pas un mensonge, on comprend que l'on en puisse faire l'application à l'appareil génital, et que, chez les individus dont l'imagination paralysée n'éveille pas le feu sacré des désirs dont la présence supplée, jusqu'à un certain point, l'exercice de la fonction en entretenant dans les organes l'excitation et la vie, on comprend, dis-je, que, chez ces individus lâches de corps et d'esprit, l'appareil génital, par suite du repos forcé auquel il est condamné, éprouve une sorte d'arrêt de développement, et reste, comme chez les enfants, à l'état embryonnaire.

J'ai raconté ailleurs un exemple de petitesse extrême de la verge, à laquelle je parvins cependant à donner un volume convenable par le seul exercice de la fonction copulatrice, grâce à la persistance chez le malade des désirs vénériens. Mais cette circonstance heureuse ne se rencontre pas toujours, et il est assez ordinaire que dans l'espèce d'impuissance qui m'occupe, on ait à réveiller tout à la fois l'activité génésique du moral et la force annihilée de l'organe copulateur.

Cette disparition des désirs et cette inertie du pénis peuvent se produire, sous l'empire de la continence, sans atrophie de la verge et des testicules, comme on va le voir par l'exemple que j'ai sous les yeux au moment où je rédige et article.

M. X... d'un tempérament lymphatico-nerveux, grand, d'une bonne constitution et d'une santé parfaite, après plusieurs années passées dans l'état militaire, se retira dans ses terres, dans le district de Moscou, vers l'âge de vingt-sept ans; il ne tarda pas à se marier, il n'a jamais éprouvé pour sa femme que des sentiments d'estime, car son mariage, ainsi qu'il arrive souvent dans les aristocraties de tous les pays, avait été dicté moins par l'amour et les sympathies, que par des convenances de fortune, de position et de nom.

Cependant il remplit ses devoirs d'époux qui furent suivis de la naissance d'une fille.

A la suite de ses couches, la femme fit une longue maladie qui, pendant près de deux ans, éloigna l'époux de la couche conjugale; cet isolement du mari ne fut distrait par rien, ni par les charmes de l'intimité, ni par les plaisirs de la vie du monde; éloigné de tout centre d'habitation, enfermé dans une propriété dont l'étendue ne permettait aucun rapport de voisinage, M. X... fut condamné non-seulement à une continence complète, mais encore au manque absolu de toute excitation morale.

De plus cet isolement fut aggravé par de graves préoccupations causées par l'infidélité d'un intendant dont la gestion déloyale faisait craindre à M. X... la perte d'une partie de sa fortune.

Deux années se passèrent ainsi, au bout desquelles rassuré sur sa position financière et sollicité par le retour de sa femme à la santé, M. X... voulut reprendre ses droits et ses devoirs d'époux.

Malheureusement cette volonté n'avait pour mobile que l'ambition de perpétuer son nom et d'avoir un enfant mâle, et ne trouva à sa disposition ni désirs vénériens, ni énergie copulatrice.

M. X... était impuissant au moral et au physique.

Cette impuissance était d'autant plus complète qu'il ne se produisait ni rêves lascifs, par conséquent pas de pollutions voluptueuses, ni érection anormale, pas même par suite de la plénitude de la vessie.

Un médecin de Moscou, après un traitement insignifiant qui ne produisit aucun effet, m'adressa le malade qui depuis trois semaines est soumis à mes soins.

Le traitement, jusqu'à présent, a eu essentiellement pour but de réveiller l'excitabilité morale, et je me suis conformé à la règle que j'ai indiquée au chapitre de l'impuissance idiopathique avec absence de désirs.

L'amélioration qui s'est déjà produite dans la tournure d'esprit de M. X..., si je puis ainsi dire, soutient l'espoir que j'avais puisé dans l'état antérieur du malade, puisqu'il est père d'une petite fille.

Cependant les antécédents vénériens ne sont pas toujours un indice pour les résultats de la thérapeutique; j'en donnerai pour preuve le fait suivant, relatif à un malade qui non-seulement n'avait jamais exercé le coït, mais qui s'était livré à la masturbation, et qui pourtant guérit dans un espace de temps relativement court.

M. X..., d'origine anglaise, grand, fort, bien constitué, s'était modérément livré à la masturbation pour éviter, par crainte de la syphilis, le commerce des femmes, quand, à l'âge de vingt-deux ans, toujours vierge et toujours aussi pusillanime à l'endroit de la vérole, il fut envoyé dans les Indes pour diriger une vaste plantation, éloigné de toute ville, n'ayant des rapports qu'avec des nègres et des négresses, il persista plus que jamais dans sa continence, toujours par la peur de la syphilis et aussi pour ne pas compromettre son autorité. Au début de son exil, il se livra quelquefois, comme en Angleterre, aux pratiques de la masturbation; mais bientôt il les abandonna complétement, soit par l'effet de l'absence de toute excitation extérieure, soit à cause de ses opérations fatigantes; soit par l'effet même de sa continence.

Cet état dura dix ans, au bout desquels il revint en Europe, toujours fort, n'ayant subi aucune maladie, et indemne de cette décrépitude précoce qu'amène souvent le séjour trop prolongé dans les pays chauds.

Seulement il avait complétement perdu l'appétit vénérien, et, malgré sa volonté d'entrer en commerce avec les femmes, il n'éprouvait qu'une indifférence profonde, qu'une grande apathie mêlée de regrets.

La compagnie des femmes et les attouchements amoureux ne le trouvaient pas entièrement insensible; mais ces excitations étaient insuffisantes, en l'absence de l'érecteur intime, à produire l'érection et par suite la volupté.

C'est dans cet état qu'il vint me consulter.

Tout l'appareil génital était parfaitement constitué, et aucune partie, ni testicules ni verge, ne portait la trace d'une atrophie qu'une si longue continence pouvait produire.

La médication à instituer devait s'adresser tout à la fois au moral et au physique du malade.

Sous le premier rapport, j'observai une gradation dans le choix des excitants, afin de prévenir le dégoût qu'inspirent toujours aux esprits froids des conversations trop libres, des lectures trop licencieuses, des peintures trop nues et des spectacles trop décolletés, ce ne fut que peu à peu et après de longs tâtonnements que je permis la fréquentation des femmes galantes qui devaient réaliser, en les complétant, les premières incitations amoureuses nées sous des influences progressivement excitatrices.

Comme médication physique, je m'adressai d'abord à l'électricité, dans la pensée d'activer le travail sécrétoire des testicules, et par suite d'éveiller tout à la fois le sens génital et son incitation interne.

Au bout de quelques séances, pendant lesquelles j'avais promené le pinceau électrique sur les testicules d'abord, et ensuite sur la face dorsale de la verge et surtout à la base du pénis, entre celle-ci et le scrotum, l'érection se produisait sans l'instrument même, bien avant que les désirs vénériens fussent sortis de leur torpeur.

Je persévérai dans cette médication que je complétai par le phosphore à l'intérieur, et par des fumigations aromatiques que je faisais diriger sur le périnée et les organes génitaux.

Après deux mois environ de ce double traitement, moral et physique, poursuivi avec prudence et régularité, le malade sortit de l'indifférence amoureuse dans laquelle il avait si longtemps vécu, et recouvra toutes ses facultés copulatrices, qui devinrent, comme je l'ai su plus tard, d'autant plus énergiques qu'elles avaient été condamnées à un long repos.

Les deux observations que l'on vient de lire montrent que l'impuissance caractérisée surtout par l'absence des désirs vé-

nériens, exige, avant toutes choses, un traitement moral sagement et méthodiquement dirigé.

Je ne reviendrai pas ici sur les moyens d'excitations morales que j'ai longuement exposés dans un autre chapitre de cet ouvrage; mais je ferai remarquer que si la continence est le résultat, non de la volonté, mais de l'apathie du tempérament, il faudra de toute nécessité recourir, en même temps, à une médication fortifiante, dans laquelle le fer et le quinquina à l'intérieur, les douches et les bains froids dans l'eau courante, et surtout dans la mer, occuperont une large place.

Quant à la médication locale, à celle qui aura plus spécialement pour objet de relever les forces viriles affaiblies, je n'en sais pas de meilleure que l'exercice même de la fonction.

Cependant, pour arriver à la possibilité de cet exercice, à la réalisation du premier coït, on se trouvera bien de recourir à l'intérieur et en frictions, concurremment avec la médication générale par les ferrugineux et les toniques, aux agents que les anciens désignaient plus spécialement sous le nom d'aphrodisiaques : le phosphore, l'acide formique, l'aristoloche, l'armoise, la garance, la myrrhe, la rue, la sabine, le safran, etc.; on pourra, dans quelques circonstances, mettre à profit la stimulation que quelques agents exercent sur les organes urinaires, tels que les cantharides, les acétates de chaux, de potasse et de soude, l'alkékenge, le câprier, la racine de fenouil, etc., etc.

Mais il ne faut pas se faire illusion et placer trop d'espérances sur une médication dont les effets sont souvent douteux et toujours lents à se produire; car chez les natures apathiques, qu'on ne l'oublie pas, la continence prolongée a souvent déterminé un arrêt de développement de l'appareil génital, auquel il n'est pas toujours facile de remédier, surtout quand l'imagination du malade ne seconde pas la médication, ou que le sujet a atteint déjà un certain âge.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1876 (1). — Présidence de M. Houel.

M. GUÉNIOT termine sa communication :

Et d'abord, qu'est-ce que l'*irritabilité utérine?* Ce chapitre obscur est encore à faire. M. Guéniot la définit *la propriété qu'a le tissu de la matrice de répondre, par la mise en jeu de la contractilité, aux excitations externes ou internes, soit directes, soit indirectes.* Cette irritabilité, dans la grossesse normale, présente ce trait particulier qu'elle semble sommeiller pendant le cours de la gestation pour ne s'éveiller qu'à son terme, mais alors subitement et jusqu'à l'expulsion du fœtus devenu un corps étranger. Cette propriété est très-variable selon les femmes, et chez la même femme, suivant les époques différentes. On en fait l'expérience lorsqu'on veut provoquer l'accouchement prématuré. Quelquefois les procédés les plus simples suffisent pour le produire, d'autres fois il faut des manœuvres violentes, et l'on a grand'peine à réussir. M. Guéniot a vu Danyau, à la Maternité, y renoncer après huit jours d'essais infructueux, à l'aide de douches. L'irritabilité ne doit pas être confondue avec la contractilité. Un utérus très-irritable peut être contractile, et réciproquement.

Quelles en sont les causes? 1° Ce sont les maladies de l'œuf en général, qui, en surexcitant l'irritabilité de la matrice, amènent la fausse couche spontanée; 2° ce sont les grossesses avortées, qui la provoquent parce qu'elles sont devenues inutiles, l'embryon étant dissous dans le liquide amniotique, ou la mort du fœtus qui altère l'œuf, surexcite par suite l'irritation et détermine l'accouchement prématuré; 3° ce sont les altérations du placenta, produites par l'hydramnios, par la distension de l'œuf causée par une grossesse double, quelquefois par l'apoplexie placentaire; 4° enfin, certains états particuliers, comme l'albuminurie, la syphilis et d'autres altérations morbides.

Ces causes générales peuvent agir de deux façons particulières : soit directement, en provoquant l'irritation utérine par l'état local des organes, soit subsidiairement en altérant l'œuf, altération qui réagit ensuite comme dans le premier cas.

M. Guéniot considère d'abord les cas dans lesquels la femme, l'œuf et l'utérus, sont exempts de dispositions morbides, et ensuite ceux où ces dispositions existent.

Si la femme, l'œuf et l'utérus sont sains, l'action du traumatisme a une impuissance merveilleuse. Cazeaux cite quelques faits de contusion ou de commotion : une jeune fille qui, pour cacher sa honte, se jette dans la Seine; une jeune femme citée par Gendrin, qui est précipitée d'un cabriolet par-dessus le cheval; une autre femme, citée par Mauriceau, très-lourde, enceinte de sept mois, qui, dans un incendie, fait une chute du troisième étage, et se brise l'avant-bras et le poignet; toutes accouchent à terme. M. Tardieu, dans son livre sur l'avortement, raconte le fait de ce paysan traduit devant la cour d'assises de la Loire-Inférieure pour avoir, à deux reprises, dans le but de provoquer un avortement, emmené une jeune servante sur un cheval vigoureux, galopant dans des chemins difficiles, et l'avoir même, la seconde fois, précipitée violemment à terre, tout cela sans obtenir le résultat qu'il cherchait. M. Guibout a raconté, devant la Société médicale de la Seine, l'histoire de cette femme de Munich, qui, devenue enceinte en Californie, voulut absolument venir faire ses couches dans son pays. Un accident de chemin de fer, au début de son voyage, donna quelques menaces de fausse couche, qui se dissipèrent bientôt. En débarquant à Portsmouth, il y eut encore quelques menaces vaines. De même à Paris, après une chute dans un escalier, mais elle put arriver à Munich pour y accoucher à terme. Tous ces faits prouvent que le traumatisme contusion ne peut être regardé comme une cause essentielle de fausse couche, mais seulement comme une cause adjuvante.

Si l'on prend les fractures et les luxations, on trouve des exemples de fractures de tous les os, même du bassin et de la colonne vertébrale; on trouve des fractures simples ou multiples, ou compliquées de plaies, plaies ordinaires ou plaies par armes à feu. Après ces fractures, quelquefois la résection a été pratiquée; et l'avortement ne s'est pas produit. Il y a quelques faits récents et bien authentiques, tels que celui dû à M. Merle, où il s'agit d'une femme enceinte de cinq mois qui eut, dans un accident de chemin de fer, une fracture comminutive. A cause de l'état de grossesse, M. Merle ne fit pas l'amputation, mais la résection, et la femme accoucha à terme. Cet exemple peut servir aussi pour l'étude de l'influence de la grossesse sur les opérations chirurgicales. M. Devilliers, dans le *Dictionnaire de chirurgie pratique*, relate un cas de fracture de jambe et un de fracture de cuisse, après lesquelles l'accouchement s'est fait à terme. La conclusion de ces faits est la même que pour les cas de contusion.

On trouve peu d'exemples de luxations survenues pendant la grossesse. Vallette (de Lyon) en rapporte un. Une jeune femme, enceinte de six mois, fait une chute de 2 mètres de haut. En tombant, elle pense à sa grossesse et se jette la tête et les bras en avant. Il en résulte une luxation de l'avant-bras droit en arrière et des plaies contuses à la face, mais pas d'avortement.

Tous les exemples qui précèdent nous montrent des plaies accidentelles. Si l'on voulait faire une expérience, on commencerait par choisir pour sujet une femme bien portante, enceinte de quatre à cinq mois, présentant une grossesse régulière, un œuf et un utérus sains. On chercherait à produire un traumatisme violent dans les meilleures conditions pour retentir sur l'œuf, sans cependant l'atteindre, une grande plaie de l'abdomen par exemple. Ce sont toutes ces conditions qu'a présentées une femme observée à l'hôpital Beaujon, en 1866, par M. Guéniot suppléant Jarjavay. L'observation est relatée, avec tous ses détails, dans la thèse de M. Petit. Après une chute dans un puits de 7 mètres de profondeur, au fond duquel se trouvaient des outils de maçons, cette femme présentait une plaie

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 juin.

contuse à l'abdomen, curviligne, ayant 33 centimètres d'étendue, de la région du flanc droit à la région iliaque gauche, 10 centimètres de largeur et 3 de profondeur. Il y eut un peu de gangrène des bords de la plaie, et élimination des eschares. Au troisième jour la plaie était réduite à 5 centimètres, quand la malade fut emportée en quelques heures par une attaque de choléra qui sévissait alors. La grossesse n'avait pas été troublée et l'enfant avait remué jusqu'à la fin. A l'autopsie, M. Guéniot trouva l'œuf sain et partout adhérent.

Dans la dernière séance, M. Cazin (de Boulogne) a adressé une observation de vaste plaie du crâne, sans retentissement sur l'utérus gravide.

Les observations de plaies chirurgicales ne manquent pas. M. Tillaux a donné une amputation de bras, et une amputation de jambe broyée par une meule; M. Nicaise a fourni une désarticulation de l'épaule. A l'Hôtel-Dieu de Lyon, il y a eu une amputation de cuisse; une aussi à Alençon; une autre est due à M. Labbé. M. Verneuil a enlevé un sein hypertrophié. On a même fait des ovariotomies, au moins cinq dues à M. Sirus, à Spencer Wels et peut-être d'autres. Walton Todd a fait l'ablation d'un col cancéreux, et cette opération a été suivie d'érysipèle. Dans tous ces exemples, la grossesse a continué.

On trouve de ces traumatismes violents à toutes les époques de la grossesse, et ces époques ne semblent pas jouer un rôle très-important dans les résultats.

Et tous ces faits ne signifient-ils pas que le traumatisme n'est pas une cause essentielle d'avortement, mais qu'il faut, jointe à cette cause secondaire, une prédisposition qui domine la situation.

Il y a cependant quelques exceptions, qui touchent les opérations faites sur le vagin, la vulve, et tout ce qu'on a appelé la sphère génitale. Quelles sont les limites de cette sphère? On a vu que les opérations sur la cuisse n'ont pas d'influence sur la grossesse. Les opérations de hernie n'en ont pas davantage, comme le montre une statistique de sept cas qui n'ont donné qu'un avortement suivi de mort. Le dernier, fait unique et très-intéressant a été présenté à la Société, par M. Thomas (de Tours). L'avortement avait précédé de deux jours la mort, et la péritonite qui l'avait suivi avait peut-être été la cause de l'issue funeste. Une femme enceinte, atteinte de syphilis, eut un abcès à l'aine qui fut ouvert et cicatrisé sans provoquer de fausse couche. M. Cazin a communiqué une amputation de la partie supérieure de la cuisse due à M. Filliet, dont la terminaison a été heureuse et n'a pas déterminé l'accouchement prématuré. MM. Guyon et Lucas-Championnière ont ouvert chez une femme enceinte un énorme abcès symptomatique d'une lésion articulaire de la racine de la cuisse, sans accident consécutif pour la grossesse.

Ne faut-il pas conclure, au moins provisoirement, que l'aine et la cuisse semblent n'être pas comprises dans la sphère génitale, pas plus que la paroi abdominale, si l'on s'en rapporte à cette observation d'énorme plaie de cette région que M. Guéniot a rappelée, à ce fait de hernie traumatique recueillie par M. Arnaud (de Toulon), à cet autre, dû à Chopard d'abcès urineux ouvert par le bistouri; enfin à un exemple de phlegmon du ligament large, ouvert par le bistouri à travers la fosse iliaque, traité par l'injection iodée et non suivis de fausse-couche. Cette observation est due à Plassard. Des contusions de l'hypogastre, des fractures de la colonne vertébrale ont eu le même résultat.

Le retentissement irritatif causé par ces lésions ne va sans doute pas jusqu'à l'utérus.

Il n'en est pas de même de la région de l'anus. L'avortement a été provoqué par une fistule anale (Mauriceau), par un rétrécissement rectal (Richet), par une fissure opérée par la dilatation forcée (Cazin).

Les lésions du périnée ne semblent pas tout-à-fait indemnes, car sur dix-sept cas des tumeurs végétantes de la vulve et du périnée on a observé trois avortements (Massot).

Les opérations sur la vulve semblent encore plus dangereuses. Une ponction pratiquée contre l'œdème des grandes lèvres et ayant provoqué l'avortement, ne peut cependant pas être invoquée comme exemple, car la cause de cet œdème est une cause morbide qui peut avoir influé directement sur le résultat. Mais M. Verneuil a pu faire sans résultat fâcheux une opération de fistule vésico-vaginale. La thèse de Massot renferme aussi d'autres faits.

Quant aux lésions du tissu de l'utérus, elles provoquent d'une façon directe la fausse couche, en mettant en jeu l'irritabilité de cet organe.

Donc le traumatisme, contusion ou plaie, peut être une cause directe d'avortement à condition qu'il portera sur la vulve, ou l'utérus ou la région ano-périnéale.

La suite de cette communication sera donnée dans la prochaine séance.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Traité élémentaire de pathologie externe (1).

Par MM. Follin et Simon Duplay.

Nous avons rendu compte, il y a déjà quelques années, aux lecteurs de la *Gazette*, des premiers volumes de cet ouvrage dont la publication n'a pas subi trop de retards après la mort du professeur si distingué, que regrettent tous ceux qui avaient pu apprécier la solidité de son jugement et l'étendue de ses connaissances.

C'est toujours une œuvre des plus ardues que la continuation d'un ouvrage scientifique. Les premiers volumes portent, en effet, le cachet de l'originatité et de la puissance productrice de l'auteur. Le plan évidemment tracé dans sa pensée première peut échapper à celui qui veut poursuivre la route ouverte. Et le livre reste le plus ordinairement inachevé, soit que les matériaux rassemblés n'aient tenté personne, soit plutôt que leur incohérence apparente, mais malheureusement définitive en l'absence de celui qui les avait recueillis, ait découragé les travailleurs les plus hardis.

Le tracé de Follin a heureusement échappé à cette loi presque générale, quoique M. Duplay ait dû nettement déclarer au début du troisième volume, qu'il assumait la complète responsabilité de l'achèvement de l'ouvrage de son maître et ami.

Le *Traité élémentaire de pathologie externe* marche aussi rapidement que possible vers sa terminaison, conservant le caractère primordial des premiers fascicules, c'est-à-dire, la clarté de l'exposition des chapitres, l'appréciation raisonnée des sujets et le choix aussi prudent qu'éclairé des opinions émises sur chacune des questions si nombreuses, résumées dans les gros volumes III et IV et dans le premier fascicule du tome V.

M. Duplay a puisé, du reste, pour la rédaction de ses articles aux mêmes sources que Follin qu'il a remplacé aux *Archives de médecine*, comme à la Société de chirurgie, aux hôpitaux, si non encore à la Faculté. Tous les traités ou mémoires contemporains ont été consultés. Toutes les annales de l'art ont été compulsées, soit en France, soit à l'étranger, et le lecteur retrouvera, dans la suite du livre, le même ordre, le même soin typographique, l'érudition et le mérite iconographique qui avaient assuré aux premiers volumes de Follin, une réputation sérieuse et méritée.

Il est malheureusement impossible de donner ici le résumé des sujets traités depuis 1870. Il s'agit, en effet, de la fin des maladies des tissus et des maladies des régions du crâne, du rachis et des appareils complets des sens : vision, audition, olfaction et goût, auxquelles il faut joindre celles du cou qui remplissent le fascicule 1er du tome V, récemment paru.

Que ne faudrait-il pas dire pour le chapitre des maladies des articulations seulement : arthrite, tumeurs blanches, pseudoplasmes, névralgies et lésions traumatiques : entorses, contusions, plaies, luxations, difformités? Si ce n'est que le premier seulement de ces articles mérite d'être lu avec la plus grande attention, soit pour l'exposition de l'anatomie pathologique, soit pour les descriptions des symptômes, soit, surtout, pour le traitement si difficile de ces lésions devenues très-fréquentes de nos jours et très-variées.

La discussion de plusieurs opinions de Malgaigne rend très-original tout l'article des luxations, si longuement traitées d'ordinaire dans tous les traités de même genre et les figures multipliées rendent, certainement, très-compréhensible cette partie de l'ouvrage

(1) T. III, IV et 1er fascicule du t. V. — Victor Masson fils.

toujours aride dans les livres qui se bornent à de simples descriptions.

La même remarque doit être faite pour l'étude si contreversée des maladies du crâne, proprement dit : lésions traumatiques, vitales, organiques et difformités. Il y a beaucoup à faire encore sur les accidents supportés par la voûte ou la base crânienne ; sur la possibilité de guérisons vraiment miraculeuses, à la suite de fractures étendues ou d'enfoncements très-notables des os de cette région ; et nous espérons bien, un jour, reprendre ce sujet sur lequel nous avons déjà publié d'assez intéressants documents cités par M. Duplay.

L'histoire de la carie des mêmes os et de son traitement compte aussi quelques lacunes, et je dois noter que l'article trépan n'a peut-être pas reçu tous les développement que comportent les indications de cette opération, si audacieusement pratiquée par les anciens et trop négligée par la génération médicale de notre siècle. Bien des autopsies me l'ont fait vérifier.

Je citerai comme plus étendus et très-nouveaux, les chapitres consacrés aux maladies du nez, des fosses nasales ; des sinus maxillaires et frontaux. Bien des praticiens devront à M. Duplay des données utiles et précises sur ces maladies, sur leur diagnostic constamment basé sur les détails anatomiques et physiologiques et sur le mode rationnel de leur traitement.

On peut faire le même éloge des fascicules où sont passées en revue les maladies des appareils de l'audition, de la vision, du son et des maladies du cou. Peut-être aurions-nous à critiquer, cependant, quelques assertions contenues dans les chapitres relatifs aux sinus frontaux, à l'épulis et aux plaies du cou. Mais nous n'avons pas plus d'espace pour discuter que pour citer, et nous croyons plus utile d'engager les lecteurs de la *Gazette* à faire ce qui ne nous a pris que peu de temps, à nous même, c'est-à-dire de lire avec attention tous les fascicules parus. Il faut, en somme, un petit nombre de jours pour achever cette tâche qui, pour un érudit des temps passés, moins assiégé sans doute de journaux et de revues, aurait, au plus, occupé toute une semaine, au taux calculé minutieusement par Lenglet-Dufrenoy pour lire en cinq cent sept jours, *sans fatigue et d'une manière suffisante*, tous les ouvrages énumérés dans ses tablettes chronologiques de l'histoire universelle.

Il est vrai qu'une pareille assiduité, qu'une constance si sérieuse, ne sont guère de notre âge, troublé par d'autres préoccupations que celles de la science pure. Mais elles sont loin d'être condamnables, et nous souhaitons certainement de telles vertus à nos lecteurs. Ils y trouveront à la fois utilité et profit.

Dr E. Berchon,
Directeur du service sanitaire de la Gironde, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Fuster, professeur de thérapeutique et matière médicale, est autorisé à se faire suppléer par M. Eustache, agrégé près ladite Faculté, pendant le second semestre de l'année scolaire 1875-1876.

— *École de médecine de Marseille.* — Sont nommés, pour une période de deux années, chefs de clinique à l'École de plein exercice de Marseille, les docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux, dont les noms suivent, savoir :

Clinique obstétricale, M. Dagout-Bailly;
Clinique chirurgicale (1re chaire), M. Bousquet ;
Clinique médicale (2e chaire), M. Vidal;
Clinique chirurgicale (1re chaire), M. Garsin;
Clinique médicale (2e chaire), M. Fallot.

M. Richard, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie.

— *École de médecine de Nantes.* — Sont nommés, pour une période de dix années, suppléants à l'École de plein exercice de Nantes :

Chaire de médecine, M. Kirchberg ;
Cours d'anatomie et de physiologie, M. Kaingeard;
Chaires de sciences naturelles, MM. Herbelin et Bertin.

— M. le docteur Machenaud est nommé médecin adjoint au lycée d'Angoulême.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 juin, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre :

Ordre du jour.— 1° Nomination de membres associés libres nationaux et correspondants. — 2° Note sur un cas de névropathie électrique, par M. Girard. — 3° De la clinique à domicile ; de l'enseignement qui s'y rattache dans ses rapports avec l'assistance générale ; par M. Delasiauve. — 4° Présentation d'instruments.

— *Conférences d'embryogénie.* — M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie, dans le laboratoire d'embryogénie de l'École pratique, le mardi 13 juin, à quatre heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les personnes qui désirent suivre ces conférences, sont priées de s'inscrire chez le concierge de l'École pratique.

— *Excursions scientifiques.* — M. Bureau fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 11 juin 1876, dans la forêt de Chantilly.

Rendez-vous à Ory-la-Ville, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare du Nord), à huit heures précises du matin.

— M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera, le dimanche 11 juin 1876, une excursion géologique, dans le parc de Grignon, à Thiverva et à Beynes.

On se réunira à la gare Montparnasse (cour d'en haut) où l'on prendra à sept heures, le train qui part pour Grignon.

— M. Baillon fera sa prochaine herborisation, le 11 juin, à l'Ile-Adam.

Rendez-vous à la gare du Nord, départ à huit heures quarante-cinq minutes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 12 juin 1876.

Lorsque j'ai rendu compte, en 1866, dans ce journal de l'ouvrage de M. Bouchut, intitulé : *Du diagnostic des maladies du système nerveux au moyen de l'ophthalmoscope*, j'ai exprimé l'espoir que d'autres cliniciens suivraient cette voie et que les efforts réunis amèneraient des connaissances exactes sur une nouvelle symptomatologie, devant nécessairement contribuer à éclaircir bien des obscurités dans le diagnostic d'un certain nombre d'affections. On ne peut dire que cet espoir se soit réalisé. Certainement, toutes les fois que dans le cours d'une maladie générale des troubles visuels se manifestent, on a volontiers recours à l'examen ophthalmoscopique; mais l'expérience a démontré qu'il peut exister au fond de l'œil des troubles sérieux de circulation et de nutrition, sans que la forme visuelle en soit altérée. Il faut ajouter que souvent des troubles de la vision, s'ils ne sont pas très-accentués, n'attirent pas l'attention du malade ou du médecin préoccupés par des souffrances et par des symptômes qui rejettent au second rang tout ce qui ne paraît pas se rapprocher directement à l'organe malade. Quant aux ophthalmologistes, ils cherchent sans doute chez leurs malades à rattacher les symptômes fournis par l'exploration de l'organe visuel aux affections des centres nerveux ou d'autres organes importants, car souvent c'est dans ces rapports seulement qu'ils peuvent trouver une base thérapeutique solide; mais ils ne sont que très-exceptionnellement à même d'examiner un grand nombre de malades atteints d'affections générales, et ces recherches n'ont pas été assez nombreuses ni assez suivies pour que l'on puisse en espérer un résultat décisif. Cependant, c'est un ophthalmologiste, le professeur Ed. Jaeger (de Vienne), qui termine sa dernière monographie sur les résultats de l'exploration ophthalmoscopique par les paroles suivantes : « Je ne crains pas d'être démenti par l'avenir en affirmant que l'ophthalmoscope donnera entre les mains du médecin des résultats encore plus importants et plus fertiles qu'entre les mains de l'oculiste, et qu'il deviendra un moyen de diagnostic aussi souvent appliqué et aussi estimé que le stéthoscope et le plessimètre. »

Telle est aussi l'opinion de M. Bouchut, qui s'est livré depuis quatorze ans à ces études, avec une ardeur et une persévérance que les difficultés d'acquérir la connaissance du procédé d'examen et celles de son application chez les enfants n'ont pu détourner de son but. Avant lui, c'était le désir de connaître les causes d'une maladie oculaire qui avait dirigé les observateurs. Il a commencé à rechercher à l'aide de l'ophthalmoscope les lésions du fond de l'œil qui pourraient se rencontrer dans les maladies du cerveau, en dehors de toute perturbation des fonctions visuelles. Son but était d'étudier les altérations du nerf optique et de la rétine chez des malades où le diagnostic était douteux, et ainsi l'ophthalmoscope devenait pour lui un moyen de diagnostic médical nécessaire à employer dans toutes les maladies cérébro-spinales. Trop peu de médecins l'ont suivi dans cette voie, qui promet cependant des résultats importants aux cliniciens qui voudront se familiariser avec l'emploi du miroir ophthalmoscopique.

L'*Atlas d'ophthalmoscopie médicale* (1), que M. Bouchut vient de publier, est précédé d'une exposition sommaire des altérations du fond de l'œil dans les maladies nerveuses et dans les diathèses, exposition basée sur l'analyse de huit cents observations personnelles et dont beaucoup ont été soumises à la vérification nécroscopique. Ainsi, on a pu retrouver sur le cadavre, d'une part les lésions du système nerveux, et de l'autre les altérations correspondantes de l'intérieur de l'œil. Celles-ci, après avoir été constatées d'abord par l'ophthalmoscope, ont pu être ainsi examinées d'une façon complète quant à leur siége anatomique et leur nature histologique. Un atlas de cent vingt figures. tirées en chromo-lithographie et accompagnées de l'observation du cas auquel le dessin se rapporte, montre les principaux types des altérations du nerf optique, de la rétine et de la choroïde, observées dans les différentes maladies cérébro-spinales et diathésiques.

Après une introduction historique sur les connaissances des maladies de l'œil dans les affections des centres nerveux avant et après l'invention de l'ophthalmoscope, la première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étiologie et à la description anatomique et histologique des lésions du fond de l'œil, à l'influence que l'âge, le sexe, la constitution et la nature de la maladie générale paraissent exercer sur leur fréquence relative.

L'importance de ce sujet nous engage à entrer dans quelques détails sur les résultats les plus importants de ces études, à rechercher sur quels points ils sont appuyés ou contredits par les assertions d'autres observateurs, et ce que l'on peut en considérer comme définitivement acquis pour la science.

M. Bouchut, ayant son service à l'hôpital des Enfants, a fait presque toutes ses observations sur des sujets très-jeunes,

---

(1) *Atlas d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie*, par le docteur E. Bouchut. — 1 vol. in-4° avec XIV planches chromo-lithographiées. Prix : 35 francs. — J.-B. Baillière et fils.

et il est disposé à admettre une fréquence plus grande des lésions intra-oculaires dans les maladies cérébro-spinales chez les enfants que chez les adultes. Les éléments de comparaison faisant encore défaut, l'auteur aurait pu poser la première base de cette statistique par quelques chiffres, ayant d'autant plus de valeur qu'ils auraient porté sur le très-grand nombre de malades qui passent dans son service. Heinzel, dont les conclusions sont d'ailleurs identiques, a trouvé quarante-sept fois des lésions de l'œil sur soixante-trois cas de méningites tuberculeuses, d'hydrocéphalie et de tumeurs intra-crâniennes. Pour les adultes, nous ne possédons que la communication de Manz, mais sans indications de chiffres, sur des observations continuées pendant plusieurs années dans les hôpitaux de Fribourg. D'après lui, certains symptômes ophthalmoscopiques, tels que la dilatation et la flexuosité des veines rétiniennes, surtout l'œdème péri-papillaire, accompagnent d'une façon presque constante les méningites et encéphalites aiguës des adultes. Comme ces symptômes et surtout l'œdème peuvent disparaître et reparaître dans le courant de quelques jours, et même de quelques heures, ils peuvent échapper à l'observation et engagent le médecin à ne se prononcer qu'après des examens multipliés.

Sur la fréquence relative des altérations du fond de l'œil selon la nature de la maladie cérébro-spinale, l'expérience de l'auteur s'accorde presque en tout point avec celle d'autres observateurs. Nous ferons seulement quelques réserves à propos de la paralysie générale et des maladies de la moelle épinière. Dans la première, les lésions intra-oculaires seraient peu considérables. Cependant, Monti, dans ses recherches, les a rencontrées très-fréquemment; Thébaldi n'a trouvé qu'un seul cas d'absence de ces lésions sur vingt cas examinés à l'ophthalmoscope; Aldrige arrive aux mêmes conclusions après quarante-trois observations.

Pour les maladies de la moelle épinière, les observateurs sont moins d'accord. M. Bouchut y considère les lésions du fond de l'œil comme constantes sous forme d'hyperémie, d'œdème et finalement d'atrophie du nerf optique. Mais cette assertion, formulée d'une façon si absolument affirmative, ne peut être acceptée sans restrictions.

Les divergences d'opinions dans ces matières proviennent certainement de la difficulté ou de la différence d'interprétation de l'image ophthalmoscopique. S'il y a rarement doute sur l'existence d'un œdème ou d'une atrophie papillaire, des observateurs, même expérimentés dans ce genre de recherches, ne sont pas toujours du même avis sur l'hyperémie ou la plénitude des vaisseaux du fond de l'œil. En effet, pour affirmer que le nerf optique est plus rouge, le diamètre des artères augmenté, le sang qu'ils renferment plus foncé, il faudrait avoir souvent pour point de comparaison l'image ophthalmoscopique du malade en l'état de santé, car les différences individuelles sont bien grandes sous ce rapport. D'autres fois, on croit observer une modification dans la couleur du fond de l'œil, un aspect diffus des contours du nerf optique, et il suffit de changer notre éclairage ou la distance du verre convexe, à l'aide duquel nous mettons l'image renversée au point, pour reproduire l'état normal. Devant ces difficultés, les ophthalmologistes n'admettent une altération de l'état physiologique que dans les cas tout à fait prononcés. L'emploi général de l'image droite, qui donne un grossissement considérable, et les connaissances plus répandues de l'agrandissement du fond de l'œil, d'après l'état dioptrique de l'organe, permettront certainement de réaliser bien des progrès sous ce rapport.

Des différences analogues d'observation existent pour la fréquence des lésions intra-oculaire dans l'épilepsie et l'aliénation mentale. Il y a plusieurs années, des recherches que j'ai faites à ce sujet à Bicêtre et à Sainte-Anne m'ont amené à croire que ces lésions y sont rares; le professeur Schmidt a trouvé également, parmi cent vingt-sept aliénés du service de Wesphal, treize seulement qui présentaient une altération de la papille optique, et encore chez quelques-uns de ceux-ci, il est resté dans le doute si l'hyperémie et l'état des vaisseaux dépassaient l'état physiologique. Monti, qui a examiné deux cents aliénés, arrive à peu près aux mêmes résultats. Combien ceux-ci diffèrent-ils des observations de Thibaldi qui, parmi cent soixante-dix cas, n'a trouvé que dix-neuf fois absence complète des lésions du nerf optique; de Noyer qui a rencontré, parmi soixante aliénés, quarante et un chez lesquels le nerf optique était atteint. La nécessité de reprendre et d'étendre ces recherches démontre encore une fois combien il serait désirable, dans l'intérêt de la science, que l'emploi de l'ophthalmoscope devienne aussi habituel dans les autres hôpitaux que dans le service de M. Bouchut.

Le second chapitre de son ouvrage est consacré à l'étude anatomique et histologique de la névrite optique, des névro-rétinites et des choroïdites d'origine cérébro-spinale ou diathésique. Il est précédé d'un tableau schématique de toutes les affections, dans lesquelles l'auteur a eu l'occasion d'observer ces lésions. Ce tableau ne renferme pas moins d'une quarantaine d'affections différentes. Il ne faut pas croire, ajoute l'auteur, que toutes ces névrites, ces névro-rétinites et ces choroïdites aient des caractères particuliers, spéciaux, assez distincts pour permettre d'en reconnaître toujours la cause extérieure, et par cela même de remonter de la lésion oculaire à la maladie générale ou cérébro-spinale qui lui a donné naissance. Dans beaucoup de cas, elles sont semblables dans les maladies différentes, et il n'y a que les symptômes offerts par par la maladie qui puissent permettre de préciser le diagnostic.

A la suite de ce tableau, nous trouvons résumé les lésions des méninges du cerveau et de la moelle épinière dont l'existence pouvait être présumée, d'après la constatation d'altérations analogues du fond de l'œil. L'impression d'une affirmation, peut-être trop absolue et trop générale, que ces tableaux produisent, disparaît devant l'interprétation judicieuse que l'auteur ajoute : ces corrélations, si nombreuses qu'elles soient, ne sont pas suffisantes pour remonter sûrement de la présence d'une lésion oculaire au diagnostic d'une maladie générale ou cérébro-spinale, mais c'est déjà quelque chose que de pouvoir la faire chez un grand nombre de malades.

Les chapitres suivants renferment la description détaillée des diverses altérations du nerf optique, de la rétine, de la choroïde et de leurs vaisseaux, telles que l'auteur les a rencontrées chez ses malades. Il renvoie pour chaque description aux figures correspondantes de l'atlas, dans lequel les types différents de ces malades sont représentés par des cas nombreux et instructifs. Les dessins très-bien faits des préparations microscopiques indiquent clairement la nature histologique de ces altérations dans toutes leurs phases.

En parcourant cet exposé des névrites optiques et des névro-rétinites d'origine cérébro-spinale ou produites par des diathèses, on reconnaît l'intention très-bien remplie de fournir surtout aux médecins un tableau général et exact des observations cliniques qui se rapportent à ces sujets. Des détails ophthalmoscopiques minutieux, comme nous les demandons aux spécialistes, auraient pu nuire, en effet, à la clarté de l'exposition et surtout à la nécessité de faire embrasser l'ensemble

de ces recherches, réunies pour la première fois d'une façon aussi complète. L'auteur désigne d'après leur origine les névrites optiques et névro-rétinites qui accompagnent les affections cérébrales et spinales, les maladies du cœur, les fièvres graves, l'intoxication saturnine, alcoolique, nicotinique et enfin la névrite diphthéritique. Cette dernière, observée à plusieurs reprises, indépendamment de la paralysie de l'accommodation connue depuis fort longtemps, a amené dans un cas l'atrophie du nerf optique. Pour l'expliquer, l'auteur cite les altérations de structure de la moelle épinière et des nerfs rachidiens décrites par Oertel et Buhl.

Les rétinites d'origine cérébrale ou produites par des maladies générales sont très-minutieusement décrites. Nous voudrions surtout signaler la rétinite qui accompagne la scrofule grave et la cachexie provoquée par la tuberculose, car nous la croyons fort peu connue. A côté de ses observations, l'auteur cite celles d'Isaac, Demeules et Labordes; il aurait pu ajouter l'observation, pour ainsi dire constante, de cette rétinite dans l'anémie pernicieuse décrite par Biermes et Horner. Une autre omission que nous nous permettrons de signaler à M. Bouchut, est celle de la rétinite dans les fièvres pyémiques, dont Roth a donné une description très-complète avec dix observations à l'appui; ainsi que les altérations ophthalmoscopiques reconnues par Allbutt après l'emploi de fortes doses de belladone, hyoscyamine et erguline chez les aliénés, et reproduites dans des expériences sur les animaux.

Parmi les cas les plus intéressants et les plus rares rencontrés par M. Bouchut, il faut citer les tubercules de la rétine (quatre cas). Nous verrons que la présence de tubercules dans la choroïde est un fait assez fréquent, mais on n'admettait pas généralement leur apparition dans la rétine. Ce fait est bien constaté maintenant par M. Bouchut d'abord, puis par Perli, qui en a trouvé chez un enfant atteint de tuberculose générale. Leur nature histologique a été vérifiée par le microscope. Il y en avait une vingtaine dans la rétine, dont deux assez grands (7 millimètres) au bord de la papille optique, les autres éparpillés dans la rétine, quelquefois en avant des veines, tant dans les couches internes de la membrane entre les fibres radiées qu'ils avaient poussées de côté.

Il était naturel que l'auteur du mémoire sur les signes ophthalmoscopiques de la mort, couronné par l'Académie de médecine, rappella ces études si intéressantes et importantes qui ont été confirmées dans leurs résultats essentiels par Poncet et Aldrige.

Ce chapitre est terminé par une déclaration générale sur la valeur du diagnostic des névro-rétinites dans les affections générales que nous citons textuellement, car on ne saurait mieux dire: «Si chaque espèce de névrite optique et de névro-rétinite avait des caractères tellement distincts qu'on put toujours en reconnaître la nature par l'examen ophthalmoscopique, l'importance des lésions de la rétine dans chaque maladie où elles se présentent serait énorme. Il n'en est pas tout à fait ainsi. Comme on a pu le voir, il y a des rétinites d'origine très-différente qui ont un aspect semblable. Quelques-unes seulement ont des caractères propres, et l'on ne saurait trop faire d'efforts pour apprendre à les distinguer.

« Toutefois, si l'examen ophthalmoscopique seul ne donne pas de caractère pathognomique des maladies cérébro-spinales, et ne permet pas toujours de faire un diagnostic immédiat, il ne s'ensuit nullement que l'examen soit de peu d'utilité. Le diagnostic ne se fait jamais d'après un seul symptôme, mais bien d'après un ensemble de phénomènes. Est-ce que jamais on a songé à faire le diagnostic des maladies du poumon par le seul emploi du stéthoscope? Il en est de même de l'ophthalmoscopie médicale. Les signes qu'elle fournit et que j'apporte dans la science doivent être ajoutés aux autres symptômes de la maladie, pour en éclairer la nature et la signification. On n'en sait jamais trop, et le temps montrera toute l'importance de ces observations cliniques. Quant à présent, il y a un fait acquis, c'est que là où existent des troubles nerveux fonctionnels, la présence d'une névrite ou d'une névro-rétinite permet d'affirmer qu'il y a lésion matérielle des méninges du cerveau ou de la moelle épinière. Du premier coup, l'ophthalmoscopie distingue les affections organiques du système nerveux cérébro-spinal de la classe des névroses. Or, pour qui pratique la médecine, on sait combien ce diagnostic est parfois difficile. »

Parmi les affections de la choroïde constatées dans diverses maladies générales, nous citerons en première ligne les tubercules de cette membrane. L'aspect de ces néoplasies, leur apparition clinique, la description microscopique et l'étude de leur genèse histologique forme un chapitre des plus intéressants de ce livre si riche de faits et d'observations importantes. Signalons d'abord le nombre relativement petit des cas de cette nature, car les tubercules de la choroïde n'ont été observés que vingt-six fois sur plus de trois cents observations d'affections tuberculeuses. Ce fait est en contradiction complète avec les conclusions tirées des autopsies faites par Cohnheim, d'après lesquelles les tubercules de la choroïde ne manqueraient jamais dans la tuberculose miliaire aiguë. Et que l'on ne dise pas que les difficultés de l'examen ophthalmoscopique empêchent de les voir sur le vivant. Chaque malade de ce genre est examiné dans le service de M. Bouchut par plusieurs personnes, et ces recherches sont faites avec une exactitude minutieuse. D'ailleurs, comment expliquerait-on que, depuis dix ans que le fait est connu, la littérature médicale ne renferme pas même une vingtaine d'observations publiées en dehors de ce livre. Ce petit nombre ne permet pas encore de déterminer les rapports entre la tuberculose de la choroïde et le développement des tubercules dans d'autres organes, surtout dans les enveloppes du cerveau. Tandis que quelques observateurs (Frankel, Steffer) ont vu les tubercules de la choroïde longtemps avant l'invasion d'une tuberculose miliaire ou avant l'apparition d'une méningite, M. Bouchut les a toujours vus dans le cours de cette dernière affection. Tous, cependant, sont d'accord sur les conclusions que l'existence des tubercules de la choroïde permet d'affirmer une granulie générale, tandis que leur absence ne permet pas de nier la maladie générale d'une façon absolue.

Le troisième chapitre renferme une étude détaillée du mécanisme de la formation des altérations du fond de l'œil produites par les maladies cérébro-spinales et par les diathèses. L'auteur admet des modes de production très-variables: 1° l'action mécanique d'un obstacle de circulation par une pression sur les veines méningées et sur les sinus caverneux destinés à recevoir le sang veineux du globe oculaire (de Graefe). Tout en admettant qu'au bout de quelque temps le sang veineux peut prendre un autre chemin (Sesemann), cette cause nous paraît d'une influence incontestable au début des affections. Un effet analogue est produit par l'action du liquide arachnoïdien pénétrant dans l'espace sous-vaginal lymphatique; cette découverte, encore récente, est exposée avec beaucoup de clarté, et sert à l'explication des affections intra-oculaires autant qu'il est possible de le faire jusqu'ici. Par contre, nous n'avons pas trouvé, ici, indiqué l'action directe des tumeurs encéphaliques produisant l'atrophie des nerfs optiques par leur pression immédiate. 2° La cause inflammatoire. L'inflammation

descend du cerveau le long du nerf optique ou de sa gaîne et se propage ainsi jusqu'à l'extérieur de l'œil sous forme de névro-rétinite descendante (de Graefe). L'auteur admet que ces inflammations peuvent avoir pour première cause une maladie périphérique d'autres nerfs, qui arrive dans sa marche centripète au cerveau et se réfléchit alors sur les nerfs de l'œil. 3° Il explique de la même façon l'action réflexe du nerf grand sympathique qui produit dans les maladies du rachis et de la moelle épinière une paralysie vaso-motrice du nerf optique. Les expériences de Claude Bernard et de Hayem, ainsi que les observations intéressantes de Layr, servent d'appui à cette opinion.

Ces explications, comme aussi celles des causes diathésiques, sont d'une grande clarté, qui permet à tous les esprits non prévenus de se rendre compte des relations intimes de l'organe visuel avec l'organisme entier, et de comprendre le retentissement que les différents troubles de la santé y trouvent.

La fin du livre est consacrée à un exposé très-succinct de la marche et de la terminaison des lésions intra-oculaires, et à quelques mots sur des troubles fonctionnels qu'elles peuvent provoquer. Comme les observations de l'auteur ont été faites sur des enfants, l'étude des fonctions de l'œil, les indications si intéressantes et importantes que les ophthalmologistes retirent de l'examen du champ visuel et de la distinction des couleurs ont dû y être négligées. Nous sommes convaincus que s'il était loisible à M. Bouchut de transporter son champ d'observation dans un hôpital d'adultes, il ne tarderait pas à compléter son œuvre. Telle qu'elle est, sortie de son initiative et d'un travail persistant, elle lui fait honneur et lui assure la reconnaissance de tous ceux qui s'intéressent sincèrement au progrès de la science. Ed. Meyer.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1).

II

Les causes locales peuvent manquer. — Leur rôle secondaire. — Leur insuffisance. — Action herpétigène des maladies vénériennes, du chancre simple en particulier.

Parmi les causes locales, je n'ai à signaler aucune particularité qui ne soit connue. Ces causes faisaient défaut chez les quatre malades dont je vous ai rapporté l'observation. Je crois qu'elles sont en général insuffisantes pour provoquer à elles seules l'herpès, surtout celui qui est précédé, accompagné ou suivi de phénomènes névropathiques, et qui, par conséquent, n'est pas purement constitué par une simple petite lésion limitée à un point plus ou moins circonscrit de la muqueuse glando-préputiale.

L'action respective des causes générales et des causes locales a été parfaitement comprise et exprimée par M. Doyon : « Ainsi, dit-il, deux éléments distincts rendent compte de l'herpès récidivant : d'un côté, une prédisposition constitutionnelle antérieure; de l'autre, un accident local. Selon le point de vue doctrinal où l'on se place, l'un de ces éléments peut être réputé plus important que l'autre ; mais leur existence simultanée à tous deux est également nécessaire pour la production de l'herpès. La maladie vénérienne n'agit ici qu'à titre de cause d'évolution. Elle ne détermine point une modification générale de l'organisme; elle ne fait en quelque sorte qu'établir un point d'élection par la décharge locale d'une diathèse déjà préexistante... » (1).

Dans l'herpès névralgique des organes génitaux, l'influence des maladies vénériennes antérieures m'a semblé à peu près nulle, et je ne pourrais pas dire de lui ce que M. Doyon dit de l'herpès récidivant, que son antécédent obligé est une lésion vénérienne primitive. Vous avez vu que nos malades en étaient exempts ou n'en avaient eu qu'à des époques plus ou moins éloignées.

Parmi les trois maladies vénériennes, le chancre simple, d'après M. Diday, posséderait un pouvoir herpétigène tout particulier. Pour ma part, je n'ai jamais fait cette remarque; mais je ne pouvais passer sous silence l'opinion d'un syphilographe aussi éminent que M. Diday, d'autant moins qu'elle n'impliquerait pas seulement un simple rapport de causalité fortuite, mais une sorte d'affinité de nature. C'est là son côté original et même un peu étrange. Au sujet de l'abortion ou de la cure trop rapide des chancres simples qui, d'après lui, porterait à son summum leur propriété herpétigène, M. Diday s'exprimait ainsi au congrès de Bordeaux : « Pour moi, les poussées d'herpès ne sont autre chose que l'éclosion imparfaite, ébauchée, des graines de chancrelles, qui, déposées lors du coït, auraient été complétement étouffées par la végétation de l'une d'elles, si l'on avait laissé cette végétation suivre son cours sans entrave. »

Aucun de mes malades n'avait eu de chancre simple. C'est donc une cause dont je n'ai pas à m'occuper en ce qui concerne la variété névralgique de l'herpès. J'ai beau chercher, je n'en trouve aucune qui soit probante; aussi, laissant de côté l'énumération des influences locales qu'on pourrait invoquer, telles que le coït avec des femmes différentes, l'abus des boissons alcooliques, l'excès des sécrétions glando-préputiales, la malpropreté, les excitations mécaniques, etc., etc. Je passe à la question de la pathogénie.

Conditions pathogéniques de l'herpès névralgique des organes génitaux.

I

L'herpès névralgique génital est une espèce de zona. — Théories pathogéniques de l'herpès zoster. — Première phase : influence herpétique attribuée à la douleur névralgique.

1. Ce que je vous ai dit jusqu'ici, dans ces leçons, doit vous faire pressentir quelle est ma manière de voir, au sujet de la pathogénie et de la nature de l'herpès névralgique des organes génitaux. Pour moi, messieurs, cette affection n'est autre chose qu'une espèce de zona ou herpès zoster. Vous m'objecterez que le zona, tel qu'on l'entend, et aussi d'après son étymologie, est un herpès en demi-ceinture qui ne franchit pas la ligne médiane, qui, en outre, se compose de plusieurs groupes de vésicules disposés suivant certaines directions, etc., etc. Je vous l'accorde. Mais ne vous en tenez pas aux apparences graphiques; allez au fond des choses. Eh bien, qu'est-ce que le zona? C'est une affection herpétique consécutive presque toujours à un trouble de l'innervation qui se manifeste, suivant le trajet d'une ou de plusieurs branches nerveuses, par des phénomènes névralgiques.

2. Le symptôme névralgique est le premier qui ait attiré et fixé l'attention des observateurs, non-seulement par sa fréquence, sa durée, son intensité, etc., mais surtout par cette

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 juin.

(1) A. Doyon. *De l'herpès récidivant des parties génitales*, p. 65.

particularité très-caractéristique, qu'il précède et suit quelquefois l'éruption vésiculeuse de plusieurs semaines. Lorry, Geoffroy, Alibert, surtout Rayer, et plus tard Bassereau, Valleix, Cazenave, G. Simon, Romberg, en ont fait ressortir toute l'importance. Je vous citais, il y a trois jours, le travail de mon ami et collègue M. le docteur Parrot sur le zona. C'est lui qui a mis en lumière toute la valeur pathogénique attribuée à l'élément douleur, dans le zoster, et qui, de plus, analysant mieux que ses devanciers les rapports précis de l'éruption avec la distribution des branches nerveuses, a établi : 1° que l'éruption et la douleur se développent sur le trajet d'une branche nerveuse, le plus souvent superficielle ; 2° que les foyers d'éruption sont superposés aux foyers de douleur, lesquels sont les points d'émergence des troncs nerveux. D'après M. Parrot, le zona est une manifestation toujours secondaire, subordonnée à l'existence d'une névralgie, d'origine rhumatismale ou dyspeptique ; reconnaissable à son existence d'un seul côté du corps, et au siége des plaques vésiculeuses sur le trajet d'un rameau nerveux superficiel, atteint de névralgie.

C'est là, messieurs, le zona typique et complet, du moins au point de vue descriptif et dans le cadre un peu étroit de sa forme classique. La pathologie avait fait un grand pas; on était sur la voie des découvertes ultérieures qui ont agrandi son domaine. Mais la théorie restait insuffisante ; on n'était pas allé plus loin que le phénomène douleur, dans la recherche des causes prochaines. Il fallait pénétrer plus avant, jusqu'à l'altération matérielle de la substance nerveuse.

II

Théories pathogéniques de l'herpès zoster. Deuxième phase : insuffisance de l'élément névralgique pour produire les troubles nutritifs. — Zona traumatique. — Zona spontané. — Zona secondaire. — Leur cause immédiate est une névrite des ganglions spinaux, des nerfs ou des centres nerveux. — Lésion des nerfs trophiques. — Anatomie pathologique des herpès zoster. — Troubles de la nutrition et éruptions herpétiques consécutifs à l'asphyxie par la vapeur de charbon, et causés par une inflammation des nerfs périphériques.

Cette théorie, qui constitue la première phase de l'histoire pathogénique du zona, ne tarda pas à être battue en brèche. M. de Bœrensprung, dans son *Traité des maladies de la peau*, mettait en doute l'influence des nerfs sensitifs sur les phénomènes de la nutrition, et il ne pensait pas qu'elle put aller jusqu'à produire non-seulement l'hyperémie, mais aussi l'inflammation et l'exsudation.

1. Dès 1859, M. le professeur Charcot avait publié, dans le *Journal de physiologie*, des observations prouvant d'une manière évidente la relation qui existe entre l'herpès et les blessures des nerfs. L'herpès symptomatique de ces blessures ressemblait exactement comme lésion et comme symptômes à l'herpès zoster et méritait le nom de zona traumatique. A la suite de ces observations, M. Brown-Sequard établissait « que les altérations de nutrition sont très-différentes suivant qu'elles succèdent à la section ou à la compression des nerfs, et qu'il fallait distinguer les effets de l'irritation de la moelle épinière et des nerfs, de ceux de la paralysie ou simple cessation d'action; en d'autres termes, qu'il fallait distinguer les effets de l'action morbide, et ceux de l'absence d'action. »

Vous le voyez, l'anatomie pathologique du zoster était en germe dans ces faits et dans ces lois de physiologie pathologique, déduites du traumatisme des nerfs et de l'expérimentation sur les animaux. (*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. le Président donne lecture d'une lettre par laquelle, à la suite de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance sur le pansement de Lister, M. Després donne sa démission de membre titulaire de la Société. Après quelques paroles de M. Marjolin, la Société refuse d'accepter la démission de M. Després.

PRÉSENTATIONS

M. Verneuil présente : 1° de la part d'un de ses élèves, un travail sur le *Traitement des hémorrhoïdes*; 2° de la part d'un autre de ses élèves, une thèse sur les *Fractures du col du fémur chez les vieillards*. L'auteur fait ressortir la fréquence de l'albuminurie chez les vieillards, par suite de l'altération rénale qu'on a nommée *rein sénile*, et conclut que c'est cette néphrite qui donne une gravité extrême aux blessures des vieillards en général, et à la fracture du col du fémur en particulier; 3° de la part de M. Vandran (de Villers-Coterets), une observation manuscrite de luxation de l'épaule très-simple, réduite facilement, suivie d'une inflammation intense, d'un phlegmon, de pyohémie, et terminée par la mort. Le sujet avait eu autrefois des coliques hépatiques, à la suite desquelles le foie était resté hypertrophié.

RAPPORT

M. Cruveilhier donne lecture d'un rapport sur une observation de *Polype naso-pharyngien ayant récidivé six fois chez une jeune fille, jusqu'à l'âge de dix-huit ans*, où elle a subi la dernière opération. Cette observation sera déposée, avec les pièces, aux archives, et son auteur, M. Bergeon (de Moulins), est inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

COMMUNICATION

Traumatisme et grossesse. (Suite). — M. Guéniot pense avoir démontré que le traumatisme, quelles que soient sa forme et son intensité, n'est pas une cause essentielle de fausse couche, en faisant cependant quelques exceptions. D'abord pour les traumatismes de la zone génitale qu'il limite à la région ano-périnéale et au conduit vulvo-utérin. La région des seins elle-même doit être exclue de cette zone, car sur quatorze cas de traumatisme chirurgical des seins, incision d'abcès, drainage, etc., dus à Aug. Bérard, à M. Verneuil et à d'autres, on n'a observé qu'un seul accouchement prématuré, sur la malade d'Aug. Bérard, accouchement qui s'est fait à huit mois et demi, au quinzième jour de l'opération, et qui a été suivi de mort. Pour les traumatismes qui affectent la zone génitale, la fausse couche, si elle se produit, n'est pas en rapport avec l'intensité du traumatisme, mais avec sa répétition ou la longueur de sa durée. M. Guéniot fait une autre exception pour les traumatismes suivis d'hémorrhagie brusque et abondante. Et, même dans ces cas, l'hémorrhagie semble s'attaquer plutôt à la vie de la femme qu'à la grossesse. Une troisième exception est relative au traumatisme, quelle que soit sa forme, qui, secondairement, se complique d'accidents inflammatoires (angioleucite, érysipèle, phlegmon). Mais, même dans ces trois cas d'exception, il faut l'intervention d'une ou de plusieurs autres causes pour déterminer la fausse couche. On en a pour preuves les opérations d'ovariotomie ou d'amputation du col, qui n'ont pas interrompu la grossesse, et l'ablation qui a été faite d'une tumeur osseuse intra-pelvienne, qui a nécessité deux interventions chirurgicales, et après laquelle l'accouchement, provoqué volontairement à huit mois et demi, s'est bien passé.

M. Guéniot résume tout ce qui précède dans cette formule : un œuf sain, dans une matrice saine, peut être assimilé à un organe quelconque de l'économie, lequel ne souffre généralement d'un traumatisme que lorsqu'il est atteint directement.

M. Guéniot passe ensuite à l'étude des cas de grossesse compliquée d'irritabilité insolite de la matrice, de maladie de l'œuf, ou d'état général mauvais de la femme (albuminurie, syphilis, etc.). Alors la fausse couche est la règle. Tout le monde connaît ces exemples d'avortement à récidive, se produisant pendant dix et quinze grossesses de suite, à des époques différentes. Plus la grossesse avance, plus l'irritabilité utérine augmente. Généralement cette irritabilité est provoquée par une maladie de l'œuf, soit dans ses membranes, soit dans le placenta, quelquefois par la mort du fœtus. M. Gillette a publié un cas de mort par péritonite à la suite d'un simple toucher. M. Raynaud a communiqué à la Société anatomique un cas de mort par péritonite, à la suite de l'excision partielle très-superficielle d'un petit kyste du vagin gros comme le pouce. M. Gallard a observé le même accident à la suite de l'arrachement d'un petit polype très-pédiculé, implanté sur le col. Ces faits sont à rapprocher de ces accidents formidables suivis de mort qu'on observe chez l'homme à la suite d'un simple cathétérisme, accidents qui paraissaient autrefois inexplicables, et qu'on rapporte aujourd'hui à l'explosion d'une péritonite latente qui n'attendait que l'occasion de se développer. La cause en est généralement une pyélonéphrite des reins où des bassinets.

Dans les cas rapportés plus haut, ce qui est larvé c'est la maladie de l'œuf.

En résumé, M. Guéniot divise en six groupes les faits qui ont servi de base à cette étude :

1° *Cas à négliger* à cause de l'impossibilité de préciser les signification spéciale; tels sont, par exemple, les 2 cas de trachéotomie rapportés par M. Verneuil (l'état asphyxique qui rendit l'opération nécessaire suffit à expliquer l'avortement). Dès lors, quel a pu être le rôle de la trachéotomie ?

2° *Cas de grossesse continuée* malgré l'intensité, le siége ou les complications du traumatisme, et cela à cause de l'état parfait de la gestation (femme saine, utérus sain, œuf sain).

3° *Cas de grossesse interrompue* par traumatisme de la zone génitale et réveil de l'excitabilité de la matrice.

4° *Cas de grossesse interrompue* par trouble profond de la circulation utérine, à la suite d'une hémorrhagie brusque et abondante.

4° *Cas de grossesse interrompue* par perturbation des fonctions, à la suite d'une complication inflammatoire de la blessure (érysipèle, angioleucite, phlegmon, etc.).

5° *Cas de grossesse interrompue* par suite d'un état ou d'une disposition morbide dont la grossesse se trouvait affectée au moment du traumatisme, celui-ci ayant simplement coïncidé avec la fausse couche, ou n'ayant joué que le rôle de cause occasionnelle.

L'auteur pose ensuite les conclusions suivantes, relatives à la première question (influence du traumatisme sur la grossesse).

1° L'innocuité du traumatisme sur la grossesse, de même que sa nocivité, n'est soumise à aucune loi absolue.

2° Selon que l'irritabilité de l'utérus est faible ou exaltée, que l'œuf est sain ou malade, que la femme elle-même est ou n'est pas exempte de certains états morbides, les conséquences du traumatisme par rapport à la gestation sont, en effet, complétement différentes.

3° Ces différences de résultat se produisent aussi, mais *à un moindre degré*, selon que le traumatisme affecte ou n'affecte pas directement la zone génitale, selon qu'il est accompagné ou non d'une hémorrhagie à la fois brusque et abondante, selon enfin qu'il se complique secondairement ou non d'une affection inflammatoire de quelque intensité.

Ainsi :

4° Lorsqu'un traumatisme atteint *la femme enceinte en dehors de toute disposition morbide* (femme saine, utérus sain, œuf sain), quelles que soient sa forme et, jusqu'à un certain point, son intensité, il est *généralement* dépourvu de nocuité sur la grossesse.

5° Cette règle comporte les trois exceptions suivantes :

a. Si la lésion intéresse un point de la zone génitale, c'est-à-dire le canal vulvo-utérin ou la région ano-périnéale, il n'est pas rare de voir le traumatisme entraver le cours de la grossesse ; et cette influence nuisible semble être plutôt en rapport avec la durée ou la répétition de l'action traumatique qu'avec son degré d'intensité.

b. De même, quel que soit le siége de la blessure, s'il se produit en un temps très-court une perte de sang abondante, la grossesse s'en trouve fortement menacée, et la vie de la femme plus ou moins compromise.

c. Enfin, si la lésion traumatique s'aggrave secondairement d'une complication inflammatoire, telle que : érysipèle, phlegmon, angioleucite, etc., elle peut aussi, par ce fait, provoquer l'interruption de la grossesse.

6° Lorsque la *gestation* se trouve *compliquée d'un état pathologique*, tel que : irritabilité anormale de l'utérus, maladie ou volume exagéré de l'œuf, albuminurie, etc., le traumatisme, quelque faible qu'il soit et quelque région qu'il affecte, détermine *le plus souvent* l'expulsion prématurée du produit de conception. — Dans ce cas, la cause véritable du trouble apporté à la grossesse provient de l'état organique ou fonctionnel qui complique cette dernière, et non du traumatisme, qui joue simplement le rôle de *cause adjuvante ou occasionnelle*.

7° Néanmoins, vu l'extrême difficulté et, souvent même, l'impossibilité que rencontre le chirurgien à diagnostiquer quelques-uns de ces états morbides (irritabilité anormale de la matrice, maladies de l'œuf, etc., il convient d'être très-circonspect dans la pratique des opérations pendant la grossesse. Si le traumatisme chirurgical doit intéresser la zone génitale, l'état de gestation constitue même, *sauf les cas de nécessité*, une contre-indication formelle à l'opération.

8° Enfin, au point de vue médico-légal, pour bien apprécier la part d'influence qui, dans certains cas d'avortement, revient aux violences criminelles, il est absolument nécessaire de connaître l'état des diverses parties de l'œuf au moment de leur expulsion.

DISCUSSION

M. BLOT a retrouvé une vingtaine d'observations qu'il avait recueillies autrefois, et qui seraient à ajouter à celles déjà publiées; mais, sur la première question traitée par M. Guéniot, il n'y a rien à ajouter à ce qu'il a dit, il y a quelques années, lorsque ce sujet a été discuté. La seule conclusion pratique qu'on puisse en tirer, aujourd'hui comme alors, c'est qu'il faut opérer le moins possible les femmes enceintes. La deuxième question (influence de la grossesse sur le traumatisme) pourrait être étudiée maintenant avec plus de fruit. M. Blot a fait autrefois quelques expériences sur les animaux, qu'il serait utile de reprendre aujourd'hui, surtout au point de vue de l'influence de l'état puerpéral sur la marche et la consolidation des fractures, la cicatrisation des plaies, etc. De quelques faits, peu nombreux, il semble résulter que la consolidation des fractures soit un peu retardée ; il semble que l'état des liquides, du sang en particulier, pendant la grossesse, ne soit pas favorable à la *réparation*. Cependant, dans un certain nombre de cas de fractures, la consolidation s'est faite admirablement. Dans un cas d'ablation de tumeur du sein, la cicatrisation a été prompte, mais la repullulation plus rapide qu'en dehors de l'état de gestation. Mais ces faits ne sont nullement péremptoires jusqu'à présent. Quant à l'irritabilité utérine, son influence joue évidemment un rôle dans la première question; cependant, certaines dispositions ne doivent pas être mises sur le compte de cette action. L'expulsion d'un fœtus mort, par exemple, est un acte normal, qui n'est pas dû à une susceptibilité exagérée de la matrice.

M. VERNEUIL a relevé les cas de trachéotomie qu'il a cités, parce qu'il tenait à donner une statistique intégrale. Mais il pense aussi que la turgescence du cou particulière aux femmes enceintes n'a pas été sans jouer un rôle dans la production de l'hémorrhagie intra-bronchique. Cette exception faite, il admet la classification donnée par M. Guéniot pour les faits se rattachant à la première question. Quant à la deuxième question, il semble que les femmes enceintes ont une tendance pyogénique extrême. L'état du sang pendant la gestation est encore à étudier. On l'a accusé d'être impropre à la prolifération, et cependant on a vu des tumeurs, très-petites jusqu'au moment de la grossesse, prendre tout-à-coup à cette époque un développement considérable.

M. GUÉNIOT abordera, dans la prochaine séance, la deuxième partie de sa communication, relative à l'influence de la grossesse sur le traumatisme.

PRÉSENTATION DE MALADE

Restauration de la voûte palatine. — M. LANNELONGUE présente une jeune fille sur laquelle il a fait, il y a deux mois et demi, une restauration de la voûte palatine, pour une division totale avec écartement d'un centimètre et demi. Il a employé le procédé qu'il a déjà décrit sous le nom de *procédé nasal*, empruntant à la cloison nasale un lambeau muqueux, qui est rabattu vers l'orifice palatin de manière à l'obturer. C'est la cinquième fois que M. Lannelongue emploie ce procédé, et cinq fois il a été suivi de succès. Deux des opérés ont été présentés à la Société. Les rapports entre la cloison des fosses nasales et les divisions palatines peuvent être divisés en deux catégories de faits. Dans l'une, la cloison s'insère sur un des bords de la solution de continuité; le chirurgien n'a alors à sa disposition qu'une face de la muqueuse de la cloison. Dans l'autre, la cloison est placée de champ, entre les deux bords de l'ouverture; on peut alors faire deux lambeaux, à droite et à gauche de la cloison, et les rabattre vers chacun des bords; mais ces lambeaux sont généralement petits parce que la difformité atteint la cloison elle-même qui n'est pas complète. L'obturation ainsi obtenue ne ferme pas toute l'ouverture, et il faut recourir à une deuxième opération pour obtenir tout le résultat que l'on cherche. C'est ce que M. Lannelongue fera pour cette malade. La réunion du lambeau nasal avec les bords de la voûte palatine se fait très-rapidement, grâce à l'extrême vascularité de cette muqueuse. C'est d'ailleurs la règle, dans toute autoplastie, de choisir un lambeau très-vasculaire, et de le rendre tel, au besoin, en le fouettant pendant huit jours au moins avant l'opération, comme faisaient les Italiens et avant eux les Indiens, ou à l'aide d'incisions qui l'isolent presque des parties voisines et font développer sa circulation, comme M. Lannelongue l'a fait voir à la Société dans une communication faite en 1869, comme depuis les Allemands l'ont fait sans le citer.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. DUMÉNIL (de Rouen) présente un maxillaire supérieur atteint d'exostose développée dans les sinus, à la suite d'une longue suppuration. Le malade est mort de variole.

MM. TILLAUX et HOUEL pensent qu'il s'agit ici plutôt d'un kyste du sinus maxillaire avec ossification périphérique du périoste. M. Tillaux rappelle que M. Dolbeau a démontré que les exostoses du sinus frontal et maxillaire sont indépendantes de la paroi du sinus, et que leur extraction, très-difficile par un autre procédé, se fait facilement en les soulevant avec un levier. Robert et Michon se sont aussi occupés de ces tumeurs.

M. LARREY rappelle les travaux de Giraldès sur les kystes des maxillaires.

La séance est levée.

Circulaire concernant les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Monsieur le Recteur, le décret du 15 juillet 1875 a rendu obligatoires, pour les aspirants au grade de pharmacien, les travaux pratiques dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie; mais l'exécution de ce décret, paraît rencontrer, dans certaines Écoles, quelques difficultés relativement au nombre des auxiliaires qu'exigent la direction et la surveillance des manipulations.

J'ai l'honneur de vous adresser à ce sujet des instructions que vous voudrez bien faire connaître à MM. les directeurs des Écoles de votre académie.

Les travaux pratiques exigent des préparateurs et des chefs de travaux.

Un préparateur peut utilement être chargé de trente ou quarante élèves, de cinquante même, si le laboratoire est disposé pour un service et une surveillance faciles.

La surveillance doit être de tous les instants : en chimie pour démontrer l'emploi des appareils ou des réactifs et prévenir les accidents; en micographie, pour diriger les élèves dans la préparation des objets à observer, dans le maniement des microscopes et l'exécution des dessins.

Les chefs de travaux doivent exposer dans des conférences le sujet de chacune des opérations ou observations à faire dans les laboratoires. Ces conférences comportent, avec un résumé des données théoriques, l'indication minutieuse de la pratique des opérations ou observations.

Il est bien bien entendu, cependant, que ces conférences ne sont nécessaires qu'autant que les travaux pratiques ne sont pas exécutés dans l'ordre même des cours; les cours remplacent alors les conférences.

Enfin, la direction et la surveillance des laboratoires appartiennent exclusivement, mais sous le contrôle des professeurs titulaires, aux chefs de travaux pratiques.

Dans quelques Écoles, et spécialement dans celles qui ne comptent qu'un petit nombre d'élèves, il pourrait y avoir lieu de confier à un seul fonctionnaire les emplois de préparateur et de chef des travaux pratiques. On comprend que, dans ce cas, ce fonctionnaire doit présenter des garanties spéciales de savoir, d'activité et de dévouement.

L'importance des travaux pratiques dans les études pharmaceutiques fait désirer que le traitement des fonctionnaires attachés à leur préparation soit assez élevé pour permettre de choisir, parmi les candidats, les plus capables et ceux qui sont susceptibles de conserver leurs fonctions. A ce point de vue, il pourrait y avoir avantage à réunir dans les mêmes mains, avec un supplément de traitement, les doubles fonctions de préparateur du cours et des travaux pratiques.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire.

Agréez, Monsieur le Recteur, etc.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

WADDINGTON.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance publique a duré moins d'une demi-heure, et les deux lectures qui l'ont occupée ont été à peine entendues. Puis l'Académie s'est formée en comité secret pour discuter un rapport de M. Broca sur le programme du prix U. Gerdy.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. ALPHONSE GUÉRIN.

Hypertrophie de la portion sus-vaginale du col de l'utérus.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

I

L'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col de l'utérus ayant été longtemps confondue avec la chute de l'utérus, j'ai tenu à vous décrire la chute avant de vous parler de l'hypertrophie, parce que, depuis les travaux de Huguier, on est généralement disposé à croire que la chute de l'utérus est si exceptionnelle, qu'il est à peine besoin de s'en occuper. Cette maladie, que je vous ai décrite dans la dernière leçon, existe pourtant indépendamment de l'hypertrophie du col de l'utérus, et, ce matin encore, vous avez pu en voir un exemple remarquable.

Le plus ordinairement cependant, quand le col de la matrice est descendu entre les cuisses, ce n'est pas à une chute de l'utérus que l'on a affaire, mais à une hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Déjà Levret, avant Huguier, avait insisté sur cet état du col de l'utérus, Dugès et Boivin en avaient également fait mention. Mais ce fut Huguier qui, dans un remarquable mémoire lu en 1859 devant l'Académie de médecine, fit vraiment comprendre l'importance de cette lésion. Il ne craignit pas de soutenir que l'affection généralement prise pour la chute de l'utérus n'était autre chose qu'un allongement hypertrophique du col. La proposition était hardie, aussi elle subit le sort de toutes les idées nouvelles; elle trouva de vigoureux contradicteurs. Huguier, d'ailleurs, comme la plupart des novateurs, avait été trop loin. Sans nier absolument les cas de chute de l'utérus, il les considérait comme tout à fait exceptionnels. Sur 64 observations qu'il avait relevées, dans lesquelles le col faisait saillie hors de la vulve, il prétendait avoir eu affaire 62 fois à l'hypertrophie du col, et 2 fois seulement s'être trouvé en présence de chute véritable de l'utérus.

Je ne pense pas qu'une pareille statistique soit l'expression exacte des faits. Pour ma part, je puis affirmer que j'ai rencontré la chute de la matrice un bon nombre de fois, sans qu'il y eût hypertrophie du col.

Il n'en est pas moins vrai cependant que, le plus souvent, l'expulsion du col hors de la cavité pelvienne est due à une hypertrophie. Ce fait est très-important à connaître au point de vue thérapeutique.

Vous savez qu'on décrit dans le col de l'utérus deux portions : une portion sous-vaginale ou mieux intra-vaginale, située au-dessous de l'insertion du vagin sur le col, et une portion sus-vaginale, c'est-à-dire située au-dessus de cette insertion. Or, il faut bien savoir qu'il existe une hypertrophie de la portion sus-vaginale et une hypertrophie de la portion sous-vaginale, et que ce sont là deux maladies parfaitement distinctes. Je ne m'occuperai aujourd'hui que de la première de ces affections, qui seule ou à peu près peut en imposer pour une chute de l'utérus.

Cette hypertrophie de la portion sus-vaginale du col utérin est très-remarquable. Elle se fait uniquement en longueur, de sorte que le col, tout en étant très-long, n'est guère plus gros que le doigt. Il semble s'être allongé en s'effilant. Cet allongement acquiert parfois des dimensions étranges. Mon collègue, M. Moissenet, me racontait dernièrement qu'à l'autopsie d'une femme chez laquelle il existait une tumeur fibreuse de l'utérus, il avait eu de grandes peines à trouver le col. Celui-ci, en effet, contournait la tumeur, faisant autour d'elle une sorte de demi-cercle. Il mesurait 16 centimètres de longueur.

Ce fait est de nature à vous montrer quelle longueur le col peut acquérir. Mais ordinairement cet allongement ne dépasse guère 6 à 8 centimètres. L'hystéromètre qui, normalement, chez les femmes qui ont eu des enfants, s'enfonce en moyenne dans la cavité utérine jusqu'à 6 centimètres de profondeur, pénètre dans les cas d'hypertrophie les plus prononcés jusqu'à 14, 15, 16 centimètres. Dans ces cas, le col a donc subi un allongement de 8 à 9 centimètres au plus.

Lorsqu'il y a allongement de 3 centimètres, l'hystéromètre entre dans la cavité utérine jusqu'à 9 centimètres de profondeur. Cela suffit déjà pour que le col soit en dehors de la vulve.

Quant au corps de l'utérus, il semble avoir plutôt diminué qu'augmenté; chose intéressante et inexplicable, car vous savez qu'il existe une grande solidarité entre la nutrition du col et celle du corps.

Il y a une distinction très-importante qui a été faite par Huguier, c'est que, dans cette hypertrophie du col qui ressemble tant à la précipitation, à la chute complète de l'utérus, le corps reste en place. Loin de s'abaisser, il resterait situé environ à la hauteur de la partie moyenne de la symphyse pubienne.

Je crois qu'il ne faut pas être aussi absolu. Je ne dis pas qu'au commencement, l'utérus ne puisse être très-haut placé, mais très-souvent il finit par s'abaisser, de manière à descendre au-dessous de la situation que Huguier lui a assignée.

On comprend très-bien comment l'utérus peut rester élevé, car il est maintenu dans sa position par ses ligaments et surtout par les ligaments utéro-sacrés. Les ligaments larges n'empêchent guère que les mouvements de latéralité, les ligaments ronds ayant surtout pour mission de le retenir, dans son développement, appliqué contre la paroi abdominale, et de prévenir ainsi les accidents qui résulteraient de la compression des intestins.

L'utérus ainsi maintenu, l'orifice du col s'abaisse, le corps, au contraire, restant en place.

En s'abaissant, le corps de l'utérus retourne le vagin à la manière d'un doigt de gant. A mesure, en effet, qu'il s'allonge, les replis des culs-de-sac deviennent de moins en moins considérables, de sorte que, lorsque cet abaissement est extrême, le vagin vient constituer une tumeur.

Cet abaissement de l'orifice du col a ses degrés, comme la chute de l'utérus. Quand l'allongement n'est que de 3 centimètres environ, le col ne vient guère qu'au niveau de la vulve. Si l'allongement est de 6 centimètres, le col est situé à 4 ou 5 centimètres en dehors de la vulve. Enfin le vagin est complétement descendu quand l'hystéromètre pénètre jusqu'à 12 centimètres de profondeur. Jamais, dans l'hypertrophie, les annexes de la matrice ne sont entraînées vers la vulve, elles gardent la situation qu'elles ont normalement, tandis qu'il est ordinaire de trouver les ovaires et les trompes descendus avec la matrice dans la chute complète de cet organe.

Comme dans la chute de l'utérus, la vessie suit la paroi antérieure du vagin dans son mouvement d'abaissement. Je vous ai dit que, dans la chute de l'utérus, la vessie descendait avec cet organe et venait se placer entre le pubis et le corps de l'utérus, de sorte qu'en saisissant la tumeur d'avant en arrière, on trouvait une poche fluctuante, renfermant la vessie. De même que, dans la chute, il peut résulter de la stagnation de l'urine dans la vessie une inflammation du réservoir urinaire, ou bien encore la formation de calculs dans la partie la plus profonde de cet organe. En un mot, cette cystocèle peut donner lieu à tous les accidents sur lesquels j'ai insisté dans ma précédente leçon.

Lorsque vous pressez latéralement cette tumeur, vous sentez très-nettement une tige ferme, résistante, dans toute la longueur de la tumeur constituée par le col hypertrophié, et il vous est impossible, quelque précaution que vous preniez, d'arriver jusqu'au corps de l'utérus. L'effacement du museau de tanche est la conséquence de la tension exercée sur les parois du vagin. Je vais tâcher de vous faire comprendre le mécanisme de cette déformation.

A l'état normal, le vagin ne s'insère pas, comme on le dit et comme on pourrait le croire, à la base du museau de tanche. Après avoir formé les culs-de-sac vaginaux, il se réfléchit sur le col et lui forme une gaîne jusqu'à son orifice.

Les parois du vagin se continuent donc sur le col, de sorte que l'on pourrait décrire à cet organe une portion pariétale et une portion viscérale, comme pour les enveloppes séreuses du cœur et des poumons.

Cela étant établi, quand le col s'allonge et que le museau de tanche s'abaisse, il entraîne nécessairement derrière lui la portion réfléchie du vagin dont les culs-de-sac disparaissent peu à peu. Enfin, il arrive un moment où les parois de l'organe ne forment plus qu'une ligne droite allant de la vulve à l'orifice du col de la matrice, et comme dans ce rebroussement du vagin ses parois sont tendues, elles s'écartent de plus en plus de la base du col de l'utérus, et elles finissent par ne plus être en rapport qu'avec la partie qui entoure son orifice. Le museau de tanche disparaît donc avec les culs-de-sac du vagin, puisqu'il n'existe qu'en raison de leur existence. Il ne faut pas croire, en effet, qu'à mesure que la portion sus-vaginale du col s'est allongée, la portion intra-vaginale s'est atrophiée. Rien n'a disparu, il n'y a qu'une apparence d'amoindrissement, résultant de ce que le vagin, au lieu de former une gaîne au col de l'utérus, s'en est séparé pour se prêter à l'allongement de cet organe. Au lieu de se réfléchir sur le col, les parois du vagin vont en ligne droite du méat utérin à leurs insertions pelviennes.

HOSPICE DES MÉNAGES. — M. Ch. Bernard.

Aortite. — Névrite cardiaque. — Angine de poitrine.

Observation recueillie par M. E. Paul Boncour, interne du service.

Mme X..., âgée de soixante-neuf ans, couchée au n° 9 de l'infirmerie, est entrée le 28 février 1876, se plaignant de palpitations, de gêne dans la respiration et de douleurs à la pointe du sternum et dans la région précordiale.

Ces troubles fonctionnels, palpitations et dyspnée, et ces symptômes douloureux s'exagèrent souvent sous l'influence de certaines causes spéciales, une vive émotion morale, une contrariété par exemple. La malade a alors ce qu'elle appelle sa *crise*. Assez souvent aussi elle éprouve des sensations douloureuses du côté du pharynx et du larynx : elle a alors de la dysphagie et de l'aphonie. Examen de la malade : elle est pâle; sa figure est fatiguée et exprime la souffrance; malgré cela loin d'être maigre, elle a au contraire un certain embonpoint. L'appétit est nul, et, si la malade essaie de manger, il n'est pas rare que les aliments arrivés dans l'estomac donnent naissance à ce qu'elle appelle sa crise. Les urines sont claires et limpides.

La respiration est constamment difficile, avec exagération des phénomènes dyspnéiques au moment des crises. La percussion de la poitrine donne une sonorité exagérée; l'auscultation n'indique pas de bruits anormaux, mais une faiblesse dans le murmure respiratoire, ce qui dénote un certain degré d'emphysème.

La malade se plaint de palpitations continuelles qui s'exagèrent à certains moments. La pointe du cœur vient frapper avec force la paroi de la poitrine; le pouls est très-fréquent (de 120 à 150). Cette fréquence du pouls n'est point l'indice de phénomènes fébriles, car la température est normale (37°5). L'auscultation du cœur ne fait point entendre de bruit anormal.

Les phénomènes nerveux, douloureux, éprouvés par la malade, sont nombreux : douleurs au niveau de la pointe du sternum, région précordiale, pharynx.

Ces symptômes vont s'accentuant de jour en jour; les crises (palpitations et dyspnée) vont augmentant de fréquence et d'intensité. La malade, ne mangeant plus ou presque plus, s'affaiblit peu à peu. Enfin, elle meurt le 29 mars, tuée par une dyspnée croissante

et un affaiblissement graduel du cœur, résultant de l'exagération dans le nombre et la force de ses battements.

Autopsie. — Les poumons présentent les lésions de l'emphysème avec un léger engoument des bases.

A l'ouverture du péricarde, il s'en écoule une certaine quantité d'un liquide clair. Le cœur est assez volumineux sans être réellement hypertrophié, et a subi dans ses fibres une légère dégénérescence graisseuse. Caillots fibrineux dans le cœur gauche. L'aorte est notablement dilatée au niveau de sa crosse, où elle présente de nombreuses plaques d'athérome; on trouve un caillot fibrineux dans son intérieur. Les filets nerveux qui vont continuer le plexus cardiaque paraissent tiraillés par la dilatation aortique, et se trouvent au milieu d'une gangue conjonctive contenant un certain nombre de ganglions plus ou moins volumineux. Le pneumo-gastrique gauche, en avant de la portion horizontale de la crosse aortique, au niveau où il fournit le nerf récurrent, est englobé en partie dans une petite masse tout à fait noire qui paraît être un ganglion dégénéré. Le cerveau, le cervelet et le bulbe sont sains.

Les symptômes observés pendant la vie et les lésions constatées à l'autopsie permettent-ils de poser un diagnostic exact, diagnostic resté douteux jusqu'à la mort de la malade, quoique pressenti cependant? (Je dis *pressenti*, car l'attention de notre aimable et savant maître, M. Bernard, et la mienne, n'a pas laissé que d'être attirée du côté des nerfs cardiaques, par les palpitations et la dyspnée habituelle et par les *crises* fréquentes). Oui certainement, la dyspnée habituelle, les palpitations ordinaires, les phénomènes douloureux constatés du côté du cœur, de l'estomac, du pharynx et du larynx, les crises dyspnéiques et cardiaques, et tout cela sans augmentation de la température, s'expliquent parfaitement par la dilatation d'une aorte fortement athéromateuse au niveau de sa crosse, tiraillant et irritant les fibres du plexus cardiaque, et la compression, tant légère qu'elle soit, du pneumo-gastrique gauche.

Aussi notre diagnostic sera-t-il ainsi précisé : *aortite* ayant donné naissance à une *névrite cardiaque*, occasionnant des accès d'*angine de poitrine*.

Cependant en finissant notre observation bien incomplète, nous serons franc, en disant qu'il nous eût été bien difficile, impossible même, d'exprimer le diagnostic dans des termes aussi précis que nous l'avons fait, sans la lecture des savantes et utiles leçons faites en l'année 1873, par M. le docteur Peter, sur *les signes diagnostiques et pronostiques tirés de l'examen du cœur et de l'aorte thoracique*.

THÉRAPEUTIQUE

Les dragées Dominique à l'arséniate de fer. — Observation clinique à l'appui de leur efficacité

Par M. le docteur Baron.

Il est de précepte, en matière médicale, que les agents thérapeutiques doivent être pris dans l'état le plus naturel qu'il soit possible.

Aucune observation clinique n'est encore venue contrarier ce précepte, et l'on peut dire que tous les praticiens, observateurs attentifs, ont eu occasion d'en confirmer la vérité.

C'est ce principe qui a servi de règle de conduite, et même qui a inspiré l'idée première de la préparation des dragées Dominique. Tout médecin sait aujourd'hui que ces dragées sont préparées avec des éléments minéralisateurs, qui forment la composition chimique des eaux de la source Dominique de Vals. On sait également que cette source réunit le fer, l'arsenic et le phosphore dans des proportions qu'aucune eau analogue ne peut présenter.

Du reste, l'accueil qui a été fait à ces dragées dès qu'on en a connu l'existence, témoigne de la confiance qu'on pouvait fonder sur les éléments médicamenteux qu'elles possèdent et sur le mode de préparation qui les réunit dans le même médicament. Quant à la pensée d'en former un bonbon qui le rendit accessible et même agréable aux malades les plus difficiles, tels que les enfants, qui ne raisonnent pas avec les goûts, le médecin en a tenu compte au préparateur, et ce n'est pas ce caractère qui aura été la moindre raison du succès qu'ont obtenu dans la pratique les bonbons ou dragées de la Dominique.

Quand on considère, de nos jours, les soins de toute sorte que se donne l'art pharmaceutique pour fournir à la médecine les agents qu'il emploie avec le plus d'efficacité et sur la plus grande échelle, on comprend mieux l'opportunité que doivent trouver les éléments de l'eau de la Dominique de Vals, sachant que ces éléments sont, entre autres, le fer, l'arsenic et le phosphore. La constitution organique de notre temps n'est-elle pas, au témoignage de tous les médecins, marquée d'un fonds d'anémie qui accuse surtout un défaut dans les forces qui président à la circulation sanguine? Est-ce que toutes les maladies ou du moins le plus grand nombre ne portent pas le cachet anémique; et les meilleures santés ne peuvent-elles pas être accusées de pécher plus ou moins de ce même côté?

Le fait n'est que trop constaté. C'est l'explication rationnelle des préférences qui se portent sur les préparations médicamenteuses contenant les agents minéralisateurs que nous venons de nommer. En présence de toute faiblesse organique, de toute débilité circulatoire, de toute atonie nutritive, la première indication qui vient à l'esprit du praticien, c'est celle de l'agent tonique et corroborant par excellence, le fer.

La clinique moderne a reconnu qu'à cet agent s'associent très-bien, selon les cas, le phosphore et l'arsenic. De sorte qu'à eux trois, ces médicaments occupent la plus grande place et la mieux méritée dans la matière médicale de nos jours. Le plus souvent, ils remplissent toutes les conditions du traitement; dans la majorité des cas, ils y entrent à titre de supplément nécessaire. On nommerait peu de maladies, enfin, dans lesquelles le fer, l'arsenic et le phosphore n'aient une indication plus ou moins marquée.

C'est ce qui explique cette multiplication des préparations toniques et reconstituantes de toute sorte, en tête desquelles, pour les raisons que nous avons déjà données, doivent être placées les dragées Dominique, connaissant la source dont elles tirent le triple médicament naturel qu'elles renferment dans leur composition.

Les observations que la clinique a produites du bon usage de ces dragées sont nombreuses; nous voulons terminer aujourd'hui cette note avec la relation de deux cas qui nous sont fournis par un honorable médecin du Puy-de-Dôme, M. le docteur Barry (d'Arlane).

« Le premier est celui d'une jeune fille, Marie X..., couturière, âgée de dix-neuf ans.

Elle vint me consulter, écrit notre confrère, pour une douleur névralgique prenant tout le côté gauche du visage et s'étendant à une partie du côté droit, avec de très-violentes douleurs.

Mais la malade présente tous les signes de l'anémie : la pâleur de la peau est générale, les gencives et les lèvres sont complétement décolorées. L'inappétence dure depuis longtemps et les digestions sont lentes et pénibles. Les palpitations du cœur surviennent à la moindre fatigue; on perçoit même le bruit de souffle au premier temps. La dysménorrhée remonte à une date reculée; enfin, tout travail de son état lui est bien difficile, même en dehors de la névralgie faciale, pour laquelle elle est venue me consulter.

J'institue un traitement dans lequel entrent les dragées Dominique comme principal agent. Le reste consiste en soins accessoires. J'ordonne ces dragées au nombre de quatre par jour pour commencer, en augmentant de une ou deux cette dose aux jours suivants.

Dès le deuxième jour, les douleurs névralgiques diminuent; elles disparaissent le quatrième. Néanmoins la malade continue de prendre des dragées. »

Pressé d'abréger sans doute, le docteur Barry termine son obser-

vation par ces lignes, qui n'expriment que le résultat et négligent trop les changements successifs qui durent se produire dans l'intervalle :

« Après dix jours de traitement par les dragées Dominique, la malade en ayant pris alors le nombre total de 58, l'amélioration de l'état général est très-satisfaisant. La névralgie, notamment, était complétement guérie; elle datait de quatre mois avec des exacerbations fréquemment répétées.

L'appétit, réveillé dès le début de la médication, n'a fait que se prononcer tous les jours davantage. Les digestions sont devenues faciles; la faiblesse générale a fait place aux forces naturelles à l'âge de la malade. Tout, enfin, fait espérer qu'avec le rétablissement normal de l'écoulement sanguin périodique, le rétablissement de Marie X... se réalisera complétement. »

La deuxième observation de M. le docteur Barry, qui nous reste à publier, a une autre importance. Il s'agit d'un cas de chloro-anémie très-avancé, et compliqué d'ailleurs par des accidents, qui ne sont le plus souvent que les produits ou les conséquences éloignées de cette maladie. Nous verrons encore ici que les dragées Dominique ont joué le plus grand rôle dans le traitement du sujet, mais qu'au bout de deux mois d'usage, la malade revenait à un état de santé qu'on n'eût pas osé espérer.

REVUE DE LA PRESSE

Contribution au diagnostic et au traitement de la tétanie, par F. Simon. (Thèse inaugurale, Breslau, 1874.) — L'auteur fait d'abord l'histoire de la maladie, puis il s'occupe de ses symptômes, dont le principal est une contracture tonique douloureuse, qui saisit en même temps les extrémités supérieures et inférieures, présentant en même temps des intermittences irrégulières, en outre, le symptôme indiqué par Trousseau (la possibilité d'éveiller une contracture par la compression des vaisseaux artériels de la région), ainsi que celui que donne Berger (la douleur spontanée que l'on provoque par la pression sur les apophyses épineuses et la possibilité de reproduire les spasmes avec l'irritation mécanique et électrique des mêmes points.

La tétanie se distingue du tétanos vrai : 1° par l'absence de trismus et de spasme des extenseurs; 2° des contractures hystériques par tous les phénomènes qui accompagnent ces derniers; 3° de la forme convulsive de l'ergotisme par le symptôme de Trousseau. Pour l'étiologie, l'auteur n'y apporte aucune contribution nouvelle. Il doute que la moelle ait subi aucune altération. Les règles du traitement sont encore incertaines. D'après Berger et Erb, la galvanisation ne produit aucun résultat. L'hydrate de chloral répond seulement à une indication symptomatique, comme le bromure de potassium, l'arsenic et l'opium.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu (Dowse). — En traitant le rhumatisme articulaire aigu, le praticien doit répondre à deux indications :

1° Favoriser l'élimination des produits acides;

2° Diminuer la douleur.

Dans ce but, l'auteur fait couvrir le lit avec une couverture de gomme élastique au-dessus de laquelle on place une seconde couverture de laine trempée dans l'eau bouillante et préalablement tordue. Le patient est enveloppé dans de la laine. Alors surviennent des sueurs profuses, que l'on augmente encore en administrant à l'intérieur un peu d'eau-de-vie, puis de l'eau et du lait chaud.

On doit répéter ce traitement pendant trois jours consécutifs, six heures le premier jour et quatre le second, deux le troisième. La douleur disparaît dès le premier jour. La fièvre diminue, les urines deviennent plus abondantes, la quantité d'urée est moindre.

Cette méthode n'est pas applicable, si le malade est atteint d'insuffisance aortique; s'il y a de la péricardite ou de la pleurésie; si, enfin, la température atteint ou dépasse 40 degrés. Elle ne l'est pas non plus chez les névropathes et les femmes enceintes.

Pendant le traitement, on doit observer les règles suivantes :

1° Quant, au bout de deux ou trois heures, la peau reste sèche et quand la température dépasse 40 degrés, il faut suspendre le traitement;

2° Si la température périphérique s'élève sans que la sueur se produise, on peut donner à l'intérieur une once d'eau-de-vie avec de l'eau et du lait chaud. (*Brit. med. journal*, janv. 1875.)

Considérations sur le traitement de la diarrhée dans la fièvre typhoïde, par Georges Johnson. — Dans les diarrhées de la fièvre typhoïde, il est indispensable de s'abstenir de tout médicament capable d'irriter la muqueuse intestinale. On doit donner, pendant la période aiguë, des boissons rafraîchissantes, colorées avec un peu de sirop, au besoin, de petites doses de chloral. Pendant la convalescence, on donne du lait, des bouillons concentrés, des jaunes d'œuf. L'alcool sous toutes ses formes doit être administré suivant le degré d'adynamie des malades. L'auteur a abandonné la pratique qui consiste à administrer les acides minéraux, parce que, en irritant la muqueuse ulcérée, ils deviennent eux-mêmes causes de diarrhée. On ne doit arriver que graduellement et avec les plus grandes précautions aux aliments solides. Dans les cas graves, le régime lacté, employé pendant une partie de la convalescence, peut rendre de grands services. Dans l'espace de neuf mois, l'auteur a dû soigner quinze fièvres typhoïdes et quatorze typhus. En se conformant aux préceptes qu'il indique, il n'a pas eu un seul décès. Il n'a dû recourir qu'une seule fois à l'opium pour calmer une irritation exagérée de l'intestin. (*Practitioner*, 1875.)

Le nitrate d'alumine dans le traitement du prurit vulvaire. — Dans le prurit vulvaire de n'importe quelle cause, le nitrate d'alumine donnerait, d'après le docteur H. L. Gill, de meilleurs résultats qu'aucun des médicaments prescrits jusqu'ici. Il l'emploie à dose de quatre à six grains par once d'eau, soit pour des injections vaginales pures et simples, soit pour des lavages à l'extérieur.

Il conseille ordinairement aux malades de prendre une cuillerée à café d'une solution de la même poudre dans une pinte d'eau.

Quant aux lavages, on les répète deux ou trois fois le jour, suivant les nécessités de la maladie.

Rupture spontanée de l'utérus chez une multipare au huitième mois de la grossesse. Mort. — La femme A..., âgée de vingt-huit ans et bien constituée, était dans le huitième mois de sa grossesse quand, le soir, à dix heures, elle ressentit de vives douleurs dans l'abdomen et fit appeler la sage-femme. Jusqu'à deux heures du matin les douleurs persistèrent sans rémission. A ce moment, l'auteur la trouva dans l'état suivant : elle se plaint de douleurs atroces dans la région épigastrique, s'irradiant vers la base de la poitrine et jusqu'au voisinage de la colonne lombaire. Faiblesses et vomissements fréquents. On ne trouvait absolument rien dans les antécédents qui pût expliquer cette douleur, elle avait eu une grossesse antérieure tout à fait normale. Aucun traumatisme récent. L'utérus offrait la sensation d'une tumeur qui s'étendait jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La pression sur la région épigastrique était douloureuse. Au-dessus de la symphyse pubienne, on trouve un corps dur, arrondi, qui ne paraît autre chose que la tête. Il est impossible de sentir aucune autre partie de l'enfant à travers la paroi abdominale. P. 90 plein. La température de la peau ne semble pas augmentée. Par le toucher vaginal, on trouve que l'orifice du col est à peine assez dilaté pour qu'on puisse introduire l'extrémité de l'index. Il est impossible de sentir la tête fœtale avec le doigt.

En présence d'une douleur si vive et continuelle, l'auteur ne put penser qu'à un *tétanos utérin*. Il eut recours aux dérivatifs, aux injections hypodermiques de morphine, aux lavements froids.

Au moment où l'auteur la revit le lendemain matin, elle avait des vomissements incessants, le faciès abdominal, le pouls misérable et à 160. L'abdomen était ballonné et très-douloureux, l'utérus flasque, et l'on n'entendait pas les battements du cœur fœtal. C'est alors qu'il diagnostiqua une péritonite consécutive à une rupture utérine. La mort arriva en très-peu de temps.

On fit l'opération césarienne *post mortem*; il s'écoula après l'ouverture une grande quantité de gaz de la cavité abdominale. L'utérus

était rompu sur sa face antérieure, ainsi que l'œuf. Le fœtus était bien développé, pesait 3 kilogrammes et n'était pas macéré. Il y avait une insertion vicieuse du placenta (placenta *prævia* latéral droit).

(*Wiener med. Presse*, 1876.)

La déchirure du col utérin considérée comme une cause fréquente et peu connue d'un certain nombre d'affections. Son traitement par Vogel (Berlin, 1875). — D'après l'expérience de l'auteur, on verrait souvent à la suite de l'accouchement une double déchirure dans le canal cervical. On en connaît encore mal les suites. Ce sont : le renversement en dehors d'une ou des deux lèvres du col, l'obliquité de l'utérus, l'ectropion des lèvres, la leucorrhée profuse, les ménorrhagies accompagnées de très-vives douleurs.

Emmet traite ces déchirures comme celles du périnée. Il avive les parties cicatrisées, les réunit par une suture profonde, qu'il enlève au bout de huit jours. Les résultats obtenus sont excellents.

(*Centrablatt f. Cuivurg*, 25 mars 1876.)

Double cataracte diabétique. Abaissement. Guérison. (Docteur Gomez Pamo). — H... Lurita, trente-deux ans, se présente à l'auteur avec deux cataractes survenues depuis peu de temps. Elles avaient atteint leur maturité complète dans l'espace d'un an. Jusqu'à l'âge de vingt-six ans, il aurait toujours été bien portant; mais, à cette époque, il commença de ressentir des douleurs dans l'hypochondre droit avec une soif très-vive et une polyurie inquiétante.

Le jour qui suivit son entrée à l'hôpital provincial de Madrid, on fit l'examen de ses urines, et l'on trouva qu'elles avaient une densité de 1,033, qu'elles donnaient une réaction légèrement acide. Avec la liqueur cupro-potassique, on put constater la présence d'une grande quantité de sucre. Pas d'albumine, ni de matières colorantes de la bile.

Les cataractes étaient simples et l'attristaient plus que tout le reste, parce qu'elles l'empêchaient de travailler.

L'auteur, ne voyant rien dans l'état des deux yeux qui pût contre-indiquer une opération, résolut de l'entreprendre. Craignant que les cataractes ne fussent molles, il adopta la méthode de dépression. Pendant l'opération, la choroïde prit une coloration d'un violet intense. Le malade vit presque aussitôt les objets en vert.

Tous les phénomènes observés au moment de l'opération disparurent. Même pendant les vingt-quatre heures qui suivirent la double opération, la polyurie et la glycosurie diminuèrent notamment. Le malade quitta l'hôpital en bon état au bout de quelques jours.

(*Annales de Ciendicas*, 10 janv. 1876.)

Atrophie et paralysie de la peau (W. Taylor). — Femme de quarante-cinq ans, ayant toujours eu auparavant une bonne santé. Sur les membres inférieurs de l'abdomen, on trouve des taches rondes et ovales de la peau, dont le diamètre varie de deux lignes à un demi-pouce. Ces taches ont une couleur blanchâtre un aspect perlé. A leur surface, on distingue l'ouverture des follicules de la peau. Elles sont limitées par un bord très-net entouré de téguments absolument normaux. Leur niveau est un peu au-dessous du reste de la peau. Il n'y a pas de poils à la surface. Quelques taches disséminées parmi celles-ci ont l'aspect et la teinte du pityriasis versicolor. Elles paraissent être de même nature que les premières, seulement être apparues avant elles. Elles sont anesthésiques, tandis que les autres sont hyperesthésiques. La femme est maigre, délicate.

L'auteur regarde ce cas comme une atrophie de la peau dans toute son épaisseur. Cette atrophie a été primitive et n'a pas eu de période d'infiltration. Elle se distingue de la forme signalée par Willson par l'absence d'infiltration, quoiqu'elle ait beaucoup de similitude avec ce que cet auteur décrit sous le nom d'atrophie blanche.

(*Archives of Dermatology*, janv. 1876.)

Du sommeil chez les vieillards. — Dans la vieillesse, le sommeil se présente sous trois formes différentes :

1° La forme continue. Lorsqu'un individu âgé de soixante-dix ans ou même davantage se trouve dans un état cachectique plus ou moins marqué, il dort souvent la plus grande partie du jour et de la nuit, à tel point qu'on est obligé de l'éveiller pour le faire manger. L'appétit reste d'ailleurs normal. Ces vieillards présentent toujours un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué, avec perte de la mémoire. Cet état peut se prolonger plusieurs années. La mort arrive ordinairement par suite d'eschares consécutives au décubitus prolongé.

2° La deuxième variété comprend le sommeil diurne habituel avec agitation et insomnie pendant la nuit. A un certain moment, les vieillards, chez lesquels le sommeil présente cette anomalie, quittent leur lit et se livrent à des actes de plus en plus déraisonnables. Ce symptôme indique dans la plupart des cas le début de la démence sénile.

3° La troisième variété est l'absence continuelle et complète de sommeil. Cet état est presque toujours précurseur d'une affection cérébrale grave. — (*Gazz. med. di Roma*, aprile 1876.)

De l'amygdaline. — Des expériences assez nombreuses faites par les docteurs A. Morriggia et G. Ossi leur ont permis de formuler les conclusions suivantes :

1° L'amygdaline que l'on croit généralement innocente par elle-même, est toxique pour les animaux supérieurs, surtout les herbivores, mais seulement lorsqu'elle est administrée par les voies digestives.

2° L'empoisonnement est causé par les produits bien connus de la fermentation amygdalique.

3° Cette fermentation se fait dans l'intestin grêle et le cæcum.

4° Le suc gastrique du chien, la salive humaine, la bile de bœuf, la glycose, la caséine, le ferment de la bière, etc., laissés longtemps en contact avec l'amygdaline n'en déterminent point la fermentation.

5° L'amygdaline mélangée à l'émulsine peut subir, même chez le chien, la fermentation amygdalique et amène la mort.

6° L'amygdaline étant toxique par elle-même, la coction d'une substance dans laquelle entre l'amygdaline et l'émulsine ne suffit point pour la rendre inoffensive.

7° La salyrine devient inerte dans l'intestin parce qu'elle se décompose en saligénine et en glycose. — (*Archiv. di med. veter.*, apr. 1876.)

Réflexions sur le diagnostic différentiel de la créatiniémie, de l'urémie et de l'ammoniémie, par le docteur Montarini. — La créatine résulte de la décomposition des matières adipogènes et protéiques contenues dans l'organisme. C'est un déchet provenant du tissu musculaire et du tissu nerveux.

Le premier produit de la décomposition des muscles est l'acide lactique, le second, la créatine, qui se transforme elle-même un peu plus tard en créatinine. Cette substance alcaline contribue à neutraliser l'acide lactique. Lorsque le poumon fonctionne bien et que les tissus reçoivent une quantité suffisante d'oxygène, la créatine et la créatinine se transforment en urée par oxydation.

L'urée ne peut jamais devenir assimilable, elle se décompose en produits ammoniacaux toxiques, au contact de l'air, ou en présence d'un ferment organique comme le mucus vésical.

A l'état physiologique on ne trouve d'ammoniaque libre que dans les produits de l'exhalation pulmonaire. Toutefois dans les maladies infectieuses, les sueurs, les matières des vomissements, les excrétions intestinales peuvent parfois en contenir une notable quantité.

L'auteur a vu souvent à la suite de fatigues prolongées des soldats présenter des phénomènes fébriles, dont la pathogénie paraissait obscure au premier abord. C'est en étudiant cet état particulier qu'il a été amené à faire la recherche actuelle.

La fièvre en question est adynamique, la sécheresse de la langue, l'état fuligineux de la bouche et des narines, les phénomènes gastro-intestinaux, les douleurs musculaires l'accompagnent toujours. Il n'est pas possible de rattacher cet état à la fièvre typhoïde, car il disparaît complétement au bout de quelques jours, et les urines deviennent rouges et sédimenteuses.

Le rhumatisme, l'embarras gastrique, les maladies infectieuses ne peuvent être mises en cause.

Il est facile de tout expliquer si l'on songe que pendant les marches prolongées la consommation de musculine est exagérée, et

que la respiration pulmonaire n'augmente point assez pendant le même temps, pour que les détritus organiques puissent être rapidement transformés et éliminés. Ce serait donc là une fièvre infectieuse produite par l'accumulation dans le sang des déchets organiques très-abondants qu'amène la fatigue musculaire, en un mot une véritable *créatiniémie*.

Nous savons qu'une légère augmentation d'urée dans le sang, ne produit d'autre inconvénient qu'une albuminurie passagère et sans gravité.

Si au contraire, par suite d'une cause quelconque, l'issue de ce produit excrémentitiel est empêchée, il retourne dans le torrent circulatoire, et produit les vomissements et la diarrhée, deux symptômes presque constants, mais non pathognomoniques de l'urémie.

Quand l'urine se trouve en contact avec un ferment elle se transforme en carbonate d'ammoniaque. Celui-ci est absorbé à son tour et produit cette affection que Treitz désigne sous le nom d'ammoniémie. Celle-ci est caractérisée par une diarrhée et une aphalalgie persistante, de la sécheresse de la gorge et de la langue, une haleine ammoniacale, une élévation thermique constante qui peut aller jusqu'à 40 degrés, des ulcérations grisâtres sur la muqueuse buccale, des épistaxis, etc. La mort survient par apoplexie ou par asphyxie. Tous ces caractères diffèrent notablement comme on le voit, de ceux de l'urémie pure et simple. — (*Giornal di medecina militare.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1875 dans les départements de l'Ariége, de l'Ardèche et dans l'arrondissement de Bar-sur-Seine (Aube). (Commission des épidémies.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Léon Le Fort comme membre titulaire de l'Académie.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire intitulé : *Étude sur le café*, par M. Commaille, docteur ès sciences, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Marseille.

2° Un mémoire intitulé : *Contribution à l'histoire du typhus*, par M. le docteur Masse, médecin principal. (Commission des épidémies.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection des quatre commissions des correspondants nationaux et étrangers.

Sont élus à l'unanimité :

Première division. — MM. Bergeron, Bourdon, Devergie, Hérard, Laboulbène, Marey, Moutard-Martin, Pidoux, Sée et Vulpian;

Deuxième division. — MM. Blot, Broca, J. Cloquet, Devilliers, Perrin et Richet;

Troisième division. — MM. Bouley, Colin, Goubaux, Huzard, Magne et Reynal;

Quatrième division. — MM. Berthelot, Bouchardat, Caventon (Eug.), Giraud-Teulon, Mialhe et Wurtz.

LECTURE

M. Pietra-Santa lit un travail sur le climat de l'Algérie et l'influence qu'il exerce sur le développement de la phthisie pulmonaire.

COMMUNICATION

M. le docteur E. Decaisne communique un mémoire sur la liqueur de la Grande-Chartreuse et l'eau de mélisse des Carmes au point de vue de l'alcoolisme.

Voici quelles sont les conclusions de ce mémoire :

« 1° Les plantes qui entrent dans la composition de la liqueur de la *Grande-Chartreuse* et dans celle de l'*eau de mélisse des Carmes*, sont à peu peu près les mêmes que celles qui servent à faire la liqueur d'absinthe, elles sont rangées dans la familles botaniques suivantes : dans les *ombellifères* : l'angélique, la coriandre, l'anis vert; dans les *labiées* : l'hysope, la mélisse, la menthe poivrée, le thym, le romarin, la sauge, la marjolaine; dans les *synanthérées* : l'arnica, l'absinthe, la balsamite ; dans les *callacées* : le calamus aromaticus; dans les *laurinées* : la canelle de Chine; dans les *amomées* : la cardamome; dans les *myristicées* : le macis, la muscade; dans la *myrtacées* : le girofle; dans les *salicacées* : le peuplier Baumier ; dans les *légumineuses* : la fève de Touka.

« Or ces plantes sont toutes considérées en thérapeutique comme *excitantes* et présentent les mêmes effets physiologiques. Elles contiennent toutes ou presque toutes des huiles essentielles plus ou moins actives, plus ou moins dangereuses. Leur proportion dans la fabrication des trois liqueurs varie selon la liqueur et le goût que le distillateur veut lui donner.

« 2° A dose égale ou à peu près les effets de l'absinthe, de la liqueur de la *Grande-Chartreuse* et de l'*eau de mélisse des Carmes* sont les mêmes sur l'économie, sur le système nerveux en particulier et produisent de la même façon l'alcoolisme.

3° *A priori*, et des observations ultérieures pourront le démontrer, nous avons la conviction que toutes les liqueurs fabriquées avec les mêmes plantes ou des plantes analogues, contenant des huiles essentielles actives et présentant le même degré alcoolique ou à peu près, peuvent produire, quand on en fait un certain abus, les divers accident qui constituent l'état qu'on a désigné sous le nom d'alcoolisme. »

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1)

Professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur E. Guibout.

M. E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient de publier les leçons qu'il professe depuis plusieurs années à l'hôpital Saint-Louis; il les a réunies en un volume de plus de 700 pages.

Cet ouvrage est le fruit d'un travail consciencieux, il nous paraît appelé à rendre de grands services; on y trouvera, en effet, toutes les qualités propres à vulgariser la science dermatologique, à en faire bien comprendre et les détails et l'ensemble.

M. E. Guibout commence par bien établir que la dermatologie n'est point une partie isolée de la pathologie, et, comme le pensent un trop grand nombre de médecins, une *spécialité*. Il montre que les maladies de la peau sont intimement liées à tout le reste de la pathologie, puisque, le plus souvent, elles ne sont que la manifestation extérieure, visible, et en quelque sorte matérielle, des états morbides les plus divers, aussi bien des états morbides généraux ou constitutionnels appelés *diathèses*, que des simples troubles fonctionnels.

Comme corollaire de ce grand principe *de la nature des maladies de la peau*, ainsi mis en lumière, il dit ce que doit être le diagnostic en dermatologie, la nécessité de ne point s'arrêter à la superficie des choses, à la détermination des *espèces* et des *genres*, mais de pénétrer plus profondément, et d'établir l'origine et la nature des dermatoses. La détermination de la nature des maladies de la peau, savoir reconnaître si elles sont de *cause externe* ou de *cause interne*, et quelles sont les causes internes dont elles sont l'expression : tel est le diagnostic véritablement utile et indispensable, puisque c'est celui-là seul qui peut fixer le pronostic et le traitement.

Après avoir ainsi établi ce que doit être le diagnostic dans les maladies de la peau, et quelles sont les difficultés qu'il présente, M. Guibout étudie successivement les lésions anatomiques qui constituent les maladies cutanées. Il montre comment les variétés que

(1) In-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson, éditeur.

présentent ces lésions, forment les divers genres, en d'autres termes, les diverses affections génériques de la peau. Cela posé, et envisageant d'un coup d'œil général l'ensemble de toutes les maladies de la peau, il les divise en maladies *produisant une sécrétion* et en maladies *non sécrétantes*; la première de ces deux grandes divisions se subdivisant en *maladies à sécrétions sèches*, et en *maladies à sécrétions humides*.

Après avoir donné une idée sommaire et synthétique de ce que sont, dans leur ensemble, les maladies de la peau, de la manière dont elles sont constituées anatomiquement, et de la manière dont elles peuvent être catégorisées, M. Guibout aborde l'histoire de ces maladies prises individuellement : il étudie successivement le psoriasis, l'eczéma, l'impétigo, l'ecthyma, l'acné, le sycosis, etc., etc., il fait de ces diverses maladies un exposé simple, clair, et qui nous a paru aussi complet que possible.

Telle est la première partie de son ouvrage. Dans la seconde, M. Guibout s'occupe de la scrofule et de la syphilis; il expose les caractères pathognomoniques des lésions cutanées par lesquelles se manifestent ces deux diathèses, il les rapproche l'une de l'autre, il les compare à l'herpétis, et fait ainsi saillir d'une manière nette et parfaitement tranchée les caractères distinctifs de l'herpétis, de la scrofule et de la syphilis. Cette étude synthétique et comparative est intéressante, elle est en quelque sorte le résumé du travail analytique de la première partie.

Il y a dans cette seconde partie plusieurs chapitres sur lesquels nous appelons l'attention, et qui se distinguent par des aperçus pratiques et tout à fait originaux : tels sont ceux dans lesquels sont examinées les influences réciproquement exercées par les *maladies de la peau sur la santé générale*, et *par la santé générale, à son tour, sur les maladies de la peau :* tel est encore celui qui est consacré à la *dermatologie de la région génitale chez la femme*.

N'oublions pas le chapitre dans lequel M. Guibout démontre par un fait très-soigneusement étudié, que s'il existe une diathèse syphilitique scrofuleuse et herpétique, il y a aussi une diathèse *fibromique*, caractérisée par l'existence de productions fibreuses qui se développent, et se généralisent dans toute l'économie, partout ou existe le tissu fibreux. C'est là quelque chose de tout à fait nouveau, qui n'avait pas encore été scientifiquement observé, et que M. Guibout a vu et décrit le premier.

Tel est, en quelques mots, le plan de ce livre : les élèves y trouveront un exposé très-net et très-méthodique de la dermatologie. Les médecins le liront avec profit; ils y verront des détails pratiques sur la manière dont il faut comprendre et appliquer le traitement des maladies de la peau. Il y a dans ce livre plusieurs chapitres exclusivement consacrés aux questions si difficiles de la thérapeutique des maladies de la peau, nous ne saurions trop en recommander la lecture attentive.

Dr PASSANT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Un concours pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale et à une place de chef de clinique d'accouchements aura lieu cette année dans le courant du mois de juillet.

Le jour de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixé.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, du 15 juin au 10 juillet prochain, de une heure à quatre heures.

— *Cours libres.* — Le doyen de la Faculté de médecine a l'honneur d'informer MM. les docteurs en médecine qui désirent faire des cours libres à l'École pratique, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-1877, qu'ils doivent en adresser la demande à M. le ministre de l'instruction publique, par l'intermédiaire de la Faculté, avant le 1er juillet prochain.

Ils voudront bien indiquer dans leur demande la nature du cours qu'ils ont l'intention de faire.

— *Excursions scientifiques.* — M. Maxime Cornu fera sa prochaine excursion pour l'étude et la récolte des plantes cryptogames, le dimanche 18 juin 1876, dans le bois de Chaville.

Rendez-vous à Chaville, à l'arrivée du train partant de Paris à onze heures (gare Montparnasse).

— M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique le dimanche 18 juin 1876 à Gaillons, Oinville et Fontenay-Saint-Père.

On se réunira à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra à sept heures un quart le train pour Meulan.

— M. Velain fera dimanche 18 juin une excursion géologique à Maisons-Lafitte et Herblay.

Rendez-vous à la gare du Havre, à huit heures précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai médico-philosophique sur les formes, les causes, les signes, les conséquences et le traitement de l'onanisme chez la femme, par le docteur POUILLET. — In-8°. Prix 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Eaux minérales de Vittel. Goutte et gravelle, par le docteur PATEZON. — In-12. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie, par le docteur L.-H.-F. — In-8°. Prix : 75 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la dilatation médiate. Nouveau mode de dilatation lente et progressive appliqué au traitement des rétrécissements de l'urèthre d'origine inflammatoire ou blennorrhagique, etc., par le docteur LANGLEBERT. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le psoriasis herpétique aux eaux de la Bourboule; psoriasis superunguéal, par le docteur VERITE. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delayahe et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 70. — SAMEDI 17 JUIN 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 17 JUIN 1876. — N° 70

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Modifications amenées par une expiration profonde et soutenue dans certains cas de matité à la percussion du thorax. — Pectoriloquie aphone dans la pleurésie.

Il y a toujours à apprendre dans le service de M. Noël Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu, car cet habile clinicien excelle à donner aux observations un tour original, et à mettre en lumière ce qui pourrait échapper d'un fait. Nulle part ailleurs on ne sait mieux, je dirais presque aussi bien, tenir compte des moindres nuances de tonalité dans la percussion. Or, ces nuances de tonalité sont souvent aussi importantes à reconnaître pour le praticien qu'une matité proprement dite. Tel est, par exemple, le cas dans ces congestions des sommets, qui précèdent et parfois préparent ou provoquent l'évolution de la phthisie. Beaucoup d'autres points délicats de ces questions d'acoustique médicale, pour ainsi dire, ont été développés ou découverts par lui.

Souvent des travaux étrangers ou des remarques déjà anciennes, mais oubliées malgré leur justesse, ont été le point de départ de ses recherches personnelles. C'est ainsi que dernièrement son attention a été appelée plus vivement sur les phénomènes d'auscultation et de percussion dans la pleurésie par la lecture d'un mémoire de M. Baccelli (de Rome), dont il a voulu rendre compte; et un grand nombre d'aperçus nouveaux sont déjà sortis de cette étude.

Certes c'est un résultat bien inattendu qu'une augmentation momentanée de la matité pendant la durée d'inspirations très-profondes et soutenues, et c'est pourtant ce qu'on observe chez certains pleurétiques du côté où siége l'épanchement. M. Guéneau de Mussy nous a fait constater qu'il en était ainsi, notamment, chez une femme de vingt-six ans, couchée salle Saint-Pierre, n° 5, et qui, entrée le 27 mai pour une pleurésie double datant de deux semaines et considérable surtout à gauche, va maintenant beaucoup mieux. Sous l'influence de vésicatoires répétés, l'épanchement s'est complétement résorbé du côté droit, et a diminué considérablement du côté gauche. Le cœur, qui était refoulé du côté droit, s'est rapproché de sa position normale. La fièvre est tombée. La chaleur de la peau n'atteint plus, le matin, 39 degrés.

(A ce propos, M. Guéneau de Mussy rappelle que sans thermomètre on peut savoir si la température est inférieure ou non à 39 degrés. En effet, c'est seulement à partir de ce point que l'on perçoit, à la palpation, la sensation de chaleur mordicante.)

A la percussion, on trouve au sommet du côté gauche une matité relative, accentuée surtout au voisinage des vertèbres, et que M. Guéneau de Mussy attribue là, au moins en majeure partie, au développement des ganglions bronchiques. Il est, en effet, très-commun de trouver dans la pleurésie une adénopathie bronchique plus ou moins notable.

La sonorité devient plus grande dans la région moyenne de la poitrine : et c'est à ce niveau qu'elle paraît diminuer très-notablement pendant la durée d'une profonde inspiration dilatant autant que possible le tissu pulmonaire.

Tout à fait en bas, la matité devient presque absolue, même en dehors des grandes inspirations, et ne semble en rien modifiée par elles.

Ce sont là des signes indiquant qu'il existe encore dans la plèvre une certaine quantité de liquide. En effet, les choses se passent tout différemment chez les malades qui, à la suite d'une pleurésie, présentent encore de la matité vers la base de la poitrine, alors que l'épanchement est pleinement résorbé. Les cas de ce genre ne sont pas très-rares. Souvent on voit des praticiens trompés par cette persistance de la matité à la percussion, faire à plusieurs reprises des ponctions inutiles, dans l'espérance d'évacuer un liquide, qui n'existe pas.

Ce qui empêche alors le tissu pulmonaire de résonner sous le doigt qui le frappe, c'est un état d'atélectasie, résultant de la compression qu'il a subie durant quelque temps. Bien que la cause de cette compression ait entièrement cessé, l'affaissement des vésicules pulmonaires peut persister encore en certains points, surtout dans le lobe inférieur, vers les dernières ramifications de l'appareil aérien. L'habitude de concourir à l'accomplissement de l'acte respiratoire étant ainsi perdue dans une portion plus ou moins étendue d'un poumon, il faut, pour y faire entrer l'air, un grand effort de dilatation de la poitrine. Après cet effort, on voit s'amoindrir ou même entièrement disparaître la matité, parfois absolue, que l'on avait pu constater auparavant à ce niveau.

Ainsi, chez des malades qui présentent d'abord à la percussion une diminution de sonorité très-analogue dans un côté de la poitrine où a récemment existé un épanchement considérable, selon que la plèvre contient encore, ou qu'au con-

traire, elle ne contient plus de liquide, la matité augmentera ou diminuera en conséquence d'une profonde inspiration.

Reste à savoir comment elle augmente dans le premier cas. Les doutes ne peuvent pas porter sur la réalité du fait, mais sur son interprétation. En augmentant l'abord de l'air dans la poitrine, on s'attendrait à renforcer la résonnance malgré la couche de liquide dont est recouvert l'organe vibrant dans les circonstances en question, c'est-à-dire quand l'épanchement est peu considérable.

Pourquoi en est-il autrement? M. Guéneau de Mussy, pour expliquer cette anomalie, rappelle que lorsque l'on accroît d'une façon excessive la tension d'une corde à boyau, d'une peau de tambour ou de tout autre corps vibrant, on rend le son de plus en plus aigu, puis de moins en moins perceptible. On se trouverait donc diminuer la sonorité du poumon en exagérant la tension de son tissu par un effort d'inspiration; et cette sonorité pourrait devenir trop faible pour être perçue à travers la couche de liquide interposée entre le doigt qui percute et l'organe qui vibre.

Cette théorie a bonne apparence. Mais on pourrait y objecter l'absence de matité dans d'autres circonstances, alors qu'un effort d'inspiration augmente au moins autant, et même davantage, la tension intra-pulmonaire.

En effet, qu'au lieu d'un pleurétique affaibli par la maladie, on choisisse un homme robuste, et que, lui faisant inspirer tout ce que ses poumons pourront recevoir d'air, on l'engage à faire un violent effort sans laisser échapper cet air, et on aura réalisé au plus haut point les conditions de tension excessive : et bien, si l'on percute alors, on ne trouvera pas une diminution de sonorité, au contraire.

Sans donc repousser absolument l'interprétation ingénieuse que M. Guéneau de Mussy donne d'un fait incontestable, et qui est peut-être la vraie, on se demande s'il ne serait pas possible d'expliquer autrement les choses. L'inspiration forcée ne pourrait-elle pas changer le niveau du liquide, en y faisant plonger la base du poumon plus profondément? Nous avons déjà vu que l'atélectasie par compression avait tendance à persister principalement vers cette base. Quand l'intervention d'adhérences préexistantes n'a pas mis obstacle à son mouvement d'ascension, le poumon a dû être refoulé de bas en haut par la pleurésie, et il n'est descendu que progressivement quand l'épanchement diminuait, en laissant au-dessous de lui un espace plein de liquide. Si l'on force l'inspiration, le poumon, en se dilatant, tendra d'abord à se rapprocher de la forme globulaire. Il déplacera donc, en la faisant remonter autour de lui, une partie du liquide qui séparait sa face inférieure de la voussure du diaphragme. La couche sous-costale de liquide se trouvant ainsi augmentée, on devra trouver un accroissement de la matité relative, laquelle atteindra un niveau plus élevé. C'est ce qu'on observe.

Quoi qu'il en soit, le fait est de ceux qu'il faut connaître, car il permet dans le diagnostic un degré de précision nouveau.

— Chez la même malade, existait à un haut degré dans toute la moitié inférieure de la poitrine, mais principalement vers la limite supérieure de cette moitié, un phénomène d'auscultation assez important, qui est nommé la *pectoriloquie aphone*. Lorsqu'en auscultant cette femme, on la faisait parler à voix basse, les mots entraient pour ainsi dire dans l'oreille appliquée contre la poitrine, et ils y semblaient renforcés, comme s'ils eussent été proférés à travers un tuyau de bois ou de métal. Lorsque la malade parlait haut, il n'existait pas d'égophonie proprement dite, mais, vers les mêmes points, c'est-à-dire principalement vers les limites supérieures de l'épanchement, la voix pénétrait dans l'oreille bien plus claire et plus éclatante que lorsqu'on auscultait comparativement le côté sain. Les mêmes différences existaient donc lorsque la malade parlait, soit à voix basse, soit à voix haute; mais elles étaient encore plus nettes, plus faciles à apprécier dans le premier cas.

La pectoriloquie aphone, lorsqu'elle est ainsi très-marquée, est un signe favorable dans une pleurésie, ainsi que l'ont établi, dans des mémoires récents, MM. Baccelli (de Rome) et Guéneau de Mussy. En effet, quand l'épanchement est purulent, la transmission des sons bronchiques est loin de se faire aussi bien. Les leucocytes nuisent alors à la production des ondes vibrantes, comme les bulles d'acide carbonique qui s'attachent au verre contenant du champagne. Chacun sait que plein de champagne, un verre de cristal cesse de résonner lorsqu'on le frappe, comme il résonne, rempli d'un liquide homogène.

Il est du reste bien évident que chez la malade en question, le double épanchement pleurétique qu'elle présentait à son entrée n'était pas de nature purulente, puisque sous la seule influence de quatre ou cinq vésicatoires il s'est résorbé complétement du côté droit, et en majeure partie du côté gauche. C'est donc un cas très-favorable aux opinions de MM. Baccelli et Guéneau de Mussy.

Il serait bien précieux d'avoir en effet des moyens physiques pour reconnaître la nature d'un épanchement pleurétique, sans recourir pour cela à aucune ponction, dite exploratrice. En effet, il n'est pas certain que parfois les ponctions, même capillaires, n'aient pas influé sur la nature de l'inflammation, et déterminé la purulence.

Nous reviendrons sur tout ceci quand une plus longue expérience aura complétement mise hors de doute la valeur de ce signe et d'autres analogues, signalés également par MM. Baccelli et Guéneau de Mussy.

De l'attitude dans l'insuffisance aortique.

Si les sujets atteints d'insuffisance aortique se distinguent de ceux qui portent d'autres lésions cardiaques par une tendance beaucoup grande à la syncope, ainsi que nous le rappelions d'après M. Bourdon dans notre dernière revue clinique, ils s'en distinguent également d'après l'attitude qu'ils préfèrent, ainsi que l'a noté dernièrement M. Guéneau de Mussy.

Ils aiment à rester couchés et s'étendent à plat; tandis que les autres cardiaques s'assoient dans leurs lits ou se tiennent de préférence levés, dans la position verticale, quand ils le peuvent.

A propos d'un homme de trente ans, entré le 10 mai dernier, salle Saint-Bernard, n° 13, et chez lequel l'insuffisance mitrale est parfaitement caractérisée, M. Guéneau de Mussy, nous faisant remarquer son attitude de prédilection, nous a exposé sur l'attitude en général et son importance en clinique des considérations nouvelles que nous sommes heureux de pouvoir faire connaître à nos lecteurs, d'après une note rédigée dans ce but par ce savant maître lui-même :

« Les anciens médecins, dit-il, n'avaient pas à leur service les méthodes d'exploration à l'aide desquelles nous acquérons sur l'état des organes intérieurs des renseignements si précis et si délicats; aussi attachaient-ils une importance extrême aux phénomènes objectifs extérieurs qui pouvaient les éclairer sur la nature et le siége des maladies. Parmi ces phénomènes, ils mettaient au premier rang l'attitude, le premier en effet qui se présente à l'observateur, et qui, joint au faciès, à l'expression de la physionomie, donne, dans bien des cas, des indications dont le médecin ne doit pas se contenter sans doute,

mais qui se trouvent très-souvent confirmées par un examen plus approfondi.

« Ainsi, pour ne parler ici que de la signification de l'attitude dans les affections thoraciques, on a noté les différences qui se manifestent dans le décubitus des malades atteints d'inflammations pleurales, suivant la période de la maladie et suivant la forme qu'elle a revêtue : au début des pleurites, le malade évite le décubitus sur le côté affecté, parce qu'il augmente la douleur, tandis qu'il le recherche quand la douleur est apaisée.

« A propos de la pleurésie, on lit dans Avenbrugger une remarque dont j'ai pu dernièrement vérifier l'exactitude. Quand, dit-il, un épanchement n'occupe qu'une partie du thorax, le malade supporte difficilement la position horizontale; il semble, au contraire, la préférer, lorsque l'épanchement remplit tout un côté de la poitrine.

« On le comprend : dans le premier cas, le malade cherche instinctivement à conserver à la partie du thorax qui respire encore toute l'étendue possible et la facilité de ses mouvements; dans le second cas, la fonction respiratoire est à peu près annihilée dans tout un côté de la poitrine; la position n'y fait rien; le malade prend celle qui lui est la plus commode, et qui laisse au côté sain toute sa liberté; il se couche horizontalement sur le côté déjà immobilisé par l'épanchement qui le distend.

« J'appliquerai la même explication aux attitudes diverses que j'ai observées dans l'adénopathie bronchique : j'ai vu des malades qui se couchaient de préférence du côté ou les bronches étaient comprimées par des ganglions tuméfiés, et d'autres au contraire qui ne se couchaient que du côté sain. Si la compression est très-forte, s'il en résulte un obstacle considérable au passage de l'air, le malade est, pour ainsi dire, habitué à respirer principalement du côté sain ; il se couche sur celui qui lui rend le moins de service, qui contribue pour une moindre part aux besoins de l'hématose; si au contraire la compression est très-légère et si elle ne gêne pas d'une manière très-notable l'acte respiratoire, le décubitus sur le côté affecté l'augmente assez pour produire une sensation pénible que le malade cherche à éviter.

« Instinctivement un malade prend dans son lit la position dans laquelle il se sent le plus à l'aise, celle qui se prête le mieux aux conditions mécaniques des fonctions, et qui impose le moins de fatigue et d'effort aux organes, alors surtout que l'*activité consciente* ne vient pas imposer sa direction *voulue*, et quelquefois moins conforme aux besoins de la nature, à cette *activité instinctive* qui met les actes de la vie végétante en rapport avec les sensations organiques.

« Il y a cependant des cas où cette activité instinctive s'affaiblit et s'efface; alors les lois inorganiques dominent celles de la vie; les instincts obscurcis cèdent aux forces mécaniques; le corps vivant, privé d'une partie de sa spontanéité, obéit aux sollicitations de la pesanteur; le malade reste couché sur le dos, comme un corps inerte; mais nous n'avons pas à nous occuper de cette interruption de l'action nerveuse instinctive, qu'on observe dans les états typhiques, dans le coma apoplectique, dans la période ultime de l'asphyxie et par conséquent dans l'agonie d'un grand nombre de maladies.

« Tant que l'action nerveuse instinctive s'exerce, elle fait prendre au malade la position la plus propre à assurer l'équilibre des fonctions : aussi Chomel insistait-il sur la constance de certaines positions, souvent bizarres, adoptées pendant le sommeil par les malades affectés d'anévrysmes de l'aorte ou d'autres tumeurs thoraciques ; ces malades cherchent instinctivement l'attitude dans laquelle la tumeur gêne le moins possible les organes voisins.

« Un des signes fonctionnels des affections cardiaques est la difficulté qu'éprouvent très-souvent les malades à garder pendant le sommeil la position horizontale. Quand ils dorment, généralement ils ont besoin d'avoir la tête soulevée par plusieurs oreillers; cependant il n'en est pas toujours ainsi, il en est qui supportent la position horizontale, il en est même qui la préfèrent.

« J'ai observé ces jours-ci deux malades qui présentaient cette particularité, quoiqu'affectés l'un et l'autre de lésions cardiaques considérables. Tous deux avaient une hypertrophie du cœur très-prononcée ; la pointe de l'organe, déviée en dehors, battait dans le sixième espace intercostal ; chez l'un d'eux, on sentait avec la main ce mouvement de reptation, d'ondulation systolique, qui me paraît être un des meilleurs signes de l'adhérence des deux feuillets du péricarde.

« Chez tous deux, on entendait à la base du cœur un double bruit de souffle, dont le premier était rude et vibrant, dont le second doux, fusé, se prolongeait sur le trajet de l'aorte, et était très-nettement perçu au niveau de la seconde côte près du sternum. Il y avait donc, chez ces deux malades, une induration avec insuffisance des valvules aortiques. Je dis induration, et non pas rétrécissement; car le pouls était ample, large, vibrant, au lieu d'être serré comme il l'est dans le cas de rétrécissement aortique, dont ce caractère me paraît être un des bons signes.

« L'amplitude des pulsations artérielles prouvait que la colonne sanguine passait librement à travers l'orifice aortique. Cet orifice n'était donc pas rétréci, quoiqu'induré et garni d'aspérités, et bien qu'il pût se produire au contact de la colonne sanguine un mouvement vibratoire, traduit par un bruit de souffle.

« Chez tous deux les artères étaient sinueuses, et leurs pulsations, perceptibles à la vue soulevaient les téguments à chaque systole ventriculaire.

« Malgré ces graves lésions de l'appareil circulatoire, ces malades recherchaient, pendant le sommeil, la position horizontal, et un d'eux, qu'une complication d'érysipèle forçait à garder le lit, restait constamment incliné sur le côté droit.

« En réfléchissant sur cette particularité du décubitus chez ces deux malades, il m'a semblé qu'on pouvait l'expliquer par les conditions mécaniques de l'affection dont ces malades étaient atteints. Quand l'orifice aortique, incomplétement fermé par ses valvules, laisse refluer le sang dans la cavité du ventricule, ce retour en arrière s'accomplit sous la double influence du poids de la colonne sanguine et de la contraction de l'aorte, la première de ces causes agit avec toute sa puissance dans la position verticale du tronc, elle est presque annihilée dans le décubitus horizontal; celui ci, en supprimant un des coefficients du reflux sanguin, doit atténuer par conséquent les inconvénients de la lésion et produire un soulagement qui le fait rechercher par le malade. Si cette même supposition ne semble pas devoir aggraver le gêne circulatoire dans le cas de rétrécissement aortique, il en est autrement dans les lésions des orifices auriculo-ventriculaires, la position verticale du tronc rend le reflux du sang dans l'oreillette moins facile, et doit, par cela même, être instinctivement recherchée par le malade.

« Chez les malades atteints d'affections cardiaques, il est une autre circonstance qui doit exercer une influence considérable et probablement prépondérante sur les attitudes qu'ils choisissent dans le décubitus : c'est l'état des organes respira-

toires ; l'emphysème, la congestion pulmonaire commandent la position qui laisse le plus de liberté aux parties du poumon qui peuvent respirer, et la tardiveté relative des complications pulmonaires dans le cas d'insuffisance aortique doit être une des principales causes qui permet aux malades le décubitus horizontal ; tandis que, dans les cas de lésions mitrales ces complications surviennent beaucoup plus rapidement. »

Hématémèses accidentelles dans le cours d'une gastrite alcoolique.

Parmi les affections qui peuvent donner lieu à des hématémèses, il ne faut pas distinguer seulement l'ulcère simple de l'estomac et le cancer de cet organe. Le diagnostic différentiel doit être porté beaucoup plus loin.

D'abord il est certain que, même cliniquement, au point de vue du pronostic et des symptômes, il est possible de discerner plusieurs espèces différentes parmi les affections qui peuvent aboutir à une ulcération des parois stomacales, affections qu'on groupe en général sous le nom d'ulcère simple.

Puis il est d'autres affections où, l'ulcération stomacale, quand elle apparaît, est accidentelle et passagère, où la maladie principale de l'estomac offre, au contraire, un caractère tout opposé de durée et de permanence.

Il en est ainsi, par exemple, chez un malade couché salle Saint-Bernard, n° 23 *bis*, et dont je vais raconter brièvement l'histoire.

Né dans le Cantal, d'un père qui s'enivrait régulièrement toutes les semaines après avoir reçu sa paye comme ouvrier, il eut une enfance maladive, ne pouvant sortir au soleil sans être pris de maux de tête, souffrant souvent de l'estomac et ayant fort peu d'appétit.

Il y a cinq ans, quand il eut atteint l'âge de vingt-deux ans, il vint à Paris, où il exerce le métier de marchand de peaux de lapins. Dès ce moment, il commença à s'adonner à des excès de toutes sortes : il buvait surtout beaucoup d'eau-de-vie. Cependant l'appétit diminuait de plus en plus; bientôt le sommeil fut troublé par des rêves effrayants, dans lesquels figuraient des animaux terribles. En même temps, il y a deux ans environ, apparurent des vomissements, qui se renouvelèrent depuis lors trois ou quatre fois par semaine, toujours le matin. Ces vomissements ne renfermaient qu'un liquide glaireux : c'était la *pituite* de l'ivrogne; jamais cet homme ne vomissait après le repas; jamais il ne rejetait de substances alimentaires. Les mains étaient devenues tremblantes, la parole hésitante, embarrassée. Des douleurs vagues dans les membres ou dans les côtes de la poitrine, ou dans le dos, ou dans l'estomac, ou dans les reins, des crampes pénibles et des contractures passagères étaient aussi l'effet de l'intoxication habituelle par l'alcool.

Pourtant cet état restait stationnaire ou à peu près, depuis au moins un an, lorsqu'au commencement du mois d'avril de l'année dernière, cet homme, à la suite d'un pari fait avec son propriétaire à qui boirait le plus d'eau-de-vie, en absorba, dit-il, près de trois litres en deux jours. Couché ivre mort, il se réveilla au milieu de la nuit avec une douleur vive dans la région de l'estomac. Il but un peu d'eau pour apaiser cette douleur qui ressemblait à un sentiment de brûlure, puis il se rendormit jusque vers le matin.

En se réveillant, il fut pris d'un abondant vomissement de sang noir, après lequel il perdit connaissance. On le porta à l'hôpital Beaujon. Les vomissements de sang se reproduisirent encore cette journée et le lendemain, puis ils cessèrent, et après un séjour de trois semaines à l'hôpital, cet homme fut envoyé le 23 avril, en convalescence, à l'asile de Vincennes. Il se trouvait alors dans le même état qu'antérieurement à ses hématémèses, sauf que le tremblement des mains s'était accru. Il vomissait toujours le matin de trois à quatre fois par semaine ; avait toujours les mêmes rêves, si terrifiants qu'il faisait effort pour ne pas dormir.

Lundi dernier, il but un peu plus que de coutume. Après les libations de la journée, il absorba un litre et demi de vin tout en jouant aux cartes, puis, après une discussion assez violente, tout en colère, il se coucha.

Cette fois encore, il fut pris au milieu de la nuit d'une douleur brûlante vers l'épigastre, et ayant vomi du sang noir, il fut apporté à l'hôpital dans un état de grande agitation. Il avait les membres convulsés, le cou renversé, des crises de nerf effrayantes. Le lendemain, il était calmé quand nous le vîmes ; et bien qu'il eût toujours les mains tremblantes et la parole embarrassée, il répondait très-pertinemment à toutes les questions qu'on lui posait.

Il me raconta ses antécédents : comment les vomissements de sang l'avaient pris, après un excès, cette année aussi bien que l'année précédente.

Cette fois, disait-il, il était loin de se sentir aussi malade. En effet, il n'eut qu'une hématémèse, et depuis lors il ne vomit plus.

Jamais les douleurs qu'il éprouvait dans l'estomac ne s'étaient étendues vers le rachis ; même, durant les hématémèses, il n'avait jamais souffert du dos.

Du reste, la douleur d'estomac elle-même n'avait rien de fixe ni dans son siége, ni dans sa forme, essentiellement transitoire; elle avait fait place en quelques heures à des douleurs, beaucoup plus supportables disséminées dans l'abdomen.

Somme toute, il est très-probable que les choses vont se passer comme elles se sont passées déjà l'année dernière.

Chez cet homme, atteint depuis longtemps d'une gastrite alcoolique, un excès, plus grand que d'habitude, a, déjà deux fois, déterminé la survenance d'hématémèses; mais les choses ne tardent pas à reprendre leur cours normal. Aucun vomissement alimentaire n'indique une lésion semblable à l'ulcère chronique de l'estomac.

Le pronostic est très-favorable en ce qui touche la complication accidentelle des vomissements sanguins.

La douleur caractéristique du véritable ulcère chronique de l'estomac n'est pas apparue.

Il est évident qu'un ulcère chronique peut s'établir chez un alcoolique, avec une facilité d'autant plus grande que l'estomac est déjà lésé par une gastrite spéciale. Mais cela n'a pas encore eu lieu chez cet homme; et il est possible que cela ne s'y produise jamais.

Dr Victor Revillout.

DENTITION PRÉCOCE,

Par le docteur A. Dastol (de Mons).

A propos de l'article intéressant sur les dents précoces publié dans le n° 52 de la *Gazette des Hôpitaux*, voici un cas authentique de ce fait encore controversé :

Le 29 décembre 1875, j'assistais au deuxième accouchement d'une jeune dame d'un tempérament lymphatique et d'une excellente santé.

Son premier enfant est un garçon d'un an, assez fort, dont la parole est venue tardivement et dont les cheveux sont rares.

Le second garçon est aussi un garçon de force moyenne et normalement constitué. Je constatai, un ou deux jours après sa naissance, qu'il portait les deux incisives centrales inférieures aux trois quarts

sorties; elles mordaient le sein de la mère et laissaient leur empreinte sur l'arcade dentaire supérieure. L'incisive gauche, légèrement inclinée sur l'incisive droite, la recouvrait en partie.

Allaité par sa mère, cet enfant se développait régulièrement, quand, sous l'influence de la perte d'un parent, le lait devint plus aqueux et l'enfant fut malade. Apyrexie, langue presque normale, un peu de diarrhée, dégoût, puis refus de prendre le sein, l'enfant alla en s'amaigrissant et en se refroidissant.

Le bismuth et le quina, le vin de Bordeaux coupé, le lait de chèvre au biberon, le sein d'une nourrice furent les moyens que nous conseillâmes en consultations avec un confrère; mais sans succès, car huit jours environ après le début de ces troubles fonctionnels, les progrès de l'amaigrissement et du refroidissement éteignirent la vie du petit malade à l'âge de trois mois.

DES ALTÉRATIONS DU SYSTÈME UTÉRIN
ET PARTICULIÈREMENT DES RÈGLES CHEZ LES PHTHISIQUES (1)

Par M. le docteur LADMIRAL.

Conclusions. — La suppression des règles chez les phthisiques a une importance assez considérable au point de vue du diagnostic et du pronostic. — On doit toujours considérer ce symptôme comme un signe fâcheux, indiquant déjà une profonde atteinte portée à l'organisme. — Toutes les fois que les règles se suppriment sans cause appréciable et sans qu'il y ait lieu de songer à une grossesse, le médecin devra examiner attentivement la poitrine et réserver son diagnostic. — L'éruption des règles n'a aucune influence sur la marche de la tuberculose, mais le retour de la menstruation est toujours un signe d'amélioration considérable. — L'évolution régulière de l'ovulation pendant plusieurs années, après une ou deux suppressions temporaires, peut, avec la disparition des signes d'auscultation, permettre d'affirmer la guérison de l'affection pulmonaire.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1876, Ve Adrien Delahaye et Ce.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. VERNEUIL dépose, au nom de M. Mouchot, une thèse intitulée *Étude sur la statistique chirurgicale des hôpitaux de Besançon;* au nom de M. Vaës, interne des hôpitaux, une observation *d'avortement au sixième mois à la suite d'une opération de trachéotomie.*

M. LARREY dépose, de la part de M. Védrine, médecin militaire, un premier supplément à la traduction de Celse, par cet auteur.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Pétrequin (de Lyon), membre correspondant depuis 1866.

COMMUNICATION

Traumatisme et grossesse. — M. GUÉNIOT continue la lecture de son travail en abordant la question de l'influence de la grossesse sur le traumatisme.

La grossesse peut être considérée comme une cause prédisposante aux traumatismes, par suite de l'amincissement de la paroi abdominale, qui ne protége pas suffisamment l'utérus. Elle est même quelquefois une cause efficiente, comme dans les cas de grossesse tubaire. Enfin, l'état constitutionnel qui lui est propre peut être assimilé en quelque sorte à celui qui résulte de certaines maladies, comme le diabète, la syphilis, le scorbut, l'albuminurie, par suite de l'influence fâcheuse que peuvent avoir les modifications du sang. Les faits doivent être interrogés à deux points de vue : 1° proportion de la mortalité du traumatisme pendant la grossesse; 2° marche et durée du traitement des affections chirurgicales pendant la même période.

M. Guéniot cite des exemples nombreux, desquels il conclut que la grossesse n'aggrave pas généralement le traumatisme, excepté dans les cas où celui-ci intéresse la matrice ou son contenu ou la zone chirurgicale, dans les cas de blessure des veines variqueuses du membre inférieur, et dans les cas où le traumatisme coïncide avec des grossesses compliquées. M. Guéniot continuera sa communication dans la prochaine séance.

LECTURE

M. REYNIER, médecin militaire, donne lecture d'un travail sur la *Compression digitale dans le traitement des anévrysmes.* (Commission : MM. Anger, Horteloup, Le Fort.)

COMMUNICATION

Psoriasis et cancer. — M. TRÉLAT apporte deux nouvelles observations personnelles et quelques faits empruntés à la correspondance, tendant à démontrer les rapports qui existent entre le psoriasis de la langue et le cancer de cet organe.

M. VERNEUIL a remarqué aussi, depuis un grand nombre d'années, cette coïncidence, entre le psoriasis lingual et buccal et le cancer, et aussi l'embarras qu'éprouve le chirurgien à prendre un parti dans ces cas. Quelquefois le psoriasis reste stationnaire pendant un grand nombre d'années. D'autres fois, si on y touche, on voit se développer rapidement des accidents formidables.

M. PANAS distingue trois formes de cette affection : les plaques blanches, les papillons, le psoriasis ulcéré. Dans la première forme, l'opération est impossible à cause de l'étendue de la lésion; dans la deuxième, si le mal offre une certaine épaisseur et une base indurée, il n'y a pas de contre-indication à l'opération, qu'il faut faire avec le bistouri ou les caustiques (acide chromique solide). Après cette opération on doit faire des réserves sur la guérison définitive, car les ganglions peuvent être envahis très-rapidement, comme il arrive lorsqu'on opère un crancroïde de la lèvre.

M. ANGER pense que le traitement mercuriel si souvent institué par les médecins contre le psoriasis buccal peut donner rapidement une poussée inflammatoire. L'iodure de potassium, quoique moins dangereux, est, lui aussi, nuisible.

M. LE FORT a vu un malade opéré par l'excision par Jobert, chez lequel la guérison s'est maintenue, mais en général on observe la récidive vers les premiers ganglions.

M. TRÉLAT. L'histologie enseigne que l'épithélioma progresse rapidement le long des vaisseaux. Quant à la pratique à suivre, elle est encore incertaine. M. Trélat insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une opération allant jusqu'au-delà des limites de la lésion, s'il est encore possible d'opérer.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

SIXIÈME LETTRE.

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE L'AUTRICHE. — VIENNE. — INFLUENCE DE VAN SWIETEN SUR L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN AUTRICHE.

Vienne, le 3 février 1876.

I

Monsieur le directeur,

Ainsi que nous avons fait pour la plupart des universités de l'Allemagne du Sud, dont nous avons déjà parlé, nous nous efforcerons de faire rentrer, dans l'étude des Facultés de médecine autri-

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 juin.

chiennes et notamment de celle de Vienne, le plus de renseignements historiques au sujet de l'organisation graduelle de l'enseignement universitaire allemand en général. La forme de ces notes n'étant point dogmatique, nous sommes forcés, tout en gardant le plus d'ordre possible, de disséminer çà et là les matières, mais le lien commun est facile à trouver et à suivre (1).

La lettre de fondation de l'université de Vienne fut octroyée le 12 mars 1365 par le duc Rodolphe IV.

Prague, la plus ancienne université de l'Allemagne avait été fondée en 1348 et organisée sur le modèle de l'université de Paris, fondée en 1205.

Les universités de Naples et de Messine remontent à 1224, celle de Salamanque à 1243, celles de Bologne, de Padoue et de Pavie, plus anciennes que celle de Vienne, à 1250.

La lettre de Rodolphe IV promettait à la nouvelle fondation une université des plus riches, presque un quart de l'ancienne ville de Vienne devait lui appartenir. La prévôté du chapitre de Saint-Étienne fut fondée en même temps, et, le prévôt du chapitre devant être chancelier de l'université, celle-ci se trouvait du même coup placée sous la main de l'église. C'est ainsi du reste, presque généralement, que débutent les anciennes universités, et la situation de

(1) L'empire d'Autriche compte quatre universités *allemandes* (d'après la statistique publiée à Berlin) : Prague (Bohême), Vienne, Gratz (Styrie), Innsbruck (Tyrol); quelques chaires dans cette dernière université donnent l'enseignement en langue italienne. Les universités allemandes autrichiennes, sans faire partie, comme avant 1866, des universités *véritablement désignées comme allemandes*, sont naturellement visitées par un grand nombre d'étudiants et de jeunes médecins des États du Nord, cela n'a point besoin d'être dit, et à part Innsbruck, ville tyrolienne, elles sont considérées comme gravitant autour des universités de l'Empire allemand, auquel elles *doivent*, dans un temps plus ou moins éloigné, revenir. Nous n'avons pas à insister sur ces prévisions germaniques.

La perte de la Vénétie a entraîné pour l'Autriche celle des universités italiennes de Padoue et de Pavie, sans que ces événements politiques aient eu d'ailleurs d'influence sur le mouvement universitaire allemand, puisque ces centres d'instruction supérieure étaient seulement fréquentés par des Italiens, et que les Italiens ne vont guère étudier en Allemagne.

— Cracovie, l'ancienne capitale de la Pologne, ville incorporée à l'Autriche après le soulèvement de 1846, a une université avec Faculté de médecine : jusqu'en 1857, l'enseignement s'y faisait en latin; depuis cette époque, le règlement porte qu'il doit se faire en langue allemande. La ville polonaise de Lwow, en allemand Lemberg, compte aussi une université (1,000 étudiants environ), mais sans Faculté de médecine : l'enseignement s'est fait longtemps en langue latine, il se donne aujourd'hui en polonais. Ces différences dans l'idiome dont on se sert pour donner l'instruction universitaire n'ont du reste qu'une médiocre importance dans un pays comme l'Autriche, où tous les étudiants, polonais de race, parlent indistinctement et presque avec la même facilité leur langue maternelle, l'allemand et le bohème qui d'ailleurs se rapprochent du polonais. Tous les jeunes Polonais qui veulent étudier la médecine fréquentent généralement la Faculté de Vienne. Cracovie est le siége d'une Académie des sciences.

— La Hongrie possède une importante université dans sa capitale : Pesth compte environ 1,000 étudiants, naturellement madgyares. Sur plus de 200,000 habitants, la ville n'a pas 3,000 habitants allemands. L'enseignement y a été longtemps donné en langue latine, comme dans la plupart des universités autrichiennes : depuis 1845, il est fait presque entièrement dans l'idiome national. Il est inutile d'insister longtemps sur les efforts qui ont été naturellement faits par le gouvernement autrichien pour germaniser autant que possible l'enseignement universitaire de Pesth; en ce qui concerne la Faculté de médecine, la fondation d'une École de chirurgie doit concourir à ce but. Par décret du 29 mai 1872, une deuxième université hongroise a été fondée à Klausenbourg; elle a été ouverte en novembre de la même année.

— Le même programme d'études médicales, philosophiques, littéraires, scientifiques, sont naturellement imposés aux universités autrichiennes-allemandes, autrichiennes-polonaises, austro-hongroises, ainsi que nous le verrons quand nous parlerons de la réforme des examens de médecine en Autriche, réforme opérée en 1872.

— Que si nous jetons les yeux sur les pays slaves, nous voyons que la Serbie a une université à Belgrade avec des Facultés de droit, de philosophie et d'arts techniques seulement. La Croatie a depuis 1874 une université qui ne comprend également que des Facultés de droit, de philosophie et de théologie : cette université, qui siége à Agram, donne, ainsi que celle de Belgrade, l'enseignement en langue serbe. La Roumanie a deux universités, celle de Jassy qui ne compte que des Facultés de droit, de philosophie et de sciences, et celle de Bucharest qui, outre ces trois Facultés, est pourvue d'une Faculté de médecine. L'enseignement se fait en langue roumaine, mais récemment encore Bucharest donnait un enseignement médical en langue française, et d'après le programme français, dans son école de médecine militaire. Nous n'avons pas à dire combien l'influence de nos mœurs et de notre mouvement scientifique et médical est grande dans ce dernier pays.

Vienne peut servir d'exemple pour montrer le développement graduel de la Faculté médicale au sein même des universités.

Le chancelier devait donner l'investiture au recteur. L'autorisation du pape Urbain arriva le 28 juin 1365, mais le duc Rodolphe étant mort le 27 juillet de cette même année, ce ne fut qu'en 1384 que le duc Albert III reprit le projet de son prédécesseur. C'est la fondation d'Albert III qui a servi de base réelle à l'université actuelle. D'importantes donations furent faites, moins grandes cependant que celles qu'avait fait espérer la générosité du premier fondateur.

Professeurs et élèves furent tout d'abord partagés, d'après deux principes, en quatre groupes : 1° en quatre *nations*, chacune ayant pour chef un *procurator*; 2° en quatre *facultés*, chacune avec un doyen à sa tête. Le mot *nation* n'était pas pris alors dans le sens moderne, et bien que ces quatre divisions fussent désignées sous le nom de « nation autrichienne, nation rhénane, nation hongroise, nation saxonne » on n'entendait faire par là qu'un partage approximatif de l'Occident chrétien, dont Vienne était considéré comme le centre. L'importance de la division par *nations*, n'avaient d'ailleurs rien que de politique et de social; c'est elle cependant qui donnait à l'université, considérée comme corporation, la plus grande somme de privilèges. A ce point de vue, la division par nations était plus importante que la division par facultés. En ce qui touche le développement intellectuel et scientifique de l'université, la *nation* n'avait du reste pas de valeur; et, dans la suite, ces modes de groupement et ces appellations disparurent. Le gouvernement supprima les priviléges ou en laissa jouir les facultés personnifiées par le chancelier, les recteurs, et le doyen, seuls juges compétents des matières universitaires. L'université de Vienne avait déjà son statut en 1385, les facultés établirent et publièrent les leurs en 1389.

L'université de Prague était, elle aussi, divisée en quatre *nations*, à savoir, bohème, bavaroise, saxonne, polonaise. Ce fut en 1409, après le supplice de Huss, et pendant la guerre civile qu'avait provoquée le grand agitateur, que les étudiants et professeurs allemands quittèrent l'université de Prague et vinrent s'établir à Leipsig, où le margrave Frédéric de Meissen fonda une université nouvelle, dont les membres se partagèrent aussi en *nations*.

Tout d'abord la cour de Rome ne voulut pas permettre l'organisation d'une faculté de théologie à Vienne, comme cela avait lieu dans la plupart des universités fondées à cette époque; ce ne fut qu'en 1384 que l'autorisation fut donnée par le pape Urbain IV. L'ingérence de l'église était grande, comme on voit dans toutes ces fondations d'enseignement, partout elle devait paraître et s'affirmer d'une manière effective.

Depuis cette époque Vienne eut toujours quatre facultés. Comme le nombre des professeurs était tout d'abord insuffisant, le duc Albert fit en 1380 venir plusieurs docteurs de l'université de Paris. Les professeurs, plus tard nommés *doctores actu regentes*, étaient payés sur les fonds de l'université, et leurs fonctions n'étaient point une sinécure, si l'on songe qu'au quinzième siècle le nombre des étudiants atteignit le chiffre de sept mille (1).

En 1384, c'est-à-dire, dès la création de l'université, la Faculté de médecine avait trois docteurs *legentes*. Ce nombre fut plus tard porté à cinq. D'ailleurs l'enseignement était aussi donné par des licenciés, et les bacheliers eux-mêmes fonctionnaient comme répétiteurs.

Les premières démonstrations anatomiques à la Faculté de médecine furent faites en l'année 1404. Mais comme il ne se trouvait dans le duché aucun maître qui pût professer cette science, Albert IV fut forcé de faire venir un anatomiste italien, Galeas de Sainte-Sophie. Le premier professeur, originaire du pays même, fut Johann Aigel, qui voulut que les démonstrations anatomiques fussent la base indispensable de l'étude de la thérapie. Tout d'abord, les règlements ne permettaient que de disséquer des cadavres d'hommes, mais en 1452 cette mesure restrictive fut abolie, et Michel Puff Von Schrick fut le premier professeur viennois qui fit des démonstrations sur un corps de femme. En 1459, il y a déjà deux docteurs chargés de l'ensei-

(1) *Geschicht der Univers.* Wien von Aschbach, Kink, Rosas, et aussi *Die medicinisch. Wissenschaften*, déjà cité. Il n'y a guère d'université allemande qui n'ait trouvé de nombreux historiens parmi ses professeurs. Voir pour détails sur Prague et Innsbruck, les histoires de Tomek et de J. Probst.

gnement anatomique qui devait durer du 22 février au 12 mars; l'un de ces docteurs est désigné sous le nom de *dissector* ou *prosector*. Les démonstrations avaient lieu dans les bâtiments de l'hôpital civil, et ce fut en 1484 qu'elles commencèrent à être faites dans les locaux de la Faculté (1).

Nous avons, dans les lettres précédentes, donné déjà d'assez nombreuses indications sur le nombre et la disposition des chaires dans les Facultés de médecine allemandes, sans omettre Vienne. Nous rappellerons donc brièvement que fort tard les mêmes chaires eurent à supporter un double et jusqu'à un triple enseignement. L'enseignement de la chimie, de la botanique incombait toujours au maître chargé de professer les institutions ou la pratique médicale ou l'anatomie. Toutefois, dès 1629, la faculté de Vienne eut un professeur particulier pour la botanique, et en 1749 un autre professeur spécial pour la chimie. En 1629, une chaire pour l'enseignement de la chirurgie fut créée, où l'anatomie était en même temps démontrée. Cette situation était celle de la Faculté d'Innsbruck en 1786. Le nom de Gérard Van Swieten nous amènera du reste à examiner cette question d'une manière plus étendue.

L'université de Vienne n'eut qu'à se louer généralement de la conduite des princes. La protection généreuse de l'empereur Maximilien I[er] est demeurée célèbre dans les fastes de cette haute école; nous verrons que, plus tard, l'impératrice Marie-Thérèse et l'empereur Joseph II ne se préoccupèrent pas moins de l'université de leur capitale et notamment de la Faculté de médecine.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

51. Ladmiral. Des altérations du système utérin et particulièrement des règles chez les phthisiques.
52. Jubin. Essai sur la gangrène foudroyante traumatique.
53. Lucas-Championnière. De la bronchite pseudo-membraneuse chronique.
54. Fiselbrand. Des vibrations thoraciques dans les épanchements pleurétiques.

(1) Lors de la fondation de l'université de Prague (1348), la Faculté de médecine n'avait qu'un docteur *legens*, Balthasar de Taus, qui enseignait dans sa propre maison. Il est vrai qu'à côté de lui maître Walter, médecin du roi Jean de Bohême, avait le droit de faire les leçons publiques sur la médecine, les sciences naturelles et les arts libéraux dans l'école de la maison curiale. C'était le bourreau qui devait à cette époque donner des cadavres pour les dissections (Hyrthl, Tomeck).

L'université d'Innsbruck, fondée en 1672, fut ouverte avec une Faculté de médecine : elle eut dès le début deux professeurs, un pour les institutions, l'autre pour la pratique. En 1689, une troisième chaire fut créée pour l'enseignement de l'anatomie, et, en 1691, une quatrième pour commenter les *Aphorismes* d'Hippocrate.

L'université de Gratz, fondée en 1585, n'eut d'abord simplement qu'une Faculté d'arts et de théologie; en 1778, une Faculté de droit fut ajoutée. La Faculté de médecine n'existe que depuis 1863; auparavant il n'existait qu'une Haute-École de médecine et de chirurgie, qui n'avait pas le droit de conférer le grade de docteur, assez semblable, par conséquent, à une de nos écoles secondaires.

55. Hermann. De la paralysie infantile chez l'adulte.
56. Tremblay. De l'érythème desquamatif scarlatiniforme.
57. Brive. De la névralgie du moignon.
58. Thomas. De la valeur séméiologique de la rougeur de l'œil.
59. Flament. De la thrombose et de l'embolie des artères mésentériques.
60. Chamoin. De la valeur de la cautérisation modificatrice appliquée au traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales.
61. Quinot. De l'amputation partielle ou totale de la langue par la ligature élastique.
62. Viollet. Considérations sur l'épidémie puerpérale observée en 1875 à l'hôpital Saint-Antoine.
63. Percepied. De la mydriase.
64. Rochette. Recherches sur le colchique d'automne.
65. Desbrosse. De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance du 14 juin, la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance a élu, parmi ses membres associés libres nationaux : MM. les docteurs Charrier, Delasiauve, et de Piétra-Santa;

Parmi ses membres correspondants : M. le docteur Zimberlin, à Crepy en Laonnois (Aisne).

— A céder, par suite de décès, l'établissement d'orthopédie du docteur V. Duval, créé en 1823, à Chaillot, et situé actuellement à Neuilly, avenue de Roule, n° 34.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. Nélaton. 2e édition très-augmentée, tome IVe, 1re partie. Affections des appareils de l'ouïe et de la vision, publié par M. le docteur Péan, ancien prosecteur, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.— 1 fort vol. in-8° avec de nombreuses figures dans le texte. Prix : 7 francs.— Paris, Germer-Baillière.

Procédés pratiques pour l'analyse des urines, des dépôts et des calculs urinaires, par E. Delefosse, docteur en médecine. — In-8° de 74 pages avec 68 figures. Prix : 2 fr. 50.— Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Du mode d'action des eaux sulfureuses, par le docteur Sénac Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant des eaux de Cauterets. — In-8° de 98 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1876, G. Masson.

Étude physiologique sur le souffle maternel et la paroi abdominale des femmes enceintes, par le docteur Frantz Glénard. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1876, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Vins de quinquina titrés-diastasés

d'OSSIAN HENRY, membre de l'Académie impériale de médecine.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ SIMPLE. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose.* — *Anémie.* — *Longues convalescences*, etc.

VIN DE QUINQUINA IODÉ. — Contient 0,05 d'iode *pur* à l'état latent par 30 grammes de vin titré. — — *Scrofule.* — *Lymphatisme.* — *Phthisie*, etc.

Ces Vins, qui contiennent en outre de la *diastase*, sont facilement assimilables, ne constipent jamais, inaltérables, très-agréables au goût, d'une richesse inconnue jusqu'ici ; ils offrent les avantages qui s'attachent à l'emploi des préparations chimiquement définies.

Dépôt général : E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou-St-Honoré, et dans toutes les pharmacies.

Granules de Garnier-Lamoureux

dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 milligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

NOTA. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Nous rappelons que les *Granules trois cachets* renferment, sous une couche de sucre, un noyau pilulaire exactement dosé et qui ne durcit pas, ce qui assure sa dissolution.

Comme ils contiennent tous des substances énergiques : arsenic, digitaline, morphine, etc., ils ne sont délivrés que sur ordonnance du médecin et ne portent aucune indication de doses ni d'usage.

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie ; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

Kina Saint-Émilien

au vin tannique de Bagnols des hôpitaux.

Supérieur au Kina au Bordeaux, Malaga, etc. — La Blle, 3 fr. — 6 Blles, envoi *franco* en gare, 17 fr. BOSREDON, ph., r. des Francs-Bourgeois, 41, Paris.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Sirop Barbarin au phosphate

MONOCALCIQUE CRISTALLISÉ. — Seule préparation liquide de phosphate de chaux obtenue sans le secours d'un acide, la seule rationnelle puisqu'il est prouvé que toute dissolution du phosphate tricalcique donne naissance à un mélange impur de phosphate monocalcique et d'un autre sel de chaux lactate au chlorure, suivant l'acide choisi ; la seule que l'état cristallisé du sel employé permette de doser exactement (1 gramme pour 30) et de priver de toute trace d'acide phosphorique libre.

LE MEILLEUR DES RECONSTITUANTS, plus actif que l'huile de foie de morue ; goût très-agréable ; 5 années de succès dans les hôpitaux de Paris ; 2e médaille d'argent, Exposition univ., Paris, 1875. Paris, BARBARIN, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, 163, r. de Belleville et phies. — 2 fr. 50.

Forges-les-Eaux (SEINE-INFÉRIEURE).

Sources ferrugineuses, acidules, crénatées.

Un des premiers effets des Eaux-de-Forges, c'est d'activer la sécrétion des reins. Très-utiles par conséquent contre la gravelle.

Souveraines contre la chlorose et l'anémie, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les engorgements passifs de la matrice, certains troubles intestinaux (gastralgies, dyspepsies, diarrhées séreuses), l'hystérie et autres névroses ; enfin contre la stérilité, très-utiles aussi dans le traitement de l'albuminurie.

Saison du 1er juin au 1er octobre.

Buvette, bains de toute nature, salles de douches, hydrothérapie.

Promenades magnifiques, excursions sur les bords de la Manche.

Vente des eaux dans toutes les pharmacies. — Dépôt principal, Compagnie fermière de Vichy.

Prix de la bouteille : 70 centimes.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, n° 20.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL, rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Asthme, Catarrhe, Oppression

Soulagement instantané par les TUBES LEVASSEUR, 23, r. de la Monnaie, Paris.

Goudron Freyssinge.

Liqueur normale concentrée obtenue par la concentration seule de l'EAU DE GOUDRON.

Seule préparation qui permette d'obtenir l'EAU DE GOUDRON VÉRITABLE, les autres liqueurs étant préparées par émulsion ou par solution de *tout le Goudron*, et le plus souvent à l'aide de substances étrangères qui dénaturent complétement le produit.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

Bains de Salins (Jura).

Eaux chlorurées sodiques bromurées fortes.

Anémie, lymphatisme, diabète, stérilité. — Ouverture de l'établissement le 1er juin.

EAUX-MÈRES et SELS D'EAUX-MÈRES.

Dépôt à Paris, 33, rue Saint-Jacques.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du PIN SYLVESTRE. — REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, Paris, 22.

Établissement hydrothérapique

DE VICHY

dirigé par le docteur JARDET.

L'établissement est admirablement placé sur le bord du Sichon, à cinq minutes des sources thermales.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Carie vertébrale. — Paraplégie. — Ophthalmoscopie. — Névro-rétinite et tubercules de la choroïde sans méningite granuleuse. — Mort. — Autopsie.

Nous avons par hasard dans les salles trois enfants affectées de carie vertébrale avec paraplégie, et qui sont entrées par suite de bronchite aiguë.

Ces trois cas offrent un grand intérêt au point de vue de mes recherches d'ophthalmoscopie médicale, sur les rapports des maladies de la moelle épinière avec les troubles circulatoires et nutritifs du fond de l'œil. Deux de ces enfants présentent une faible névro-rétinite, et la troisième offre une névro-rétinite très-accusée, avec d'innombrables tubercules de la choroïde figurés sur le dessin en couleur que je mets sous vos yeux. Ces faits sont assez communs. Déjà j'ai eu l'occasion de vous les signaler, et vous les trouverez dans les figures chromo-lithographiées de mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie.*

Aujourd'hui il sera surtout question de la petite fille du n° 18, qui a offert une névro-rétinite avec tubercules de la choroïde et qui vient de mourir.

Voici son observation avec l'autopsie.

OBSERVATION. — *Mal de Pott. — Névro-rétinite. — Tubercules de la choroïde. — Granulie. Mort. Autopsie.* — Marie S..., entrée le 10 mars 1876 au n° 18 de la salle Sainte-Catherine, tousse un peu depuis quelques jours ; — a eu la variole il y a un an, et depuis plusieurs mois a une carie vertébrale caractérisée par une gibbosité dorsale énorme faisant un angle de 60 degrés, déterminant une paraplégie incomplète, qui permet à l'enfant de remuer les jambes étant au lit, mais qui l'empêche de se tenir debout. La sensibilité est intacte et les mouvements réflexes conservés. Elle tousse et n'a pas de râles dans la poitrine. Elle a bon appétit, point de diarrhée, pas de fièvre. Point de maux de tête.

Vision intacte. Le fond de l'œil est gravement modifié ; à gauche, la papille est gonflée, rouge, aplatie, le contour est net en dehors, en dedans cerclé de pigment, et de ce côté la rétine, voilée par un mince exsudat, est grisâtre dans une certaine étendue. Les artères sont fixes et visibles. Les veines volumineuses et dilatées, et dans la choroïde, huit ou dix granulations blanches, saillantes et nettement découpées, au devant desquelles, sur trois, passe un vaisseau veineux.

Dans l'œil droit, mêmes lésions, granulations moins nombreuses. De plus, dans la partie des régions équatoriales existe une tache blanchâtre de la choroïde sur laquelle il y a un dépôt confluent de granulations pigmentaires noires.

Potion gommeuse avec phosphate de chaux. . 50 centig.
Cognac. . . . . 20 grammes.

23 mai. — Depuis quelques jours, l'enfant s'affaiblit beaucoup, elle maigrit, la fièvre est forte ; mais la malade mange un peu, sans vomissement, sans diarrhée. Elle tousse beaucoup et présente en arrière de nombreux râles sous-crépitants.

Intelligence nette. Vision intacte. Point de paralysie ni de convulsions.

Depuis le dernier examen ophthalmoscopique, le fond des yeux a changé d'aspect, et la lésion a marché de façon à ce qu'on puisse noter une différence. Les papilles sont plus diffuses, et il s'est fait autour une petite zone d'exsudations grisâtres ardoisées. Les veines sont devenues flexueuses et plus larges, et les artères se sont resserrées. Les tubercules de la choroïde ont augmenté de volume ; les petites taches blanchâtres qui avaient apparues aplaties sont en relief et ont l'aspect d'un point blanc proéminant et fondant sur les bords comme un petit monticule conique, et sur plusieurs, le vaisseau qui passait au milieu se trouvait déjeté sur le côté. Depuis le premier examen, les tubercules se sont multipliés en très-grand nombre.

Deux heures après, l'enfant s'éteignait lentement, sans phénomènes convulsifs ou paralytiques, et son intelligence ne s'est affaiblie qu'une heure avant la mort.

Autopsie. — Vingt-six heures après la mort.

Le *cerveau*, après ouverture de la dure-mère, offre une infiltration séreuse opaline de la pie-mère sans suppuration le long des vaisseaux, et cette membrane très-rouge, congestionnée, offre quelques thromboses des veines méningées. A la base et dans les scissures de Sylvius il n'y a point d'infiltration purulente ni de granulations tuberculeuses miliaires. Sur la convexité il y a quatre granulations blanchâtres, opaques, tuberculeuses, ayant de trois à quatre millimètres de diamètre. La substance cérébrale est ferme, consistante, sans injection, ni tubercules. Il n'y a pas de sérosité dans les ventricules latéraux dont les parois sont intactes et non ramollies.

Le *thymus* est criblé de granulations tuberculeuses extrêmement fines.

Les *poumons* sont farcis de petites granulations demi-transparentes ou opaques extrêmement fines, au milieu d'un tissu fortement hyperémié et sur un point en arrière, à gauche, légèrement induré.

Les ganglions bronchiques sont tout-à-fait caséeux, durs, infiltrés de mélanose.

Le *foie* est gros, un peu gras, sans tubercules, mais les *reins* et la *rate* sont criblés de granulations.

L'*intestin* et le *mésentère* sont sains.

Les *yeux* ouverts ne présentent rien d'appréciable dans la rétine, et la papille est gonflée, un peu diffuse. Dans la choroïde la couche pigmentaire est en partie atrophiée, et dans la couche vasculaire il existe une quantité considérable de granulations tuberculeuses fines, de volume inégal, entourées d'une petite zone d'hyperémie. Le nerf optique ne présente pas d'hydropisie dans sa gaîne vaginale.

La *colonne vertébrale* présente au niveau de la onzième et douzième vertèbre dorsale et des premières lombaires une poche purulente bien limitée, du volume d'un œuf environ et dont le pus crémeux, blanc jaunâtre, homogène et bien lié renferme quelques parcelles dures, osseuses, rugueuses sous le doigt. Le corps des trois vertèbres est rongé, en partie détruit jusques au canal rachidien, où l'on voit la dure-mère à nu et la moelle ployée par l'incurvation vertébrale. Il n'y a pas de pachy-méningite ni de lésion du canal rachidien. Sur les limites des vertèbres détruites par la suppuration, ce qui reste de tissu spongieux est infiltré de pus et sur un point éburné. Dans les vertèbres voisines, supérieures et inférieures, le tissu spongieux est rouge, et l'on y voit deux ou trois granulations miliaires grisâtres très-fines, sans gros tubercules crus ou caséeux.

Dans ce fait, la carie occupe la région lombo-dorsale et elle a produit une gibbosité très-considérable, formant un angle de 60 degrés environ. Elle est peu douloureuse à moins que l'enfant soit debout, et elle l'empêche de marcher. C'est une paraplégie incomplète. La sensibilité tactile est conservée, ainsi que les mouvements réflexes. Il n'y a rien au cœur ni dans les poumons, qui ne sont devenus malades que plus tard; les fonctions digestives s'accomplissent régulièment, et l'enfant ne paraît pas autrement malade.

Bien qu'il n'y ait aucun trouble visuel appréciable, j'ai voulu voir dans l'œil s'il n'y avait pas de lésion névro-rétinienne ou choroïdienne, de la nature de celles qu'on observe dans la diathèse scrofuleuse, et qui existent sur deux autres petites filles de mon service et qui sont également atteintes de carie vertébrale. Ma recherche n'était pas inutile. Voici ce que j'ai trouvé, et ce que vous pouvez voir sur le dessin colorié que voici.

Dans l'œil gauche, une névro-rétinite caractérisée par le gonflement, la rougeur de la papille qui est fortement voilée et limitée en dedans par un petit croissant pigmentaire. En dehors de ce demi cercle pigmentaire, la rétine présente une petite zone d'infiltration blanchâtre granuleuse. Les veines sont très-nombreuses et flexueuses, assez dilatées. Les artères n'ont rien d'anormal. Dans la choroïde se trouve beaucoup de granulations blanches, saillantes, tuberculeuses, les unes petites miliaires, les autres plus larges et l'une d'elles a presque le volume de la papille. Plusieurs d'entre elles sont recouvertes par un vaisseau rétinien, et il y en a une qui est entourée par un vaisseau rétinien dévié par le relief de la granulation, en même temps qu'un autre vaisseau passe au-devant d'elle.

Dans l'œil droit, même névro-rétinite, et, dans la choroïde, différentes granulations tuberculeuses moins nombreuses qu'à gauche. Il y a de plus, ici, dans la région équatoriale une petite tache blanche recouverte de granulations de pigmen, qui ressemble à un point d'atrophie choroïdienne.

Ces lésions, moins les tubercules de la choroïde, sont celles que l'on observe chez les deux autres petites filles placées dans mon service, ce qui confirme ce que j'ai déjà eu l'occasion de vous dire au sujet de l'existence d'une névro-rétinite scrofuleuse en rapport avec la carie vertébrale, la phthisie pulmonaire, l'entérite tuberculeuse, c'est-à-dire avec l'état cachectique de la scrofule. Ce sont là des faits intéressants d'ophthalmoscopie médicale qu'il est très-important de connaître et qui montrent que les images ophthalmologiques ne sont pas, comme l'a dit par erreur M. Giraud-Teulon, des sources de diagnostic lorsque l'on ne consulte pas les autres symptômes. Si, comme cet oculiste l'a dit dans un rapport reproduit par toute la presse médicale, les tubercules de la choroïde indiquaient toujours une méningite tuberculeuse, notre malade aurait dû avoir les symptômes et les lésions de cette maladie. Or, elle n'a rien eu de pareil.

Tel était l'état de la malade à son entrée dans l'hôpital, mais la scène ne devait pas tarder à changer.

Il survint de la fièvre, de la toux avec des râles sous-crépitant dans les deux poumons surtout en arrière, à gauche, de l'innappétence, de la consomption sans aucun trouble de l'intelligence et des sens. On causait avec elle une heure avant sa mort.

Dans les yeux, en suivant jour par jour les progrès de la névro-rétinite et de la choroïdite, nous vîmes l'infiltration névro-rétinienne augmenter et s'étendre, les veines se dilater, s'engorger et devenir flexueuses comme elles ne l'étaient pas au début; enfin, chose curieuse, on vit les tubercules changer d'aspect, grossir, soulever davantage la rétine et paraître plus saillants, plus pointus et plus brillants au sommet. Ils augmentaient de nombre, et chaque jour on en voyait de nouveaux, très-petits, qui grossissaient dans les vingt-quatre heures.

L'état général s'aggrava de plus en plus, et la mort arriva par épuisement, sans méningite ni convulsions, deux heures après la visite où nous venions de causer avec elle et de faire un dernier examen ophthalmoscopique.

Comme vous le voyez dans les pièces anatomiques placées sous vos yeux, il y a tout ce que le diagnostic avait supposé devoir exister.

1° Une carie dorso-lombaire avec abcès prévertébral, détruisant plusieurs corps de vertèbres jusqu'au canal rachidien qui était ouvert, dans lequel il n'y avait pas de pachy-méningite, et où l'on ne constatait qu'une compression de la moelle par la flexion sur elle-même au niveau de la gibbosité.

2° Une tuberculose générale miliaire des poumons, qui sont criblés et remplis par des milliards de granulations grises demi-transparentes, en même temps qu'il y a dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques.

3° Une tuberculose du thymus.

4° Une tuberculose de la rate et des reins.

5° Quelques granulations tuberculeuses dans la pie-mère au nombre de quatre, mais le cerveau est sain, sans tubercules, et il n'y a pas de méningite.

6° Enfin une quantité considérable de tubercules de la choroïde, en même temps que la névro-rétinite observée pendant la vie.

Dans ces derniers faits vous voyez combien est fausse l'idée dont M. Giraud-Teulon s'est fait le porte-voix, en disant que l'image ophthalmoscopique, sans autre symptôme, pouvait servir

au diagnostic des maladies cérébrales. Quant à ses affirmations sur la certitude qu'il y a méningite tuberculeuse lorsqu'il y a des tubercules de la choroïde, c'est un axiome que les cliniciens ne pourront accepter. On sait en effet que les tubercules de la choroïde se rencontrent chez des sujets atteints de tuberculose miliaire aiguë ou de granulie, qui meurent sans avoir de méningite. Le fait que l'on vient de lire en est la preuve, et j'en ai observé deux cas, vérifiés par autopsie, dans la semaine qui vient de finir.

Pour être vraiment scientifique, pour ne pas dépasser d'un iota les faits observés et pour ne pas faire d'interprétations excessives, selon le langage de M. Giraud-Teulon, il convient d'observer beaucoup, d'observer longtemps, d'apprendre exactement ce qu'ont fait ceux dont on doit parler, mais jusque-là il est prudent de ne pas formuler des conclusions hâtives que l'observation ultérieure doit infirmer.

HOTEL-DIEU. — M. Alphonse Guérin.

Hypertrophie de la portion sus-vaginale du col de l'utérus (1).

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

II

Le plus ordinairement, l'hypertrophie sus-vaginale du col s'observe chez les femmes qui ont eu des enfants. Aussi l'extrémité du cône que figure la tumeur présente-t-elle une fente plus ou moins étendue. Huguier prétend que cette fente est toujours transversale : la vérité est que très-souvent elle est semi-circulaire. Quelquefois, en effet, la lèvre antérieure du col est hypertrophiée, et de cette augmentation de volume résulte une inflexion de l'orifice du col, de sorte que la convexité de l'ouverture se trouve dirigée en arrière. Huguier dit encore que le plus souvent l'orifice du col apparaît sur la portion la plus antérieure de l'extrémité de la tumeur. Pour ma part, je regarde cette opinion comme erronée. En effet, la portion antérieure est celle qui sort la première. La paroi postérieure cède moins vite. Le mouvement commence par l'abaissement de la paroi antérieure du vagin, et quand vous avez réduit la tumeur, si vous la faites sortir encore, c'est toujours la partie antérieure qui fait saillie la première. Il est bon que vous sachiez que l'orifice du col se trouve assez souvent situé en arrière, pour que vous soyez pas exposés, dans certains cas, à confondre cette maladie avec d'autres affections, un polype par exemple.

Presque toujours on observe une ulcération au voisinage de l'orifice du col. C'est une ulcération mécanique. Elle est due à ce que le col, situé entre les cuisses, frotte constamment contre des corps étrangers, la chaise, par exemple, sur laquelle s'asseoit la malade.

La réduction de cette tumeur n'est pas du tout celle de la chute de l'utérus. Quand vous cherchez à rentrer l'utérus en précipitation, vous éprouvez une certaine résistance, une certaine difficulté. De plus, la tumeur rentre à la manière d'une hernie étranglée, c'est-à-dire qu'elle vous échappe lorsque la première portion est réduite. Il n'en est pas de même de celle qui résulte de l'allongement du col. Il est très-facile de la pousser dans la cavité pelvienne, et vous n'éprouvez pas cette sensation d'un corps qui vous fuit entre les doigts.

Mais tandis que, généralement, la chute de l'utérus, quand elle n'est pas excessive, reste quelque temps dans la cavité pelvienne après qu'elle a été réduite, ici la tumeur tend continuellement à sortir, par suite de la résistance qui résulte de la tension des ligaments. Ce n'est que par un artifice curieux que les parties restent réduites. La tige résistante qui résulte de l'hypertrophie du sac n'est pas inflexible. Si, en effet, lorsque vous avez fait rentrer la tumeur dans le bassin, vous pratiquez le toucher rectal, vous reconnaissez bientôt que le col de l'utérus forme un coude résultant de son inflexion. Sans doute au bout d'un temps variable, surtout lorsque la malade se lève ou s'assied, le coude ne tarde pas à disparaître, mais alors la tumeur tend à reparaître au dehors. La réduction est encore facilitée, dans certains cas, par la flexion de l'utérus sur son col en rétroflexion ou en antéflexion, suivant que les ligaments antérieurs ou postérieurs ont conservé plus de résistance.

Ce sont ces flexions qui expliquent comment, dans certains cas, la tumeur résultant de l'hypertrophie du col, quand elle a été réduite, ne ressort pas aussi vite. Quand une fois cette inflexion s'est faite, l'expulsion du col est, en effet, un peu plus difficile à cause de l'angle qui en résulte.

Le col hypertrophié a généralement une densité très-grande. Il a semblé à Huguier être ramolli chez quelques femmes. Quant à moi, il m'a paru très-peu vasculaire.

Je vous ait dit qu'on observait souvent la cystocèle. Quelquefois aussi, mais plus rarement, cette hypertrophie du col s'accompagne de rectocèle. Dans ces cas, le rectum vient faire saillie dans la tumeur, derrière le col. Suivant Huguier, il en serait ainsi une fois sur trois.

Je n'ai jamais eu l'occasion de faire, à l'autopsie, l'anatomie pathologique de cette affection, mais Huguier a vu que le *fascia pelvia* était déchiré, éraillé, quelquefois même détruit dans une étendue plus ou moins considérable. Il a vu aussi que le releveur de l'anus avait généralement été entamé, déchiré, et qu'un certain nombre de fois le constricteur du vagin présentait des lésions analogues.

L'étiologie est certainement le chapitre le moins clair de cette maladie. On s'accorde généralement à dire que l'hypertrophie du col de l'utérus survient chez les femmes lymphatiques. Huguier invoque encore comme cause déterminante, l'embonpoint des malades. On a dit que, chez les femmes qui avaient un bassin large, la vulve descendait plus facilement, mais il me semble qu'on a appliqué au mécanisme de l'allongement les causes qui avaient été invoquées pour la chute de l'utérus.

Il est certain que cette maladie s'observe le plus ordinairement chez les femmes qui ont fait un certain nombre d'accouchements. Sur les soixante-quatre malades observées par Huguier, quatre seulement n'avaient pas eu d'enfants, et plusieurs en avaient eu neuf ou dix. Il résulte donc de cette statistique que l'accouchement, surtout l'accouchement laborieux, peut être considérée comme une cause prédisposante de cette affection.

Les professions jouent certainement encore un rôle considérable dans la production de cette maladie. Ainsi on observe très-fréquemment l'hypertrophie du col chez les blanchisseuses, les cuisinières, enfin chez toutes les femmes qui travaillent debout.

Vous voyez, en résumé, que l'on ne sait encore rien de bien précis sur l'étiologie de l'hypertrophie du col de l'utérus.

Dirons-nous, avec Dugès et Boivin, que le col est tiré par le vagin? Pour moi, je ne doute pas que le vagin soit, au contraire, poussé par le col qui s'hypertrophie. Mais à l'époque où ces auteurs émettaient cette opinion, on ne savait pas que, le plus ordinairement, la maladie qu'on décrit sous le nom de chute de l'utérus, n'est autre que l'hypertrophie du col. Si,

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 juin.

dans la chute, le col s'hypertrophie, c'est, disaient-ils, que celui-ci, descendant hors de la vulve, a attiré le vagin au dehors. Mais cela n'est pas, puisque le vagin se décolle, abandonne bientôt le col, et ne tient plus que par son extrémité. Du reste, une objection péremptoire à cette opinion, c'est que les chutes de l'utérus sont extrêmement rares.

Tant que la tumeur n'est pas entraînée au dehors de la vulve, les malades souffrent beaucoup moins que dans la chute de l'utérus proprement dite. Dans la chute, en effet, les annexes de l'utérus sont tiraillées puisqu'elles accompagnent l'utérus dans son mouvement d'abaissement, et qu'on les retrouve dans la tumeur. Dans l'hypertrophie, au contraire, ils restent dans leur situation normale.

Lorsqu'au contraire vous avez réduit cette tumeur, les malades éprouvent une gêne très-grande, une sensation douloureuse dans la région des aines et à l'hypogastre. Quelquefois l'angoisse provoquée par la réduction est telle que les malades vous supplient de laisser sortir leur tumeur. C'est pourquoi la plupart des femmes atteintes de cette affection ne peuvent pas supporter de pessaire.

Le diagnostic de l'hypertrophie du col est extrêmement simple. Dans la chute, les femmes peuvent supporter le pessaire, qui, au contraire, devient intolérable dans l'hypertrophie du col. De plus, la chute de l'utérus constitue une tumeur facile à pédiculiser avec les doigts. Quand vous rapprochez ceux-ci à la base de la tumeur, vous sentez très-bien que les deux faces se rapprochent l'une de l'autre et que rien ne leur est interposé. Si, au contraire, vous avez affaire à un allongement du col, celui-ci a, en ce point, le volume qu'il a dans les parties les plus basses, et vous sentez cette tige dont je vous ai parlé en vous décrivant l'hypertrophie.

Quand il y a chute, au lieu de trouver au milieu de la tumeur cette tige allongée, vous trouvez le corps lui-même. Bien plus, si vous pratiquez le toucher rectal dans l'hypertrophie, en suivant la tige qui la constitue, vous pouvez arriver au corps de l'utérus, qui n'a pas changé de place, alors que, dans la chute, vous ne trouvez rien dans la cavité abdominale.

Un autre moyen de diagnostic, c'est l'hystéromètre. Dans la chute, cet instrument ne peut pénétrer dans la cavité utérine au delà de 6 à 6 centimètres et demi. Quant, au contraire, il existe une hypertrophie du col, l'hystéromètre s'enfonce ordinairement à plus de 7 centimètres, quelquefois à 10, 12, 14, quand l'hypertrophie est considérable.

Enfin, j'ai déjà dit que la tumeur formée par la chute de l'utérus résistait un peu au taxis. Dans l'hypertrophie du col, au contraire, cette résistance n'existe pas, mais la tumeur rentrée tend continuellement à sortir.

DES GROSSESSES PROLONGÉES (1)

Par M. le docteur Schmit.

Conclusions. — Les grossesses prolongées n'existent pas. — Les observations que l'on a rapportées comme telles ne relatent que des faits, dans lesquels il y a eu des erreurs dans la date de la conception, et où l'accouchement, lorsqu'il a eu lieu au-delà du terme normal de la grossesse, a été retardé par une cause de dystocie variable, résidant soit dans le bassin, soit dans la marche du travail, soit dans l'excès du développement ou dans la position du fœtus. — L'excès de développement du fœtus, qu'on observe quelquefois au terme de la grossesse, ainsi que le prouvent les faits que nous avons rapportés, ne peut donc nullement être attribué à une prolongation de la gestation ; il en est la cause et non l'effet.

Des conclusions précédentes, découle par le fait une application médico-légale, que nous ne pouvons passer sous silence :

Le terme de trois cents jours, fixé par l'article 315 de la loi pour la légalité d'un enfant, dépasse, par conséquent, la durée la plus longue des grossesses gémellaires. Si l'on veut donner à ces accouchements retardés le nom de grossesse prolongée, il est indispensable de faire une distinction entre ces deux genres de grossesse prolongée. Nous appellerons alors les premières, grossesses prolongées essentielles, et nous dirons que leur existence doit être complétement révoquée en doute. Quant aux secondes, nous leur donnerons le nom de grossesses prolongées symptomatiques, c'est-à-dire de grossesses dans lesquelles l'accouchement est retardé pour une des causes de dystocie variables que nous avons indiquées.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, 1876, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 juin 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Nouveau procédé de technique histologique. — M. J. Renaut, au nom de M. Debove et en son propre nom, communique les résultats des recherches qu'ils ont faites à l'aide d'un nouveau procédé de préparation ayant pour but d'isoler les fibrilles musculaires élémentaires, ce qui n'a pu être fait jusqu'ici.

De la présence du sucre dans l'urine des femmes enceintes ou des nourrices. — M. de Sinety rappelle qu'il y a déjà plusieurs années il a montré que, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, la présence du sucre dans l'urine n'est nullement un fait constant chez les femmes enceintes et les nourrices.

Il est arrivé à déterminer exactement les conditions sous l'influence desquelles se produit ce phénomène et a démontré que l'on pouvait, à volonté, faire apparaître ou cesser la glycosurie, selon que l'on suspendait ou que l'on continuait l'allaitement. Mais jusqu'ici, dans les cas observés et publiés par M. de Sinety, la quantité de sucre trouvée dans les urines était peu considérable. Or, il y a peu de temps, M. de Sinety a eu occasion d'observer une femme qui avait cessé d'allaiter depuis trois jours et dont l'urine ne contenait pas moins de 8ᵍ9 de sucre par litre. Cette femme était en outre atteinte d'une soif intense et présentait un gonflement considérable des seins. Quatre jours après, cette femme ne portait plus de traces de lait dans les mamelles, ni de sucre dans les urines.

M. de Sinety fait remarquer que cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : d'abord elle confirme les idées qu'il a déjà soutenues ; elle est remarquable par l'énorme quantité de sucre trouvée dans l'urine ; enfin la soif, chez cette femme, présentait cette particularité qu'elle était presque nulle quand elle allaitait et qu'elle était devenue vive, surtout depuis que la dépense de lait était supprimée, de telle sorte qu'elle était en rapport avec la glycosurie.

Oreilles des nouveau-nés. — M. Gellé montre des dessins se rapportant aux faits dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 8 juin.)

M. Parrot fait observer à cette occasion que MM. Barety et Renaut, dans un travail publié en 1869, ont montré l'existence constante d'une otite moyenne chez les enfants atteints de troubles pulmonaires.

Développement de renoncules séparées de leurs racines. — M. Armand Moreau, au nom de M. Philipeau et en son propre nom, communique ce fait que des tiges de renoncules ont continué à croître, après avoir été coupées et avoir été plongées dans l'eau.

Indépendance de la voix et de la parole. — M. Glénard présente un appareil ayant pour but de démontrer l'indépendance de la voix et de la parole. Cet appareil est un soufflet spécial qui, introduit dans la bouche, fournit l'air sans le secours du larynx et

permet de prononcer des voyelles, des consonnes et même des phrases, sans qu'on ait à se servir du larynx.

Rapport entre l'accommodation et le diamètre de la pupille. — M. DROUIN a entrepris une expérience qui lui permet de montrer que, dans les cas où la quantité de lumière verte, l'angle visuel et l'éclairage sont les mêmes, le diamètre de la pupille ne varie pas avec l'accommodation.

M. PONCET fait cependant remarquer que, dans l'examen ophthalmoscopique, où la quantité de lumière est la même, il existe un rapport manifeste entre le degré de dilatation de la pupille et le degré d'accommodation.

Altérations du testicule consécutives à la ligature des vaisseaux du cordon. — M. BRAWN a observé, à la suite de la ligature des vaisseaux du cordon, certaines altérations des tubes séminifères et de l'épididyme.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Œdème de la glotte consécutif à une angine simple, mort. — M. LAVERAN, au nom de M. Richard, médecin-major à Belfort, communique l'observation d'un militaire qui était atteint d'une angine simple et qui, après quelques jours de traitement, était sorti guéri de l'infirmerie et avait repris son service. Le lendemain matin, il eut un frisson, il fut pris vers sept heures d'un accès de suffocation et, un quart d'heure après, mourut asphyxié avant qu'on ait eu le temps de lui pratiquer la trachéotomie.

On trouva à l'autopsie les amygdales rouges, tuméfiées, ainsi que la paroi postérieure du pharynx et les replis aryténo-épiglottiques également tuméfiés et infiltrés. La glotte était normale; la trachée contenait de la mousse. Les autres organes étaient sains. L'auteur croit pouvoir expliquer la mort, dans ce cas, par l'occlusion de la glotte au moyen d'un repli aryténo-épiglottique.

M. BROUARDEL dit avoir observé un cas analogue, mais dans lequel le malade avait présenté de l'aphonie avant les accidents d'asphyxie.

Pigmentation de la peau chez les malades intoxiqués par le sulfure de carbone. — M. LABOULBÈNE a eu l'occasion d'observer, à Necker, une jeune malade qui travaillait aux préparations de sulfure de carbone. Cette malade a présenté des troubles de la sensibilité et portait sur les jambes des taches occasionnées par l'accumulation de pigment. M. Laboulbène rappelle que M. Delpech, qui a particulièrement étudié cette question, n'avait encore rencontré que deux cas analogues. Il y a six mois environ, M. Laboulbène rencontra une pigmentation analogue chez une jeune fille de quinze ans dont l'intelligence était profondément atteinte, et qui portait sur les membres des points, des vésicules, des taches pigmentaires régulières. Cette jeune fille, une fois améliorée, ayant continué à travailler au sulfure de carbone, a été prise d'albuminurie et a fini par succomber.

M. LAILLER demande si ces taches pigmentaires ont été examinées au microscope.

M. LABOULBÈNE, ayant dû quitter l'hôpital à ce moment, regrette de n'avoir pu pratiquer cet examen. Mais il ne manquerait pas de le faire s'il se présentait un cas analogue.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II.

Dans le cours du seizième siècle, les gouvernements furent amenés à prendre une attitude assez nette vis-à-vis les universités, et leur influence devient de plus en plus grande sur la direction générale des études. Plusieurs universités, Vienne entre autres, étaient déjà considérées à cette époque comme de vrais instituts d'État. Déjà des conflits éclataient avec l'église romaine et ses représentants allemands. Le grand mouvement qui emportait les esprits vers les études plus libres, l'apparition de livres nouveaux à tendance philosophique, ébranlaient singulièrement les méthodes d'enseignement scolastique et mettaient en danger l'autorité de Rome. La Réforme acheva l'œuvre; on juge quel contre-coup elle eut dans les universités, et notamment dans les Facultés des arts qui étaient restées la base de l'édifice universitaire (on y enseignait la philosophie, la littérature, etc.). La guerre de Trente ans, qui fut la conséquence de la Réforme en Allemagne, amena les universités des différents États du Nord et du Sud à prendre position vis-à-vis l'église. Il fallait opter, à cette heure déjà, et se jeter dans les bras de l'État ou demeurer sous la servitude de Rome.

Les historiens allemands signalent cette époque comme une des périodes les plus douloureuses et les plus critiques traversées par leur haut enseignement public. Ils ajoutent que l'intervention de l'État seule sauva les grandes études dans cette longue crise.

La guerre et les dissensions religieuses relâchaient les liens si importants qui unissaient les universités allemandes entre elles. Le pouvoir civil se trouvait lui-même souvent sans argent, ou du moins celui dont il disposait ne pouvait être, seulement en partie, appliqué à donner des secours matériels aux universités, et toutes les promesses de fondations nouvelles demeuraient nécessairement vaines. Toute discipline parmi les étudiants avait cessé d'exister; la jeunesse studieuse était promptement devenue inculte et ses mœurs se ressentaient du rude contact des gens de guerre, qui parcouraient l'Allemagne en tous sens.

Les études de droit et de médecine furent celles qui eurent le plus à souffrir dans ces temps de troubles.

Dans cette situation, de grands devoirs incombaient aux pouvoirs civils, et, quand le calme eût un peu reparu, l'État mit la main sur les universités, ne respectant que médiocrement les priviléges et les droits corporatifs si étendus dont elles avaient joui jusqu'alors. Nul ne peut nier que ce fut là le grand remède, et que c'est à cette intervention laïque que les études régulières, en tout genre, durent leur salut et une prospérité nouvelle. Sans cet appui, sans des fondations nouvelles, riches et certaines, les universités étaient incapables de maintenir à un degré convenable le niveau des études, et de mettre leur enseignement en rapport avec les découvertes nouvelles.

Vainement, du reste, avant d'arriver à cette réforme salutaire, les universités avaient essayé de se procurer des moyens financiers toujours de plus en plus restreints, en augmentant le chiffre des taxes d'examens, le chiffre des taxes de cours, etc.; elles ne réussirent qu'à éloigner des études universitaires un grand nombre d'étudiants qui ne pouvaient soutenir des frais devenus si lourds.

Les universités fondées dans la seconde partie du seizième siècle et dans le dix-septième, furent, dès le début, forcées de prendre un caractère confessionnel; elles étaient ou catholiques ou protestantes. Il y a quelque soixante ans, plus d'une université allemande présentait encore des vestiges de cette ancienne division.

L'attitude politique et religieuse de l'Autriche pendant la guerre de Trente ans est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. Il est cependant curieux de voir quelles en furent les conséquences universitaires immédiates. En 1540, aucun professeur ne pouvait être nommé à l'université de Vienne s'il n'avait pas subi

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 juin.

un examen devant la Faculté de théologie, qui délivrait un certificat. En 1554, cette mesure fut un peu relâchée, le nouveau professeur, pour obtenir la sanction de sa nomination, avait seulement à déclarer qu'il était et resterait bon catholique. En 1556, toujours avant la guerre de Trente ans par conséquent, les protestants parvinrent à devenir doyens; un professeur protestant fut même nommé recteur.

Mais en 1551, la Compagnie de Jésus vint s'établir à Vienne; elle fonda de nombreuses écoles et obtint du même coup le droit de nommer deux Pères professeurs à la Faculté de théologie. L'influence des jésuites augmentant de plus en plus, en 1574 ils occupent cinq chaires universitaires, et, en 1581, ils réussissent à rendre un serment de foi catholique obligatoire pour les professeurs et les étudiants (1).

La guerre de Trente ans terminée (1618-1648), les Pères occupent *toutes* les chaires des Facultés d'arts et de théologie. L'université de Vienne est entièrement entre leurs mains; ils élisent eux-mêmes un recteur, près duquel le recteur universitaire ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire (1662).

Telle est la cause de l'affaissement des hautes études de médecine, de droit et de sciences naturelles en Autriche à cette époque. La puissance très-effective de la cour du Vatican s'exerçant par l'intermédiaire des jésuites empêchait tout essor, et allait même jusqu'à neutraliser l'effet de mesures qui, mises en pratique, eussent apporté de notables améliorations. Dans cette atmosphère énervante, les caractères furent bientôt à la hauteur des institutions et de leur esprit, en sorte que nul n'était capable de donner quelque impulsion réformatrice. En dehors de toute considération religieuse, les écrivains allemands sont d'accord sur ce point, et pour se convaincre de l'exactitude de ces appréciations, il suffit de jeter les yeux sur la situation des universités protestantes de l'Allemagne du Nord et surtout de la Hollande pendant ce même temps.

Il nous reste à donner un aperçu des modifications apportées par Ferdinand Ier (1554) dans l'organisation de la Faculté de médecine de Vienne, avant d'aborder l'examen de l'œuvre réformatrice de Van Swieten.

Le nombre des professeurs de médecine fut fixé à trois. Le premier avait à *lire* (2) sur la médecine pratique pendant une année; la seconde année il devait *lire* sur la fièvre. Le deuxième professeur avait à enseigner la théorie de la médecine; la première année il lisait et commentait les *Aphorismes* d'Hippocrate, la seconde les écrits de Galien. Le troisième professeur était particulièrement chargé des sciences accessoires ou préparatoires à l'étude de la médecine. Le premier de ces maîtres touchait un traitement de 150 florins (3), les deux autres 120; ils étaient tenus de faire quatre ou cinq leçons par semaine, ce qui faisait pour les élèves deux ou trois heures de cours par jour. Un de ces professeurs était chargé des démonstrations anatomiques; un *maître de chirurgie* démontrait les maladies externes et les opérations.

En 1629, le nombre des professeurs fut porté à cinq. Les traitements furent augmentés et portés jusqu'à 170 et même 1,000 florins. Hâtons-nous d'ajouter que ces améliorations pécuniaires restèrent, comme il arrive souvent, de simples promesses sur papier (règne de Ferdinand II). De plus le nouveau règlement porte que toutes les matières enseignées seraient soumises au contrôle des surintendants d'État. Tout écrit nouveau, toute idée nouvelle devaient ensuite être censurés par le recteur et la Faculté de théologie (4). Cette ingérence de l'État était la destruction de ce qui restait de liberté à l'université. Une telle situation dura jusqu'en 1849, époque à laquelle un grand nombre de libertés furent rendues à la Faculté de médecine, ainsi qu'aux autres Facultés. Quelques paroles célèbres de l'empereur François, adressées en 1825 au collége des professeurs de Vienne, réunis pour saluer le souverain, donneront une assez exacte idée de la manière dont l'État entendait ses pouvoirs de contrôle. « Je veux que mes sujets, leur dit l'empereur François, apprennent tout ce qui est à l'usage de la vie, tout ce qui peut servir pour la profession, mais je veux qu'ils apprennent surtout ce qui doit les attacher à ma personne et à la religion. Je n'ai pas besoin de professeurs qui leur rempliraient la tête d'un tas de sottises, dont les fruits ne tendent qu'à troubler la cervelle des jeunes gens d'aujourd'hui. »

Il est exact de dire que si les traitements des professeurs avaient été exactement payés, les études auraient pu tant bien que mal se faire. Mais, comme nous l'avons dit, ces pensions restaient le plus souvent à l'état de décret, et la situation matérielle des maîtres était vraiment pitoyable. Le gouvernement, voulant venir en aide à son université, lui assigne cependant un budget pris sur le revenu des anciennes fondations universitaires, mais les donations ne montant malgré cela qu'à 1,974 florins par an, les professeurs étaient réduits pour ainsi dire à chercher par la clientèle, ou à attirer beaucoup d'élèves à leurs leçons pour vivre d'une manière à peu près convenable. On essaya aussi pour remédier à cette insuffisance pécuniaire de faire un grand nombre de promotions et d'examens, mais comme les changements des étudiants d'une université à l'autre étaient devenus très-difficiles à cause des rapports politiques et confessionnels des États souvent extrêmement tendus, cette ressource manqua bientôt. Jusqu'en 1563, la subvention de l'État ne monta pas à plus de 3,000 ou 4,000 florins; elle resta d'ailleurs à l'état de promesse. Les professeurs, n'étant point payés, vivaient de leurs clients, et lisaient, il est facile de le comprende, très-irrégulièrement, et le surintendant, lui-même, chargé du contrôle et de la censure générale, ne recevait pas toujours sa pension. A cette époque, la disette d'argent était si grande qu'il fut même question de déplacer l'université et de la transporter dans une ville plus petite où la vie serait moins chère, à (*Wiener*) Neustadt. Cependant ce projet fut abandonné, ainsi qu'on le voit sous le règne et par les décrets de Charles VI.

Cette situation lamentable dura jusqu'en 1745, année dans laquelle l'impératrice Marie-Thérèse appela de Hollande Gérard Van Swieten. Tandis que d'illustres savants avaient honoré leur patrie par leur travaux; tandis que la France, l'Italie, l'Angleterre, la Hollande, l'Allemagne protestante, pouvaient s'enorgueillir des noms de Galilée, de Newton, de Bayle, de Descartes, de Harvey, de Boerhaave, de Vesale, de Fallope, de Eustache, de Bartholin, de Littre, de Winslow, d'Albinus, de tant d'autres encore, qu'avait produit l'Autriche, quel homme avait paru à Vienne pour accomplir les réformes cependant si nécessaires?

Le choix de Marie-Thérèse honora cette grande princesse qui sut, durant de longues années, donner un constant appui à celui dont elle avait fait en même temps son médecin. Elle le seconda dans tous ses plans, lui donna même, vis-à-vis l'université, un pouvoir despotique, devant lequel tout le monde dut s'incliner. C'est à Van Swieten, en effet, que la Faculté de médecine de Vienne doit d'être devenue un véritable centre scientifique.

Quand il fut appelé par Marie-Thérèse, Van Swieten était un simple privatdocent (*privatlehrer*), à la Faculté de Leyde. Bien qu'il fut élève de Boerhaave, et qu'il eut un grand talent d'enseignement, il ne pouvait être professeur officiel dans la grande université hollandaise, ouverte seulement aux protestants; or, Van Swieten était catholique. Ses succès, comme professeur privé, l'avaient du reste déjà désigné à l'attention des gouvernements étrangers. Appelé à Londres, quelque temps auparavant, il avait refusé cette offre honorable.

Quand il arriva à Vienne, il professa d'abord pendant deux ans, étudiant le terrain et préparant ses plans de réforme. Il enseigna durant ce laps de temps, l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique; souvent aussi il lisait sur les Institutions. Ce ne fut qu'en 1749, qu'il présenta à l'impératrice ses plans de réforme et son nouveau statut sur l'enseignement de la médecine et sur les examens. On doit convenir qu'il y eut là un véritable acte de

(1) Est-il nécessaire de faire ici une douloureuse comparaison? Que sont les statuts des facultés *libres* de 1875 en France, sinon ceux des Facultés où dominait la Compagnie de Jésus en 1574?

(2) Les statuts prescrivaient au professeur de *lire* son cours sur manuscrit et même dans les livres.

(3) Le florin ou *gulden* ne valait pas 2 fr. 50 comme aujourd'hui, mais environ 2 francs : la valeur du florin d'Autriche a fréquemment varié du reste; elle a été aussi de 1 fr. 50.

(4) Un simple rapprochement : en date du 8 juin 1763, un arrêt du Parlement de Paris interdisait provisoirement l'inoculation jusqu'à ce que la *Faculté de théologie* eut prononcé.

force vis-à-vis la Faculté, et une atteinte des plus graves à ce qui pouvait rester de droits corporatifs. Van Swieten sut briser toutes les résistances; il entra en conflit avec les jésuites, réduisit leurs pouvoirs, et sachant que pour s'attaquer aux institutions, aux mœurs, aux habitudes reçues, aux privilèges, il faut surtout s'attaquer aux personnes, sous peine de ne rien obtenir, il fit casser les anciens professeurs comme trop vieux ou incapables, et alla chercher au dehors des hommes nouveaux, prêts à entrer dans ses vues, à seconder ses plans, et jugés par lui à la hauteur de leur nouvelle mission. Il fit venir de Leyde de Haën et Jacquin, Galucci de Florence, Stark et Stoll de la Souabe, Gasser, Crantz, etc. Van Swieten augmenta, il est vrai, le nombre des branches de l'enseignement médical, mais il sut choisir des maîtres capables d'enseigner plusieurs de ces branches en même temps et, grâce à lui, les traitements furent très-notablement élevés. Les professeurs appelés du dehors reçurent une pension annuelle qui monta jusqu'à 5,000 florins; les professeurs nationaux, n'en eurent une que de 2,000 florins. Cette inégalité dans les traitements des professeurs, dans les universités allemandes, existe encore aujourd'hui. Tel professeur d'origine prussienne, appelé par exemple dans une université bavaroise, touche un traitement double et même triple de celui de ses collègues bavarois.

Le jardin botanique eut une dotation de 3,000 florins, et le laboratoire de chimie eut un petit budget de 800 florins, ce qui était considérable pour l'époque; la dotation des instituts, pour les frais secondaires montait à 900 florins, celle de la clinique et de l'hôpital civil à 1,400 florins. Toutes ces sommes furent exactement payées et ne restèrent pas à l'état de promesses comme auparavant. La faveur dont jouissait Van Swieten auprès de Marie-Thérèse lui permettait, du reste, d'obtenir des fonds extraordinaires quand il le souhaitait.

Van Swieten organisa cinq chaires, chacune avec un titulaire (1). Ils enseignaient l'anatomie et la chirurgie, — la chimie, la botanique et l'histoire naturelle, — la physiologie et la matière médicale, — la pathologie, la thérapie et la pratique, — les acccouchements. A ces chaires il faut joindre des cours extraordinaires faits pour les chirurgiens (des bourgs et des campagnes); une école de chirurgie pratique, un enseignement clinique séparés; il y avait en outre une école d'enseignement pour les sages-femmes. Des assistants, des prosecteurs adjoints et extraordinaires complétaient les cadres organisés par le médecin de Marie-Thérèse. Tous les cours, excepté celui d'accouchement, étaient faits en latin « parce que, dit l'auteur du *Tableau des études*, cette langue est plus commode que toute autre pour l'étude des sciences, particulièrement pour celle de la médecine, et que ceux qui l'ont apprise ayant beaucoup plus étudié, ont l'esprit bien plus ouvert que ceux qui l'ignorent. De plus la langue latine était un avantage très-considérable pour les sujets des provinces héréditaires, où l'on ne parle pas allemand. » Sans nous étendre sur ce sujet, on conviendra qu'il est d'une grande commodité aujourd'hui de pouvoir lire en langue latine les écrits de Vésale, de Fallope, de Eustache, de Valsalva, d'Albinus, de Boerhaave, de Halles, de Morgagni, de Verheyen, de Van Swieten lui-même. Quelles ne seraient point maintenant les difficultés pour ceux qui veulent faire quelques recherches historiques s'ils fallaient lire ces écrits dans un idiome étranger, non encore arrivé à sa perfection. Aujourd'hui, il est vrai, la connaissance des langues étant généralement répandue, et celles-ci étant d'ailleurs fixées, puis les relations internationales étant extrêmement faciles, l'utilité d'une langue commune à tous les savants, comme la langue latine, est plus que contestable et personne ne songe du reste à un retour à cet ancien usage.

Grâce à Van Swieten à la fin du siècle dernier, il y avait en Allemagne peu de Facultés médicales plus prospères, peu de chaires mieux rétribuées. Dans un pays attaché au catholicisme, ce grand homme sut arracher l'université à l'influence de l'église, la soustraire aux usages surannés des droits corporatifs, et la mettre entre les mains de l'État au nom duquel il peut faire, en maître un peu absolu, ces réformes salutaires.

C'est de l'année 1749 que datent les différences principales qui se remarquent encore aujourd'hui dans l'ordre des promotions et des examens de médecine de l'Autriche et des États du Nord.

(1) *Tableau des études de médecine de Vienne*, 1794.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Terrillon et Marchand, prosecteurs à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart.

— *Assistance publique de Paris.* — Un concours public, pour la nomination à deux places de prosecteur, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sera ouvert le jeudi 3 août 1876, à quatre heures, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration à partir du lundi 3 juillet, jusqu'au mercredi 19 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

— *Hospices civils de Lyon.* — Un concours public pour la place de chirurgien-major de l'hospice de la Charité aura lieu le 27 novembre 1876, à huit heures du matin.

Le concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu. Il comprendra cinq séances.

1° Question d'anatomie et de physiologie à traiter de vive voix.

2° Question d'accouchements à traiter par écrit.

3° Question de chirurgie et de médecine opératoire à traiter de vive voix. Opération chirurgicale à pratiquer sur le cadavre.

4° Examen clinique d'un malade atteint d'une affection chirurgicale; consultation écrite sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie présentée.

5° Examen clinique d'un malade atteint d'une maladie chirurgicale; consultation orale sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie présentée.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 44. Le registre d'inscription sera clos le mardi 14 novembre, à quatre heures.

Le chirurgien-major nommé entrera en fonctions, comme chirurgien aide-major, le 1er janvier 1878; comme chirurgien-major le 1er janvier 1884, et comme chirurgien titulaire le 1er janvier 1890. Jusqu'au 1er janvier 1878, il pourra être appelé par l'administration, à titre de suppléant, à faire un service temporaire.

Le traitement du chirurgien aide-major est de 400 francs par an, celui du chirurgien-major de 736 francs; l'un et l'autre ont de plus le logement, la nourriture, l'éclairage et le chauffage.

Le chirurgien titulaire est externe; il reçoit un traitement de 1,200 francs par an.

— *Excursion scientifique.* — M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 25 juin 1876, dans les environs de Saint-Cloud.

Rendez-vous à la gare Montparnasse, où l'on prendra à onze heures le train qui part de Paris pour la station de Sèvres.

Nota. — On peut prendre l'omnibus de la rive droite (dix heures et demie), ou les bateaux. Rendez-vous général est fixé aux cascades du parc Saint-Cloud, à onze heures trois quarts.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude des kystes hydatiques comprimant la moelle épinière, par le docteur P.-E.-Désiré Bellemontre. — In-8° de 66 pages et 2 planches. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

De la valeur de la cautérisation appliquée au traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales, par le docteur Chamoin. — In-8°. Prix: 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Woillez a imaginé, pour pratiquer la respiration artificielle, un appareil très-ingénieux, qui rappelle un peu la ventouse Junod par sa construction et par son principe.

C'est, en effet, par une rupture d'équilibre entre la pression extérieure et la pression intérieure que M. Junod fait affluer le sang dans un membre, que M. Woillez fait affluer l'air dans les poumons.

Le corps est placé tout entier, jusqu'au cou, dans l'appareil de M. Woillez; et il y subit sur toute sa superficie de brusques modifications dans la tension atmosphérique; tandis que cette tension reste toujours la même dans les voies aériennes. Il en résulte une poussée excentrique très-énergique sur la surface pulmonaire lorsqu'on produit ainsi un vide relatif autour du corps.

Les poumons se dilatent et ils s'emplissent d'air d'une façon toute mécanique. Ils se vident ensuite de la même façon, lorsque les conditions nouvelles d'équilibre sont renversées.

Il était à peine besoin d'expérimenter sur le cadavre pour démontrer qu'on obtiendrait ces résultats, au point de vue de la circulation de l'air dans les tuyaux bronchiques.

Mais sur le vivant, la question est plus complexe. Est-il certain que chez un asphyxié, en faisant ainsi circuler l'air, on ne causera pas quelque trouble dans une autre circulation, celle du sang? Est-il certain que l'air extérieur ne peut pas pénétrer aussi dans l'estomac par l'œsophage, alors que l'abdomen tend à se dilater comme la poitrine?

Est-il certain qu'on ne produira pas l'anémie cérébrale et la syncope par la succion de cette immense ventouse: succion, il est vrai momentanée; mais faut-il donc un temps bien long pour provoquer une syncope mortelle?

Quelques expériences sur le vivant sont nécessaires pour dissiper ces doutes, et pour prouver absolument l'innocuité du nouvel appareil.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL NECKER. — M. HARDY.

Bronchite capillaire avec congestion pulmonaire et méningite.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

J'ai à vous parler aujourd'hui d'un malade qui a succombé avant-hier, et qui a présenté dans le cours de sa maladie des phénomènes excessivement importants. Le diagnostic chez lui a été, en effet, tellement difficile à établir, qu'un peu de doute était resté dans notre esprit et que nous attendions, dans l'autopsie, l'infirmation ou la confirmation de celui que nous avions posé.

Voici le fait. Le 26 avril, un jeune homme de dix-neuf ans, garçon de salle dans un collége, a été pris subitement d'un frisson très-marqué, puis d'une douleur vive dans le côté droit de la poitrine. A ces premiers symptômes est venue s'ajouter de la toux, accompagnée du rejet de crachats jaunâtres. Ces phénomènes ont persisté pendant deux ou trois jours, et le 29, se sentant de plus en plus faible, de plus en plus souffrant, ce garçon se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment, il expulsait des crachats d'un brun jaunâtre, et il accusait une douleur de côté très-marquée. A la percussion, on constatait une très-légère submatité dans le côté droit de la poitrine, dans la direction de l'aisselle, où l'auscultation révélait encore l'existence de quelques râles crépitants. Avec ces signes physiques peu prononcés, il existait un appareil fébrile intense; la température s'élevait au-delà de 40 degrés, et le pouls battait environ 120 pulsations par minute. Un vésicatoire fut appliqué sur le côté.

Quand je vis ce malade, le surlendemain de son entrée à l'hôpital, le 1er mai, je trouvai un garçon assez abattu, offrant un peu de coloration sub-ictérique de la face et des yeux, et présentant sur les lèvres quelques croûtes d'un herpès qui s'était montré deux ou trois jours auparavant. En même temps, la fièvre était très-intense : le thermomètre marquait dans l'aisselle 40°,7, tandis que, de son côté, le pouls s'élevait jusqu'à 124 pulsations. L'expectoration était nulle.

A l'examen de la poitrine, il me fut impossible de trouver aucun signe physique. Il existait bien, à la percussion, une légère différence de sonorité entre les deux côtés, consistant dans un peu de submatité à droite, dans la direction de l'aisselle, mais à l'auscultation on ne percevait pas le moindre râle, pas le moindre bruit indiquant que le poumon fut enflammé. Toutefois, après mon examen, un des élèves du service, aurait entendu quelques râles crépitants à l'inspiration.

Néanmoins, en face de cet appareil fébrile intense, et m'ap-

puyant sur les phénomènes initiaux qu'avait présentés ce malade, le frisson, le point de côté, les crachats jaunâtres qu'il avait expulsés à son entrée à l'hôpital, et les râles crépitants qui avaient été perçus à ce moment de la maladie, je conclus à l'existence probable d'une pneumonie centrale, dont les signes physiques étaient couverts par la respiration normale, se faisant dans une partie du poumon restée saine et entourant le point où siégeait l'inflammation. Je prescrivis alors le traitement que j'indique habituellement, en pareille circonstance, chez un sujet jeune et vigoureux, et je fis pratiquer le jour même deux saignées, l'une le matin de 500 grammes, l'autre le soir d'environ 250 grammes. La première fois le sang coula abondamment et donna une couenne franchement inflammatoire.

Le lendemain 2 mai, l'état du malade n'avait pas notablement changé; la fièvre seulement avait augmenté. Le pouls, en effet, était à 134, la température à 40°,6. A ce moment, les signes physiques du côté de la poitrine étaient toujours nuls; la submatité seule persistait. Mais dans la journée, le malade commença à avoir du délire et présenta, en outre, un phénomène particulier consistant dans des douleurs de tête tellement vives que, de temps en temps, elles le faisaient crier. En un mot, il poussait de ces cris, accompagnés de douleurs de tête, que les auteurs décrivent sous le nom de *cris de douleurs encéphaliques*.

Le 3 mai, les phénomènes cérébraux avaient augmenté d'intensité : le délire était plus complet que la veille, et le malade avait une agitation telle qu'il voulait se jeter hors de son lit. De plus, il présentait des phénomènes convulsifs, des contractures dans les membres et dans la face. Les muscles des lèvres se contractaient de manière à découvrir complétement les dents; les orbiculaires des paupières étaient eux-mêmes le siége de mouvements convulsifs. Il existait, en outre, une inégalité marquée des pupilles; toutes deux étaient dilatées, et la la droite l'était beaucoup plus que celle du côté opposé. Enfin cet homme présentait encore un phénomène qu'il avait offert, du reste, dès le commencement de l'apparition des symptômes cérébraux, la raie méningitique. Mais il faut bien savoir que ce signe n'est pas constant et qu'on peut le rencontrer dans d'autres maladies.

Outre ces divers symptômes, il commençait à se manifester chez ce malade un phénomène qui existait le lendemain à un degré plus marqué encore, à savoir une sensibilité toute particulière de la peau, et surtout des masses musculaires souscutanées. Quand on pinçait les cuisses, par exemple, le malade les retirait aussitôt avec tous les signes d'une douleur vive. Du côté de la poitrine, mêmes signes négatifs, seulement quelques râles et un peu de submatité. Toutefois, d'après M. Renaut, notre chef de clinique, il aurait existé à ce moment un peu de souffle au niveau de la pointe de l'omoplate.

Je fis administrer 5 centigrammes d'extrait d'opium dans une potion, pour calmer le délire, et appliquer deux vésicatoires en plus sur le côté malade.

Le 4 mai, le délire était plus grand encore que la veille. La parole était entrecoupée, incohérente, l'agitation extrême, et les mouvements convulsifs des yeux, de la face, de plus en plus marqués. Avec cela, il existait des phénomènes très-tranchés de taches méningitiques, et surtout une hyperesthésie musculaire extrêmement vive. Ce signe, sur lequel M. Empis a insisté avec raison dans son travail sur la granulie, et qu'on rencontre particulièrement dans la méningite tuberculeuse, existait là à un degré très-tranché. Enfin, du côté de la poitrine, l'absence des signes physiques persistait. Il existait pourtant quelques râles sibilants disséminés dans les deux p[...] mons; et un souffle très-léger, imperceptible, à la pointe [...] scapulum. Ce dernier symptôme, auquel Laënnec a donné [...] nom de souffle voilé et qui accusait bien que le poumon av[...] perdu de sa perméabilité, était loin de ressembler au souf[...] tubaire de la pneumonie franche. Quant à la températur[...] elle était toujours élevée, à 40°,7 environ; le pouls était éga[...] ment très-fréquent, mais il n'offrait ni irrégularités, ni ral[...] tissement.

Ce malade mourut dans la soirée du 4 mai, sans présen[...] d'autres phénomènes que quelques convulsions, que la con[...] nuation du délire, que de l'inégalité dans la respiration, u[...] légère rétraction du ventre et enfin une absence complè[...] d'expectoration, et seulement un peu de toux, en un mot, sa[...] présenter autre chose que la continuation des phénomènes c[...] rébraux qui évoluaient au premier plan.

Il existait donc chez lui deux ordres de phénomènes : les u[...] thoraciques, les autres cérébraux.

Il était évident que la première maladie, dont il était attei[...] était une affection thoracique. Au premier abord, d'après [...] phénomènes relatés, la maladie aurait débuté comme u[...] pneumonie régulière : frisson initial, douleur de côté, cracha[...] visqueux, colorés. Il semblait donc que l'on dût trouver, à l'ex[...] men de la poitrine, les signes ordinaires de l'inflammation d[...] parenchyme pulmonaire, et cependant ils n'ont pas été confi[...] més par l'exploration de la poitrine, qui révéla seulement u[...] peu de submatité et l'existence de quelques râles. Ces signe[...] qui étaient en même temps ceux d'une légère bronchite, no[...] ont fait supposer, ce qui était admissible, l'existence d'u[...] pneumonie centrale. Mais, quoi qu'il en fût, il y avait évidem[...] ment là une affection thoracique.

En même temps, quatre jours après l'entrée de ce malad[...] dans nos salles, se déclarèrent des accidents cérébraux d'abor[...] caractérisés par du délire, puis par les autres phénomènes qu[...] je vous ai signalés. La première idée qui nous vint à l'espri[...] en présence de ces symptômes, c'est que ces accidents céré[...] braux étaient des phénomènes sympathiques, analogues à ceu[...] que l'on voit quelquefois survenir dans le cours de la pneu[...] monie et qui sont caractérisés par du délire, un peu de cépha[...] lalgie, quelquefois par quelques phénomènes convulsifs, et par[...] ticulièrement par des soubresauts des tendons. Mais j'aban[...] donnai bientôt cette opinion. Dans les cas où il s'agit de phé[...] nomènes sympathiques, il y a, en effet, tout au plus quelque[...] phénomènes convulsifs excessivement légers, tandis qu'ici l[...] délire était continuel, violent, avec un agitation telle que l[...] malade se précipitait hors de son lit. Il est surtout accompagn[...] de symptômes très-prononcés du côté des yeux, de la peau e[...] des muscles. De plus, dans le délire de la pneumonie, on n'ob[...] serve ni raie méningitique, ni hyperesthésie musculaire.

Nous étions ainsi amené à admettre qu'il n'y avait pas seule[...] ment chez ce malade un délire fébrile sympathique de la pneumonie, mais bien une véritable méningite dont nous trouvions en effet tous les caractères : délire persistant, occupant la première place dans l'histoire clinique de la maladie, altération des pupilles consistant dans leur dilatation inégale, convulsions des muscles de la face, raie méningitique, hyperestésie musculaire.

Il existait donc, à la fois, une affection thoracique et une méningite. Mais ces deux maladies étaient-elles rattachées l'une à l'autre par un lien commun, ou bien étaient-elles in[...] dépendantes l'une de l'autre? Ce problème était assez difficile à résoudre.

Il y avait là, en effet, des raisons de penser à l'existence de

cette affection particulière désignée sous le nom de granulie. La coïncidence des phénomènes thoraciques et des phénomènes cérébraux, et surtout cette particularité qu'on trouvait dans la poitrine, au lieu d'une pneumonie véritable, les signes d'une pneumonie bâtarde, qu'on désigne ordinairement sous les noms de broncho-pneumonie, de pneumonie catarrhale, et à laquelle les anciens donnaient la dénomination de *pneumonia ignota*, autorisait parfaitement à croire qu'il existait dans le poumon, au lieu de l'altération de texture propre à la pneumonie franchement inflammatoire, cet état particulier de congestion qui se traduit à la coupe de l'organe par une surface planiforme, attestant que la désorganisation n'est pas poussée à un degré aussi avancé que dans l'inflammation franche.

Dans ces cas encore, il existe une obscurité très-grande des signes physiques, et il n'est pas rare de voir disparaître le lendemain le souffle voilé ou les râles qu'on avait entendus la veille. MM. Hérard et Cornil, M. Empis, ont insisté sur ces caractères particuliers de la granulie à la fois pulmonaire et cérébrale. Tel était le cas de notre malade. Il était évidemment atteint d'une pneumonie bâtarde, d'une bronchite capillaire avec congestion pulmonaire, d'une broncho-pneumonie.

En face de cette espèce bâtarde d'inflammation pulmonaire, voyant se développer une méningite, nous avons rapproché ces deux affections, et nous avons pensé qu'il s'était développé dans les méninges et dans le poumon des granulations, sous l'influence desquelles il était survenue dans celui-ci un bronchite capillaire et dans celle-là une méningite. La chose cependant n'était pas certaine, et il me parut bon d'apporter quelque réserve dans ce diagnostic. Nous admettions bien la broncho-pneumonie, mais les preuves nous manquaient pour établir suffisamment l'existence de la méningite tuberculeuse.

En effet, ce malade n'a pas eu de ces vomissements qui marquent presque toujours le début de cette affection. De plus, il manquait encore chez lui un phénomène qui fait rarement défaut dans la méningite tuberculeuse, à savoir l'état de somnolence, la cessation de l'agitation, l'altération du pouls consistant dans l'inégalité et le ralentissement des pulsations, qui caractérisent la seconde période de l'inflammation des méninges. De plus, la marche de la maladie chez cet homme, a été bien rapide. Ordinairement, dans la méningite tuberculeuse, la maladie a une durée plus longue; elle se prolonge pendant quinze jours, trois semaines, quelquefois même un peu au delà, avant de se terminer par la mort. Il y avait donc certains phénomènes qui nous manquaient et tout en reconnaissant l'existence d'une méningite, nous devions faire certaines réserves sur la nature granuleuse de cette affection.

Bronchite capillaire avec congestion pulmonaire et méningite, tel était donc notre diagnostic.

L'autopsie a montré que nous ne nous étions pas trompé. On constate en effet une solidification du poumon droit, lequel présente à la coupe une surface tout à fait planiforme, et non parsemée de granulations, comme cela s'observe dans la pneumonie fibrineuse. De plus, les bronches sont dilatées; et on en fait sortir par la pression un liquide puriforme, qui atteste que les conduits aériens sont affectés. Enfin, le tissu pulmonaire est augmenté de densité : plongé dans l'eau, il ne surnage plus et se laisse difficilement déchirer. En un mot, il y a là une congestion des petits vaisseaux qui a déterminé la solidification du poumon et amené la compression des bronches, en empêchant leurs radicules de se développer par l'air, et changé la surface spongieuse en une masse solide et impropre à l'hématose.

Enfin, la preuve que nous avons affaire ici à une maladie inflammatoire du poumon, est fournie par l'existence d'une pseudo-membrane attestant l'existence d'une pleurésie, au lobe inférieur du poumon. Mais dans cette pneumonie bâtarde, l'inflammation de la plèvre ne se rencontre qu'à l'état rudimentaire, tandis que s'il se fût agi d'une pneumonie franche, nous aurions trouvé des pseudo-membranes assez étendues.

Quant aux granulations tuberculeuses, il n'en existe pas trace.

L'examen du cerveau a, également, pleinement justifié le diagnostic de méningite. En effet, on ne trouve pas là cet exsudat qu'on rencontre dans la méningite tuberculeuse, mais seulement des adhérences des méninges avec le cerveau, adhérences telles que, si on tente de les détacher, on enlève avec elles une partie de la substance cérébrale, et qui présente particulièrement, à la partie supérieure du cerveau, un aspect granuleux, irrégulier, qui résulte de l'enlèvement de la partie supérieure de la substance corticale. Avec cela il existe une coloration rosée de cette substance.

Voilà donc une méningite, non pas de la base, mais des parties supérieures bien évidente, simple, caractérisée principalement par l'altération des membranes et de la substance corticale sous-jacente à ces couches. Cette localisation de l'inflammation à la partie supérieure du cerveau explique l'agitation que nous avons observée chez ce malade, les convulsions de la face, des orbiculaires des lèvres et des paupières qu'il a présentées. Nous avions donc raison de mettre en doute, quoique la considérant comme possible, l'existence d'une méningite tuberculeuse, d'une granulie.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

DEUXIÈME LEÇON

I

J'ai essayé de vous montrer, dans ma précédente leçon, que l'opération de Brasdor repose sur un principe pathologique très-juste, à savoir, que nous avons un nombre suffisant de préparations pour montrer que la formation d'un caillot dans le bout périphérique de l'artère, à sa sortie du sac anévrysmal, est naturellement, je ne dis pas nécessairement, suivie de l'oblitération de la partie du sac distendue par l'ondée sanguine qui parcourait, précédemment, l'artère obturée depuis; que cette oblitération, même quand elle n'amène pas la solidification de la tumeur entière, peut suffire à faire disparaître les symptômes de l'affection; et que le même résultat suivrait naturellement, ici encore je ne dis pas nécessairement, la ligature périphérique du même vaisseau. Ce point établi, on peut dire qu'il y a des anévrysmes de l'innominée, qui peuvent être complétement guéris par l'opération de Brasdor.

L'état d'une artère immédiatement après la ligature varie beaucoup. Dans quelques cas, une artère qui, comme la carotide, parcourt un long trajet sans fournir de branches se remplira de caillots d'un bout à l'autre, (comme dans le cas du docteur Wright); d'autres fois il ne s'y formera pas le moindre caillot, comme dans le cas de sir W. Fergusson. Il peut en être de même à une période plus avancée. Quelquefois l'oblitération n'a lieu que dans une petite portion, après que l'artère s'est divisée; d'autres fois l'artère est entièrement transformée

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juin.

en un cordon solide entre les grosses branches les plus voisines. Cela doit influer sur l'oblitération qui se produit dans la tumeur, à la suite de la ligature du côté des capillaires. Si le sang montre assez peu de tendance à se coaguler, pour qu'après la ligature de la carotide il ne se forme aucun caillot dans cette artère, il est probable que dans le sac la coagulation sera lente ou imparfaite.

Au contraire, lorsque l'artère est complétement remplie de caillots, le sang contenu dans le sac montrera de son côté une grande tendance à se coaguler. Ce caillot sera d'abord un caillot sanguin ordinaire qui plus tard se stratifiera, comme il arrive dans l'opération ordinaire.

Il semble difficile d'espérer une consolidation complète du sac, à la suite de l'oblitération périphérique des artères, quand la tumeur est en partie aortique. Il y a, à ce sujet, une intéressante observation, communiquée à la Société pathologique (*Trans*, vol. XX, p. 118) par le docteur Douglas Powell. Un anévrysme, naissant de la crosse de l'aorte qu'il englobait depuis l'origine de l'innominée jusqu'à la naissance de la carotide gauche, englobait également le tronc de l'innominée dans toute sa longueur, et il a dû être impossible pendant la vie, autant qu'on en peut juger par la description, de diagnostiquer cet anévrysme d'un anévrysme qui n'aurait affecté que l'innominée. Après la mort, on constata que la carotide s'était transformée d'un bout à l'autre en un cordon solide. La sous-clavière droite était également oblitérée à son origine, mais cet état, comme me l'a dit le docteur Powell, doit s'être produit très-peu de temps avant la mort, puisque les pulsations de la radiale, qu'on n'avait pas pu sentir pendant la durée d'un épanchement pleurétique considérable, reparurent après la ponction et furent perçues jusqu'à peu de jours avant la mort. Ici, cependant, la circulation était entretenue dans le sac par le courant qui traversait les orifices aortiques et celui de la carotide gauche, aussi ne trouva-t-on qu'un mince caillot stratifié à sa partie supérieure. La formation de ce caillot était probablement due à la coagulation du sang dans la carotide. L'analogie des préparations d'anévrysmes de l'innominée dont il a été parlé, m'autorise à dire aussi, je pense, que, dans les anévrysmes de l'aorte, l'oblitération d'une artère telle que la carotide droite ou gauche, émergeant directement du sac, sera suivie de la consolidation de la partie du sac distendue par le courant sanguin qui alimentait le vaisseau oblitéré.

Dans le volume IX p. 83 de ces *Transactions*, M. Mayo rapporte un cas très-intéressant. On trouva un anévrysme de la crosse de l'aorte qui était dans un état de consolidation très-avancée, par suite de l'immobilisation d'un caillot dans le tronc principal. La lumière de l'aorte était complétement obturée par ce caillot, au point qu'elle était même imperméable à l'air. Le caillot s'était logé au siége ordinaire des malformations congénitales; mais bien qu'adhérent, le caillot pouvait encore être détaché de la paroi de l'artère, montrant par là que l'oblitération n'était pas due à cette cause. L'anévrysme était situé au-dessous des trois grosses branches et l'état de dilatation de ces artères semblait être le début de l'établissement de la circulation collatérale. La mort fut causée par la gêne de la respiration résultant de la compression du poumon et de la trachée. Les intempéries de l'air auxquelles le malade fut exposé et des habitudes d'ivrognerie semblent avoir contribué à rendre cette compression fatale. Si les habitudes du malade eussent été différentes, M. Mayo croit, avec raison, que l'anévrysme, qui était rempli par un caillot résistant, eut pu être guéri spontanément et définitivement.

Il y a, dans les recueils, beaucoup d'exemples montrant les graves symptômes qui résultent de l'arrêt d'un caillot da[ns] le bout inférieur, en cas d'anévrysme; et, montrant égalemen[t] avec quelle rapidité et dans quelle étendue, peut se faire la co[a]gulation dans la tumeur anévrysmale. Comme exemple, j'a[p]pellerai votre attention sur une préparation et un dessin d[u] Collége des chirurgiens d'Irlande, provenant d'un malade d[u] docteur Stannus Hughes. Je regrette que le temps ne me pe[r]mette pas de vous lire tout au long les notes fort intéressant[es] que M. Hughes m'a envoyées sur ce cas, mais j'espère qu'ell[es] seront publiées au complet ailleurs. Il suffira de vous dire q[ue] le malade était un gentleman ayant dépassé l'âge moyen, so[us] l'influence de la diathèse goutteuse, et qui, depuis longtemp[s] avait une tumeur pulsatile. Il était difficile de dire si el[le] tirait son origine de l'aorte ou de ses grosses branches. [Le] traitement avait grandement amélioré son état, et, un jour apr[ès] déjeuner, il était sur le point de sortir pour faire une cour[se] en voiture, venant justement de dire qu'il se sentait mieux [et] plus dispos qu'il n'avait été depuis bien longtemps, quan[d] tout-à-coup il poussa un grand cri, et s'écria qu'il éprouv[ait] une vive douleur dans la poitrine; il se sentit si froid qu'il d[e]manda à être déposé par terre devant le feu. Le docteur H[u]ghes arriva à ce moment, et trouva le malade en proie à [de] vives souffrances et indiquant le sternum comme en étant [le] siége. Au bout de quelques minutes, la douleur disparut m[ais] pour faire place à d'effrayantes convulsions, au milieu d[es]quelles il mourut en quelques secondes. L'aorte dilatée et [le] ventricule gauche étaient remplis de caillots récents. Les v[al]vules étaient saines.

On ne peut hésiter à attribuer ces terribles symptômes à [la] coagulation soudaine du sang dans la dilatation artérielle, et [la] douleur intense au tiraillement des parois et à la résistan[ce] opposée à l'impulsion du cœur. Beaucoup d'autres exempl[es] que je pourrais vous citer, si j'en avais le temps, montrent [les] symptômes aigus produits par l'oblitération d'un gros vaiss[eau] par un caillot, et la production rapide de nouveaux caillots [qui] en résulte.

Il y a donc des preuves pathologiques suffisantes pour m[on]trer qu'un anévrysme de l'innominée peut être oblitéré [par] l'obstruction de ses deux orifices périphériques, et pour pr[ou]ver, d'une manière générale, que l'obstruction d'une artère d[ans] un point voisin de son émergence du sac, sera très-probab[le]ment suivie par le dépôt de couches stratifiées dans la port[ion] du sac qui est en rapport avec l'artère oblitérée, et qu'en c[on]séquence l'accroissement de la tumeur dans cette direct[ion] sera empêché. Il faut toujours avoir présent à l'esprit que [ce] n'est pas ordinairement l'existence d'un anévrysme, quel qu'[en] soit le volume, qui est dangereux pour la vie, mais b[ien] l'accroissement d'un anévrysme, si petit soit-il, dans une [di]rection déterminée. En arrêtant l'accroissement d'un pe[tit] anévrysme de l'innominée du côté de la trachée, ou d'[un] petit anévrysme de l'aorte du côté du nerf récurrent-[la]ryngé, on préserverait le malade d'un danger considéra[ble] ce qui compenserait, et au delà, le risque qu'on lui fait cou[rir] en liant la carotide primitive ou la sous-clavière. [En] outre, doubler une portion d'un sac anévrysmal, dans [le] point où il s'accroit et où il menace de se rompre ou de com[primer] des organes importants, est assurément un avant[age] qu'il est raisonnable de rechercher à l'aide d'une opératio[n] même quand cette opération entraîne des dangers et qu'[une] partie du sac demeure non-consolidée.

En combattant la proposition de M. Wardrop, d'en reve[nir] à la ligature périphérique, M. Guthrie a essayé de montrer, [par] des préparations conservées dans notre musée, que l'oblité[ration]

tion périphérique d'une artère est impuissante à guérir un anévrysme. Je ne crois pas pouvoir passer un argument si important, bien que les données sur lesquelles il repose ne soient pas très-nombreuses. Il faut remarquer que, même en émettant cet argument, M. Guthrie est obligé d'admettre que cet arrêt d'un caillot dans le bout périphérique de l'artère est un effort de la nature pour amener la guérison, c'est-à-dire que la maladie est, par là, guérie en partie, mais il ne croyait pas qu'elle put l'être complétement.

En parlant de la guérison spontanée des anévrysmes, M. Guthrie s'exprime ainsi : « On a observé deux modes naturels favorisant la guérison des anévrysmes par coagulation. Le premier est l'élargissement des branches collatérales, poussé au point de leur permettre de maintenir la circulation, si le tronc principal est devenu imperméable. Le second est l'effort tenté par la nature pour clore les orifices les plus inférieurs par rapport à l'anévrysme, ou ceux qui sont les plus éloignés du cœur, — effort qui, jusqu'ici, a rarement été considéré comme naturel, mais qui n'en est pas moins fréquemment tenté et souvent avec succès. »

Dans un autre passage, il dit : « La collection huntérienne fournit plusieurs exemples d'anévrysmes dans lesquels tous les orifices, sauf le supérieur, se sont obturés pendant la vie ; et je pense qu'ils sont en nombre suffisant pour prouver que, dans les anévrysmes des extrémités, la nature a recours à ce moyen pour faciliter le travail curatif ; et bien qu'elle puisse y réussir, il faut quelque chose de plus pour achever la guérison par l'oblitération complète de la tumeur. Ces préparations montrent également que, quand le bout inférieur de l'artère s'est oblitéré, l'anévrysme n'a pas cessé de s'accroître. C'est un pas qui, une fois fait, favorise la coagulation du sang ; et si un fragment de caillot est séparé par une violence accidentelle ou autre imprudence commise par le patient (remarquable allusion à la proposition de sir W. Fergusson de malaxer la tumeur), ou encore par un état de syncope ou tout autre moyen, la coagulation de tout le sang contenu dans la tumeur peut avoir lieu en très-peu de temps. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Bourguet (d'Ain), intitulé : *Études cliniques sur la réduction en masse et les hernies à sac intérieur ;*

2° Un mémoire intitulé : *Recherches sur l'assimilation du carbone par les plantes*, par MM. Marchand, lieutenant colonel du génie, et Commaille, docteur ès sciences, pharmacien en chef de l'hôpital de Marseille. (Commissaires : MM. Legouest, Mialhe et Caventou);

3° Une *Étude sur le café*, par M. A. Commaille. (Commissaires : MM. Legouest, Personne, Poggiale);

4° Un travail intitulé : *Une blessure de l'estomac guérie au moyen d'une opération d'anaplastie*, par M. le docteur Sébastien Connizzard (de Catane) ;

5° Une lettre de M. le docteur Vidrène, qui sollicite le titre de membre correspondant ;

6° Une lettre de M. le docteur Maurice Raynaud, qui se porte comme candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale ;

7° Une lettre de M. Gustave Heuzé, inspecteur général de l'agriculture, qui informe l'Académie que la cérémonie de l'inauguration du monument élevé en l'honneur de Terrier, à Augerville, aura lieu dimanche 2 juillet.

M. Charcot fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur F. de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, médecin consultant aux eaux de Néris, du second fascicule d'un ouvrage intitulé : *Clinique thermo-minérale de Néris.*

Ce fascicule est consacré à l'étude *de l'action immédiate des eaux de Néris dans le traitement des maladies du système nerveux.* L'auteur montre, par la relation de faits cliniques nombreux, les modifications survenues dans les différents symptômes des maladies, et dans l'état général des malades au moment où ceux-ci quittent la station thermale. Ce n'est là qu'une première phase de l'action des eaux ; dans la suite de son ouvrage, M. de Ranse étudiera leurs effets consécutifs ou éloignés.

M. Charcot recommande plus particulièrement à l'attention de l'Académie le chapitre relatif à l'ataxie locomotrice. Il résulte des faits publiés par M. de Ranse, que les eaux de Néris ont une action des plus efficaces pour calmer les douleurs fulgurantes, à quelque période d'ailleurs que soit arrivée la maladie.

M. de Ranse a résumé dans la proposition suivante, la donnée générale qui se dégage de son travail :

« L'action immédiate des eaux de Néris, dans le traitement des maladies du système nerveux, qu'il s'agisse de troubles de la sensibilité ou de la motilité, se manifeste surtout dans les cas où il y a plutôt une excitation anormale qu'une diminution de l'activité fonctionnelle.

« Cette action est sédative par rapport à l'action nerveuse et, secondairement, tonique par rapport à l'état général de l'organisme. Elle est des plus promptes et des plus marquées dans les névroses douloureuses (névralgies périphériques ou viscérales, angine de poitrine), dans les convulsions cloniques de l'hystérie, la chorée, l'ataxie locomotrice, etc. ; elle est moins prononcée, sans cesser toutefois de se manifester, dans les anesthésies, les paralysies, le tremblement sénile, la paralysie agitante, la contracture permanente liée à une sclérose latérale de la moelle, etc. »

LECTURE

M. Armaingaud (de Bordeaux) lit un travail sur une observation intitulée : *Névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique, avec accès régulièrement intermittents, biquotidiens, sommeil d'une durée toujours égale, avec anesthésie complète, à l'exception d'un seul point du corps. — Congestion locale intermittente quotidienne des conjonctives. — Asphyxie locale des extrémités également intermittente. — Chromidrose des paupières. — Guérison par les courants intermittents appliqués sur le point douloureux vertébral.*

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Il existe une forme particulière d'hystérie intermittente, dans laquelle les convulsions toniques des muscles de la vie de relation sont remplacées par des spasmes vasculaires et dans laquelle les troubles vaso-moteurs, qui se rencontrent à titre de phénomènes secondaires dans la forme ordinaire, deviennent prédominants et constituent toute la maladie.

« 2° Les accès de sommeil intermittent présentés par ma malade, la congestion locale des yeux et l'asphyxie locale des extrémités également intermittentes, doivent être rattachés à un trouble de l'appareil vaso-moteur et constituent un exemple de cette forme spéciale de l'hystérie, que l'on peut désigner sous le nom de *forme vaso-motrice intermittente de l'hystérie.*

« 3° Cette malade doit sa guérison à l'emploi des courants induits, alors que les autres traitements avaient échoué, y compris le sulfate de quinine à hautes doses, tout naturellement indiqué en présence de cette périodicité si régulière.

« 4° Dans toutes les formes de névrose où les troubles morbides pourront être rattachés à une perturbation vaso-motrice, telles que les différentes formes du sommeil pathologique (coma, léthargie, etc.), dans l'extase et même dans les cas de double conscience, de dédoublement de la personne, il y aura lieu d'essayer l'emploi des courants électriques.

« 5° La recherche d'un point douloureux sur les apophyses épineuses des vertèbres, provoqué par la pression, est d'une utilité

d'autant plus évidente dans tous les cas de névroses, de quelque nature qu'elles soient, qu'elle fournit une indication thérapeutique dont l'importance pratique est démontrée par le fait qui forme le sujet de ce travail.

« 6° La *chromidrose*, survenue comme épisode final de la maladie, confirme ce qui a été dit déjà sur la nature névropathique de cette singulière anomalie de la sécrétion sudorale. »

COMMUNICATION

M. WOILLEZ lit un mémoire sur *le spirophore, appareil de sauvetage, pour le traitement de l'asphyxie et principalement de celle des noyés et des nouveau-nés.*

Cet appareil, récemment inventé par lui, se compose d'un cylindre en tôle fermé d'un côté, ouvert de l'autre, et assez grand pour recevoir le corps de l'asphyxié, qu'on y glisse jusqu'à la tête, qui reste libre au dehors. Un diaphragme clôt ensuite cette ouverture autour du cou. Un soufflet d'une capacité de plus de vingt litres d'air, situé en dehors de cette caisse, mais communiquant avec elle par un gros tube, est mis en mouvement par un levier dont l'abaissement diminue la tension de l'air confiné autour du corps : le relèvement du levier refoule dans la caisse l'air qui vient d'y être soustrait.

Une glace translucide, placée en avant de cette caisse, permet de voir la poitrine et l'abdomen du patient. Au dessus, une tige mobile, glissant dans un tube clos, est destinée à reposer perpendiculairement sur le sternum, pendant les expériences.

M. Woillez a fait avec cet appareil une expérience sur lui-même, et plusieurs autres sur le cadavre. Chaque fois que l'on a abaissé vivement le levier du soufflet, on a produit une inspiration forcée et profonde, avec dilatation de la poitrine, abaissement du diaphragme et soulèvement de l'épigastre : tout revient en place quand le levier est relevé. La quantité d'air qui pénétrait dans la poitrine, à chaque inspiration, se montait dans une expérience à plus d'un litre et dans une autre à cinq huitièmes de litre. On peut répéter les mouvements d'inspiration puis d'expiration, aussi souvent que dans la respiration normale, c'est-à-dire environ dix-huit fois par minute, ce qui permettrait de faire circuler dans les poumons, en dix minutes, de cent à cent quatre-vingts litres d'air.

Il est facile, dit M. Woillez, de concevoir combien l'emploi du spirophore peut présenter d'avantages pour le traitement des asphyxies, principalement de l'asphyxie des noyés et des enfants nouveau-nés, pour lesquels a été construit un petit appareil spécial et portatif. Toutes les asphyxies par un air insuffisant ou vicié, les asphyxies qui résultent de la paralysie ou de l'atrophie des muscles respirateurs, de certains empoisonnements, des affections dyspnéiques, dans l'asphyxie par les mucosités bronchiques, dans l'inertie respiratoire, quelquefois mortelle, due aux inhalations du chloroforme, et enfin dans certains cas de mort apparente ou réelle, le spirophore opérera une respiration artificielle complète, qui pourra être efficace.

L'emploi du spirophore est d'ailleurs sans danger, car quelle que soit la force employée pour abaisser le levier du soufflet aspirateur, il ne se produit jamais, ainsi que le démontre l'examen des poumons après les expériences, la moindre déchirure pulmonaire, cela s'explique par cette condition physique excellente, que jamais la force de pénétration de l'air dans les poumons, n'est supérieure, ici, comme sur le vivant, à celle de la pesanteur athmosphérique, qui agit seule.

DISCUSSION

M. CHAUFFARD regrette que M. Woillez n'ait fait jusqu'ici ses expériences que sur des cadavres. Pour savoir jusqu'à quel point son appareil était préférable à ce qu'on possède contre l'asphyxie des noyés, par exemple, il eut été bon de l'expérimenter sur quelques animaux, tels que des chiens, qu'on aurait noyés préalablement dans ce but.

M. WOILLEZ. Les chiens noyés sont rappelés très-difficilement à la vie. Au bout de cinq minutes, tous les efforts sont vains, quel que soit le moyen qu'on emploie.

M. DEVERGIE. Il serait facile d'expérimenter sur des hommes, en distribuant quelques appareils de ce genre dans les postes de sauvetage disséminés sur les bords de la Seine, et où l'on rapporte journellement quelques noyés, surtout en cette saison.

M. WOILLEZ. Il n'y avait encore de faits que deux appareils, et c'est pourquoi on n'en pas prêté aux postes de sauvetage.

M. DEPAUL. Je ne sais point ce que vaudra le nouvel appareil contre l'asphyxie des nouveau-nés; mais ce que j'affirme c'est que déjà, en dehors de lui, nous possédons les moyens les plus efficaces pour ramener à la vie les enfants dont l'asphyxie ne tenait pas à une altération organique des poumons, du cœur ou des centres nerveux incompatible avec la vie.

M. WOILLEZ ceci est une appréciation.

M. DEPAUL c'est une certitude, basée sur un très-grand nombre d'autopsies, toutes les fois que je n'ai pas pu par le moyen de la respiration artificielle ordinaire, par l'insufflation de bouche à bouche, ranimer un enfant, j'ai toujours constaté à l'autopsie qu'il existait soit quelque hémorrhagie en nappe dans le cerveau, soit quelque lésion très-profonde, du cœur ou des poumons. Mais quand les organes étaient sains, cette pratique de l'insufflation de bouche à bouche, parfaitement innocente pour l'enfant, car jamais il n'en peut résulter aucune déchirure des poumons, je m'en suis assuré cent fois à l'autopsie, cette insufflation, dis-je, réussit constamment, et elle m'a permis quelquefois de réaliser de vrais miracles. Je pourrais en citer plus de cinquante exemples : en voici un.

Il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, habitant rue Jacob, je fus appelé la nuit en toute hâte chez une dame, qui demeurait tout près de chez moi, et qui venait d'accoucher. Son médecin croyait qu'elle était dans un état grave et il m'avait fait demander en consultation. Je me levai, m'habillai à la hâte; mais, malgré toute ma précipitation, je constatai, en sortant de chez moi, qu'il s'était écoulé déjà vingt minutes depuis le moment où l'on était venu me réveiller.

En arrivant, je trouvai que la dame, que le médecin croyait en danger imminent, allait au contraire assez bien. Elle avait eu quelques frissons, comme en ont très-souvent les nouvelles accouchées, et mon jeune confrère avait pris peur à tort.

Je le rassurai sur la mère, et, en m'en allant, je demandai comment allait l'enfant. On me répondit qu'il était mort sans avoir respiré, et pour me le montrer on le retira d'un drap, dans lequel on l'avait enveloppé, avant de le jetter sous une table. J'étais alors dans tout le zèle de mes recherches sur la respiration artificielle chez les nouveau-nés. Je tirai donc de ma poche un tube laryngien et me mis en devoir d'insuffler le petit asphyxié. Il se passa deux heures entières avant qu'il ne se ranimât. Aujourd'hui il est auditeur à la Cour des comptes.

M. LE PRÉSIDENT. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

L'Académie se forme en comité secret, à quatre heures et quart, pour continuer la discussion sur le rapport de M. Broca (prix Vulfranc Gerdy),

---

VARIÉTÉS

Leçons sur le traitement chirurgical des hernies abdominales, libres et étranglées et plus spécialement sur la herniotomie.

Par C. BURCI, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Pise et à l'Institut des études supérieures de Florence. (Ouvrage posthume).

Ce travail renfermant vingt-deux leçons est surtout didactique, il ne renferme que très-peu d'idées nouvelles, soit sur les questions doctrinales, soit sur les pratiques cirurgicales actuellement en usage.

L'auteur a soin, du reste, de nous prévenir dans sa préface de la direction qu'il s'est efforcé de donner à son travail. Ces leçons ont principalement pour sujet le côté thérapeutique, et non le côté pathologique des hernies, et, à cause de cela, je ne toucherai qu'incidemment à l'étiologie, au diagnostic et au pronostic des hernies ; je ne propose point de faire des innovations, mais de donner aux ama-

teurs de la grande chirurgie, une bonne direction lorsqu'ils voudront apprendre le traitement des hernies abdominales.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses diverses leçons, qui pourtant renferment çà et là des observations intéressantes et un historique très-consciencieux. Ses conclusions prouvent qu'il s'est tenu rigoureusement à son programme et qu'il a tenu à grand honneur de ne rien innover.

Les voici textuellement :

1° De tous les moyens chirurgicaux proposés pour la cure des hernies, les bandages sont les seuls acceptables.

2° Dans le cas où une petite hernie présente des phénomènes d'étranglement, et lorsque plusieurs tentatives de taxis sont restées infructueuses, il faut recourir de bonne heure à la herniotomie.

3° Bien que dans certains cas on puisse la pratiquer sans ouvrir le sac, il est toujours préférable de l'inciser afin de bien se rendre compte de l'état des viscères étranglés.

4° Quand même l'état du malade est très-mauvais et paraît désespéré, il faut encore faire la herniotomie qui réussit parfois contre toute attente. L'opération est peu grave par elle-même, et ne devient que par suite des circonstances qui accompagnent l'étranglement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

66. Goudemant. Considérations sur l'étude des causes générales des déformations.
67. Bousquet. Étude sur les abcès développés dans le sinus maxillaire.
68. Contamin. Étude sur les hémorrhagies qui surviennent pendant les suites de couches.
69. Yhitz. Séméiologie, physiologie et traitement de la toux dans la phthisie.
70. Douart. De la chorée rhumatismale.
71. Hirne. De la fluxion ou congestion pulmonaire simple.
72. Cassas. Essai sur l'endocardite scarlatineuse.
73. Merlin Lemas. De la réduction des luxations récentes de l'épaule.
74. Viple. Note sur un cas de fistule biliaire externe.
75. Vieuille. Du pneumothorax et de la possibilité du pneumothorax sans suppuration de la plèvre.
76. Fioupe. Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines.
77. Revouy. Des relations de l'érysipèle avec les affections rénales.
78. Gouin. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des rétroflexions utérines.
79. Gouilloux. De l'emploi du plâtre dans les appareils inamovibles.
80. Salinier. Étude sur les causes et symptômes de l'asphyxie provoquée par les douleurs du cou.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le *Times* annonce, d'après une dépêche de Calcutta, en date du 18 juin, que le choléra vient d'éclater dans différentes parties de l'Inde. Au village de Golwood, une population de 200 habitants aurait été détruite en trois jours.

— *Excursion scientifique.* — M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique le dimanche 25 juin 1876, à Liancourt, le Vivray et Chaumont en Vexin.

Rendez-vous à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra, à six heures trente minutes du matin, le train pour la station de Liancourt-Saint-Pierre.

— La Société de secours des amis des sciences, fondée par Thénard, a tenu sa dix-septième séance publique annuelle le jeudi 8 juin, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Bertrand de l'Institut.

Après la lecture du compte rendu de la gestion du conseil d'administration, faite par M. Pasteur, de l'Institut, l'un des sécrétaires, M. Delaray, maître des conférences à l'École normale supérieure, a fait l'éloge de M. Balard, de l'Institut.

M. Paul Bert, professeur à la Faculté des sciences, a fait une conférence sur l'influence des changements considérables de la pression de l'air sur les êtres vivants.

La Société a déjà voté, pour l'exercice 1876, plus de trois mille cinq cents francs de secours; elle sollicite avec instance de nouveaux adhérents, afin de pouvoir répondre à de nombreuses demandes de secours, qui lui ont été adressées, et qu'elle aurait la douleur de ne pas pouvoir accueillir si de nouvelles ressources n'étaient pas mises à sa disposition.

La souscription est de dix francs; la Société reçoit aussi des dons.

Son bureau, rue de Seine 34, est ouvert le matin de 8 à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la médication marine, ses indications, ses contre-indications, ses avantages dans le traitement de la glycosurie, par le docteur HÉDOUIN, membre titulaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — 1 vol. in 18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1876, P. Asselin.

Chirurgie antiseptique. Principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister, par le docteur Justin LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien des hôpitaux. — In-8° de 156 pages avec figures. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Coup d'œil sur les indications, les contre-indications et l'usage des eaux minérales de Contrexéville (Vosges), par le docteur TAMIN-DESPALLES. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la douleur et de la fièvre dans la pleurésie.

Au point de vue du praticien, c'est bien peu de chose que de poser ce diagnostic préparatoire et superficiel qui consiste à dire, par exemple, *ceci est une pleurésie*. En effet, il est des pleurésies de bien des espèces : les unes, à marche bénigne, aboutissant normalement à la guérison, quoi qu'on fasse, et surtout quand on ne fait rien ; d'autres, au contraire, à évolution presque fatale, qu'on doit s'attendre à ne pas guérir par la plus active intervention ; enfin, entre ces deux extrêmes, des pleurésies dont le pronostic est incertain dans le début. Ce ne sont pas là seulement des degrés divers d'une maladie : ce sont des maladies essentiellement diverses par leur nature. Telle est du moins la conviction de M. le professeur Lasègue, dont l'attention s'est depuis longtemps fixée d'une façon toute spéciale sur l'étude des pleurésies; et il pense que certains signes, se rattachant à certaines espèces, permettront de les reconnaître, à première vue, d'avec les autres.

Ainsi, par les seuls caractères de la douleur, il serait possible de discerner, dès le début, un genre très-grave, se rattachant probablement à une altération organique de la plèvre et dont la mort a toujours été la conséquence dans les cas où ces caractères ont été notés.

La douleur serait alors *en plaques*, pour ainsi dire : elle occuperait sur un des côtés de la poitrine, en avant, une étendue notable, égale au moins à celle de la paume de la main, quelquefois double. Elle différerait ainsi, déjà par son siége, de la douleur que l'on rencontre dans les pleurésies ordinaires vers la partie antérieure d'un ou plusieurs nerfs intercostaux, et qui est nettement limitée dans les espaces traversés par ces nerfs. En outre, la douleur de ces pleurésies graves n'aurait pas la marche de celle des pleurésies communes. Dans celles-ci, la douleur paraît au début avec le frisson ou avec la fièvre; elle s'accroît de plus en plus pendant quelques heures; en général, elle met une demi-journée à atteindre son paroxysme; puis elle reste stationnaire; et enfin s'apaise, le plus souvent du deuxième au sixième jour.

Autre est l'allure de la douleur en plaques. Beaucoup moins vive à son origine, elle peut subsister, sans grand changement, pendant des semaines et même des mois. Elle ne s'accompagne pas de fièvre. Il n'est pas rare de la voir confondre avec un rhumatisme des parois thoraciques, avec une douleur intercostale purement névralgique. En effet on trouve d'abord fort peu de chose, soit à la percussion, soit à l'auscultation : à peine un peu de submatité, un peu d'obscurité des bruits respiratoires. La dyspnée n'a rien d'excessif, tant que la maladie reste dans cette période, préliminaire pour ainsi dire.

Mais un beau jour la scène change : la dyspnée augmente, la douleur aussi, et l'emploi des moyens physiques d'exploration révèle l'existence d'un épanchement, qui va croissant de jour en jour. Si on est amené alors à pratiquer la thoracentèse, on ne donne pas seulement issue à un liquide séreux ou séro-fibrineux : M. Lasègue a toujours trouvé, en pareil cas, du sang, mélangé, en quantité plus ou moins grande, avec la sérosité, ou formant une couche distincte au-dessous d'elle.

Après les ponctions, l'épanchement se reproduit rapidement; et le malade finit par succomber dans une cachexie profonde. Aucune autopsie n'a encore permis de compléter l'histoire de de cette maladie. Mais son tableau symptomatique paraît très-net.

Le pronostic funeste, basé exclusivement sur les caractères particuliers de la douleur, s'est toujours pleinement vérifié.

On voit donc qu'ici l'étude attentive du signe *douleur*, de sa forme, de son étendue, etc., a une importance aussi grande que lorsqu'il s'agit, par exemple, de maladie de l'estomac.

En dehors de la pleurésie, la douleur thoracique *en plaques* peut également se rencontrer dans des affections des centres nerveux; mais, dans ce cas, le diagnostic est éclairé par les symptômes cérébraux ou médullaires concomitants.

Un autre genre de douleur caractérise un autre genre de pleurésie, la pleurésie rhumatismale, au sujet de laquelle nous avons exposé les opinions de M. Lasègue, l'année dernière, dans une revue clinique du 17 juillet. Ici la douleur et la fièvre sont très-intenses dès le début. L'inflammation rhumatismale, s'étant portée sur les tissus fibreux costaux ou sous-costaux, y produit les mêmes effets que sur les tissus fibreux d'une articulation. Pour ne pas souffrir, il faudrait pouvoir immobiliser le thorax, ce qui est complétement impossible. La douleur est exaspérée par les efforts de toux, par les mouvements respiratoires, parfois même par les mouvements de déglutition, et à un tel point que le malade se refuse parfois à avaler quoi que ce soit.

Au point de vue du pronostic, c'est là un signe favorable, car la pleurésie rhumatismale est peu tenace. En général, elle

se dissipe en quelques jours, souvent moins de deux septenaires; tandis qu'au contraire, la pleurésie qui a pour point de départ le poumon, dure au moins le triple ou le quadruple. L'épanchement est peu abondant dans le rhumatisme. Il en est ainsi chez un malade qui se trouve actuellement dans le service de M. Lasègue, et que nous avons ausculté. Pris d'un point de côté intense, pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, il présente surtout les signes de la pleurésie fibrineuse, avec bruit de frottements humides, mais fort peu de matité, et ni œgophonie, ni retentissement de la voix, ni pectoriloquie aphone.

Ainsi, quand la douleur a son siége ordinaire, quand elle apparaît, bien limitée, dans les espaces intercostaux, quand elle ne s'étale pas en plaques, son acuité fait présumer une durée courte et une bonne terminaison de la maladie.

L'absence de douleur appartient surtout à ces pleurésies insidieuses, qui tournent à l'hydrothorax, et sont difficilement curables. La dernière fois que je vis Bretonneau, il me parla très-longuement de cette sorte de pleurésies latentes, dont il venait de voir une série d'exemples. Sans douleur, à peu près sans fièvre, elles peuvent passer inaperçues pendant des semaines.

Suivant l'illustre clinicien de Tours, elles se produiraient souvent à la suite d'un refroidissement subit de la peau en transpiration, pendant un bain de mer, ou une douche d'eau froide, ou l'application intempestive de procédés hydrothérapiques. Leur pronostic serait très-grave, à cause de la ténacité de l'épanchement, qui, ne se résorbant pas sous l'influence des vésicatoires, etc., aurait la plus grande tendance à se reproduire aussitôt qu'on l'aurait évacué à l'aide d'une ponction. Ce serait cliniquement, en un mot, la même espèce que M. Méhu a déterminé chimiquement par l'extrême pauvreté du liquide en chlorures et autres sels minéraux.

Telles sont les principales données que peut fournir dans la pleurésie l'étude du symptôme *douleur*. Celle de l'élément fébrile n'est point non plus à négliger.

Dans la pleurésie rhumatismale, ainsi que nous venons de le rappeler d'après M. Lasègue, au début, la fièvre est très-vive. Elle peut se prolonger plus longtemps que dans les autres pleurésies, ainsi que la douleur, du reste: quand elle tombe, la maladie est bien près d'être terminée.

Dans les pleurésies de l'espèce la plus commune, la fièvre commence également et s'accroît avec la douleur; elle se modère quand celle-ci se dissipe, c'est-à-dire le plus souvent du second au troisième jour. Mais bien que dès lors peu marquée, à moins de complications, elle ne cesse pas entièrement avant la fin de la maladie, et il en faut tenir un grand compte, suivant M. Lasègue. Tant que la langue reste un peu chargée, tant que le pouls est un peu rapide, la peau un peu chaude, que l'individu se plaint de fatigue, de malaise, d'inappétence, alors même que l'épanchement aurait diminué de moitié ou des deux tiers, il ne faudrait pas, ainsi qu'on le fait trop souvent, se hâter de croire à une convalescence, et insister sur les analeptiques, sur les toniques, sur l'alimentation très-substantielle, l'exercice en plein air, etc., ainsi que c'est indiqué lorsqu'il ne s'agit plus que de relever les forces.

Autrement on nourrit la fièvre, et on épuise le malade, jusqu'au jour où, le voyant de plus en plus s'affaiblir, au lieu de reprendre comme on l'espérait, on passe d'un extrême à l'autre, et où l'on s'inquiète outre mesure, soupçonnant, à tort, la présence de tubercules dans les poumons.

Tant qu'il subsiste un peu de fièvre dans la pleurésie, il faut peu nourrir et se garder de tout excitant, quel que soit du reste le niveau de l'épanchement: tel est le précepte de M. Lasègue.

Si malgré cela la fièvre augmente, si le malade en a conscience, alors même que le thermomètre n'accuserait encore qu'une faible élévation de température, il y aurait lieu de soupçonner quelque complication nouvelle, telle qu'une pneumonie intercurrente, ce qui est rare, où l'évolution d'une affection tuberculeuse, ce qui est fréquent.

Contusion chronique du talon.

M. Desprès nous communique une note complémentaire sur un des trois sergents de ville, dont il a parlé dans sa leçon sur la contusion du talon, publiée le 4 mars 1875 dans la *Gazette des Hôpitaux*, et qui, tous les trois : ressentaient dans le talon une douleur, à la pression, assez intense pour rendre impossibles la station debout et la marche.

Nous reproduisons textuellement cette note donnant la suite d'une observation qui offre un réel intérêt :

« Le nommé G..., gardien de la paix, âgé de quarante et un ans, entré à l'hôpital, le 13 avril 1875, salle Cochin, n° 25, présentait au pied gauche tous les caractères de la contusion chronique du talon, il avait le pied petit pour sa taille, cambré, et il suait abondamment des pieds.

« Le talon ne présentait aucune trace de gonflement, ni de rougeur. Une douleur à la pression siégeait juste au milieu du talon, et s'irradiait un peu en avant, du côté de la plante du pied. La sensibilité, l'élasticité de la peau ne présentaient rien d'anormal, le talon malade était exactement semblable à celui du côté opposé.

« M. Desprès prévint le malade que son mal serait très-long à guérir, et voici le traitement qui fut institué.

« Tous les matins, un bain de pied d'une heure, des cataplasmes pendant la nuit, et le repos absolu de la jambe. C'est-à-dire que le malade ne devait, pour aucune raison, appuyer le talon sur le sol, et il devait marcher avec des béquilles.

« Cette dernière prescription ne put pas être suivie, et au bout de six semaines de lit, le malade posait le pied à terre de temps en temps et essayait pour voir si son mal s'améliorait.

« Il eut de la sorte de petites rechutes; cependant au bout de six mois, la douleur avait diminué insensiblement, et le malade se levait et appuyait son talon dans sa chaussure, dans laquelle M. Desprès avait fait placer deux semelles en caoutchouc, entre lesquelles une semelle de paille ou de coton était interposée. Le malade mettait du coton, sous son talon, dans son bas.

« Cependant le malade ne pouvait pas rester dix minutes debout, sans que les douleurs reparussent, et crussent en intensité, au point que le malade devait s'asseoir; le pied se congestionnait et suait avec abondance.

« En présence de cette persistance du mal, M. Desprès chercha à faire construire divers appareils qui permissent au malade de se tenir debout, sinon pour reprendre sa profession, du moins pour marcher assez bien durant le temps nécessaire aux malades qui exercent des métiers assis et qui n'ont besoin que d'aller et venir au lieu ou ils travaillent.

« M. Desprès fit d'abord faire à M. Galante des moules du talon, en caoutchouc. Ces moules, très-bien faits, essayés à diverses reprises sur les malades de l'hôpital Cochin, permirent à un malade de marcher avec cet appareil pendant une demi-heure, mais sans atténuer la douleur du talon. Le gardien de la paix ne put pas conserver, plus de dix minutes, la station

debout avec le moule de caoutchouc, malgré une couche de ouate interposée entre le talon et le caoutchouc.

« Un nouvel essai fut tenté avec le diachylum; on tailla une demi-semelle de diachylum qu'on perfora au point ou le talon était douloureux, on l'appliqua sur le talon et on plaça par-desssus six autres demi-semelles de diachylum, dont le trou, situé sous le point douloureux du talon, était toujours de plus en plus grand. On obtenait ainsi un moule creux mou; ce moule permit la marche plus longtemps que le moule de caoutchouc, et le malade, de lui-même, mit par dessous, dans sa chaussure, une couche épaisse de coton. Le gardien de la paix put marcher de la sorte pendant une demi-heure, mais il ne put pas porter sur son talon le poids de son corps, il ne pouvait se porter sur la jambe gauche en levant le pied droit.

« C'est alors que M. Després, changeant de système, songea à un autre appareil, il fit prendre le moule du pied et fit exécuter par M. Colin une semelle métallique en cuivre (M. Desprès en fait exécuter en aluminium). Cette semelle, moulée exactement sur la plante du pied jusqu'aux orteils exclusivement, remonte sur les bords du talon et de la plante du pied de manière à emboîter celle-ci complétement. L'idée, qui avait présidé à la confection de cet appareil, était la nécessité de disséminer la pression causée par le poids du corps sur tous les points du talon et de la plante du pied.

« Le résultat fut conforme à l'attente; le malade de l'hôpital Cochin, avec sa semelle métallique, s'est tenu debout et a marché alternativement une heure pleine, sans s'arrêter et sans éprouver la moindre souffrance. Au bout de ce temps, la fatigue est venue et, avec elle, la sensation obscure de la douleur du talon. Pour comparer, le lendemain, le malade a marché, s'est tenu debout sur son pied nu, et n'a pas pu continuer au-delà de dix minutes. De tous les malades qu'a traités M. Desprès, ce malade est celui dont le mal est le plus rebelle.

« C'est là déjà quelque chose de gagné, et M. Desprès se propose d'étudier de nouveau la valeur de la semelle de caoutchouc ou du ressort dans la semelle métallique, afin de permettre la marche prolongée. En même temps, la semelle métallique est appliquée sur des malades atteints de durillons et de maux perforants, et il y a lieu de penser que là encore la dissémination de la compression sous la plante du pied rendra des services. »

Tumeur épigastrique, ulcère simple de l'estomac.

Les affections non cancéreuses de l'estomac qui s'accompagnent d'une tumeur à l'épigastre, sont loin d'être aussi rares que l'avaient supposé Cruveilhier et Trousseau.

Nous venons d'en voir encore un exemple dans le service de M. Lasègue, chez une femme de quarante-cinq ans, entrée le 24 janvier dernier, salle Saint-Charles, n° 18, et dont nous allons résumer l'histoire.

Cette femme, mariée, mère de quatre enfants, avait toujours joui d'une très-bonne santé, lorsqu'il y a environ deux ans, à la suite de chagrins profonds, elle commença à ressentir dans l'estomac des douleurs vagues et à maigrir. L'amaigrissement s'accentua; mais le malaise stomacal restait le même jusque vers l'automne dernier.

A cette époque, pour la première fois, cette femme éprouve des douleurs pongitives qui, de la région xyphoïdienne, s'étendaient horizontalement vers le dos jusqu'à la région correspondante du rachis. Jusqu'alors, il n'y avait eu aucun vomissement; et cette malade, interrogée avec grand soin sur ce sujet, dit formellement que ces douleurs vives, qu'elle compare à une sensation d'écrasement dans un étau, s'étaient reproduites depuis plusieurs semaines, reparaissant habituellement après les repas, lorsque le premier vomissement eut lieu. Dès lors les vomissements, qui étaient fréquemment de couleur chocolat, parurent liés intimement aux crises douloureuses; quelque temps après le repas, la douleur décrite, horizontale, antéro-postérieure, se faisait sentir avec violence; elle s'exaspérait de plus en plus, quelquefois durant une heure ou deux, puis se calmait, lorsque l'estomac s'était déchargé de son contenu. Il n'y avait pas de constipation, mais quelquefois une diarrhée noirâtre.

Durant quatre mois, à partir de septembre 1875, l'état de cette malade alla toujours en s'aggravant. Elle était épuisée par le rejet de toute nourriture et en même temps par des hématémèses presque continuelles.

Naturellement brune de peau, elle avait pris une couleur jaunâtre, teinte feuille morte, tout à fait analogue à celle de la cachexie cancéreuse.

A la palpation de l'épigastre, on trouvait une tumeur dure, bien limitée, qui en occupait la région moyenne, en se prolongeant vers la gauche, et qui transmettait sous la main les battements de l'aorte.

Tout tendait donc à faire supposer l'existence d'un cancer, siégeant vers l'extrémité pylorique de l'estomac : et, en effet, tel fut le diagnostic du médecin traitant, qui envoya cette malade dans le service de M. Lasègue.

Là elle fut mise d'abord au régime lacté : et les vomissements cessèrent aussitôt. Pendant cinq semaines environ, ce régime fut continué avec un plein succès; les douleurs xyphoïdo-rachidiennes s'étaient calmées, il n'y avait plus d'hématémèse, plus de diarrhée noire, la couleur jaune se dissipait, la malade reprenait un certain embonpoint et un peu de force; le lait était parfaitement digéré. Mais il arriva un moment où la malade s'en dégoûta, au point de ne pouvoir plus le souffrir. Pendant deux ou trois jours elle eut des vomissements après en avoir pris. Alors on changea de régime, on permit les bouillons, les potages, les aliments que cette femme désirait. Elle ne s'en trouva pas plus mal. Au contraire, elle continua à reprendre des chairs et des forces; elle ne vomit plus; ne souffrit plus pour ainsi dire; et la tumeur épigastrique, actuellement un peu mamelonnée, parut s'amoindrir. Aujourd'hui il serait difficile de croire qu'elle est constituée par un lobule du foie, car elle ne s'étend plus suffisamment à gauche pour prêter à cette hypothèse.

Il est également à peu près certain qu'il ne s'agit pas d'un cancer de l'estomac; car un vrai cancer n'eut pas présenté cette marche, cette rémission si complète durant cinq mois déjà, avec ce retour aux apparences de la santé.

Si ce n'est pas à un cancer qu'il faut attribuer les hémathèses, la cause en doit être rapportée, suivant toutes probabilités, à un ulcère simple de l'estomac.

C'est bien la douleur caractéristique et c'est bien la marche de cette affection.

Prenons pour terme de comparaison une malade qui se trouve dans le service de M. Bernutz, salle Saint-Joseph, n° 3, et chez laquelle aucune tumeur gastrique ne vient obscurcir, par sa présence, le diagnostic très-évident d'*ulcère simple.*

Cette femme est âgée de vingt-six ans; non mariée, elle a eu un enfant, il y a deux ans ; les chagrins ne lui ont pas manqué; toujours mal réglée, se plaignant d'une leucorrhée habituelle, elle eut une angine couenneuse vers l'âge de seize ans, une fièvre typhoïde vers l'âge de dix-huit ans, et c'est vers l'âge de dix-neuf ans qu'elle ressentit les premières atteintes de la maladie qui nous occupe. Un an, dit-elle, avant la guerre

prussienne, après quelques malaises vagues, elle commença à éprouver des crises de douleur très-vive dans l'estomac; c'était comme si on lui eut donné horizontalement des coups de couteau, en pénétrant, par l'épigastre, jusqu'au dos.

Ces douleurs n'étaient pas permanentes; elles ne revenaient pas tous les jours; mais quand elles se reproduisaient, c'était quelque temps après les repas. Bientôt il s'y joignit des vomissements, tantôt seulement alimentaires, tantôt noirs, qui terminaient la crise.

Cette maladie dura en tout un mois environ, puis elle disparut entièrement, bien que cette femme n'eut pas cessé de travailler et n'eut suivi aucun régime.

Pendant cinq ans il n'y eut plus aucune trace de cette souffrance de l'estomac. Les digestions se faisaient bien, et l'appétit ne manquait pas. L'année dernière, les douleurs reparurent avec les mêmes caractères qu'en 1869. Elles revenaient également par crises, se faisant sentir d'avant en arrière, comme un transpercement, exactement en-dessous de l'appendice typhoïde.

L'appétit disparut: quelquefois cependant la malade croyait avoir faim, mais les aliments lui répugnaient aussitôt portés à la bouche. Un mois après la réapparition des crises douloureuses, les vomissements recommencèrent. Ils étaient d'abord purement alimentaires, et ne survenaient pas régulièrement tous les jours. Souvent les repas, très-légers du reste, étaient supportés.

Il y a trois mois eut lieu un vomissement de sang: dès lors tout aliment fut toujours rejeté. Chaque repas provoquait une crise douloureuse, qu'un vomissement terminait.

La malade entra à l'hôpital dans cet état le 8 mai, ne supportant pas plus le lait qu'autre chose: et les vomissements n'ont entièrement cessé que depuis deux jours, ainsi que les douleurs, grâce à une diète absolue.

On voit que l'histoire de ces deux malades offre de grandes analogies, sauf que celle de M. Bernutz n'a jamais présenté de tumeur épigastrique, ni de teinte cachectique.

Celle dont nous avons parlé, en premier lieu, a contracté dernièrement une pleurésie gauche, étant dans le service de M. Lasègue, et a voulu quitter l'hôpital, pour rentrer chez elle. Elle va du reste très-bien au point de vue de son affection stomacale.

Dr Victor REVILLOUT.

DU TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS CHRONIQUES

ET DES PLAIES ATONIQUES PAR LE SULFURE DE CARBONE (1)

Par M. le docteur P. GUILLAUMET.

Conclusions. — Le sulfure de carbone appliqué localement est un excitant énergique de la vitalité des tissus. — C'est un cicatrisant puissant des ulcérations chroniques. — Il est employé avec succès dans la scrofule (esthiomène, lupus, etc.). — Il réussit très-bien dans les ulcérations les plus rebelles de la syphilis. — Utilisé dans le pansement des plaies anciennes et atoniques de toutes sortes, il rend les plus grands services, notamment dans la cure des ulcères variqueux. — On n'a à redouter de sa part, comme conséquence de son application locale, aucun des accidents signalés en hygiène, à la suite de l'inhalation prolongée de ses vapeurs. — Son odeur n'est pas un obstacle à son emploi. Il existe deux sortes de procédés pour la modifier. Son mode d'emploi est des plus simples. Son action est toute locale et limitée aux tissus malades. — Il agit comme irritant, réfrigérant et anesthésique. — Malgré l'irritation produite, les bourgeons charnus deviennent très-rarement exubérants au point de nécessiter leur répression, comme s'il y avait en même temps dans ce corps une action excitante et répressive. — Il faut proportionner la fréquence des pansements à l'atonie et à l'ancienneté de la plaie On n'en fera jamais plus d'un par jour. On se servira avec avantage de la poudre de sous-nitrate de bismuth pour recouvrir la plaie.

(1) In-8°. Prix: 2 fr. — Paris, 1876, G. Masson.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend:

1° Les journaux de la semaine;

2° Un travail de M. Bouillon sur les *embolies*.

M. LARREY présente, de la part de M. Dechaux (de Montluçon), deux notes manuscrites, l'une *sur les plaies graves du poignet*, fréquentes à Montluçon dans les fabriques de glaces; l'autre sur un cas de *grossesse ayant résisté à un coup de corne de vache à travers le vagin et le périnée.*

M. LE FORT présente: 1° de la part de M. Bardet-Delisle (de Périgueux), une observation d'*enchondrome de la région sous-maxillaire;* 2° de la part de M. Ledouble, deux exemplaires de sa thèse pour le prix Duval.

COMMUNICATIONS

Traumatisme, grossesse, état puerpéral. — M. LE FORT combat les conclusions de M. Guéniot, d'après lesquelles la grossesse non-seulement ne serait pas nuisible à la guérison des blessures accidentelles ou chirurgicales, mais semblerait jusqu'à un certain point devoir lui être favorable.

Évidemment, on a publié de préférence jusqu'à présent les cas heureux, en laissant de côté beaucoup d'insuccès; il faut donc appeler de nouvelles observations, et en grand nombre. Mais toute la question n'est pas dans l'étude de l'influence réciproque de la grossesse et du traumatisme; il faut étudier en même temps l'influence de la puerpéralité, et quelle est sa durée comme état général et pour chaque zone en particulier.

M. Le Fort apporte une observation qui montre la gravité considérable que peut avoir cet état sur le résultat des opérations chirurgicales:

Une femme de trente-quatre ans entre, le 17 février 1876, dans le service de M. Le Fort, à Beaujon, pour une tumeur du sein. Déjà, en 1869, elle avait été opérée par le même chirurgien, à l'hôpital Cochin, pour une tumeur sarcomateuse. Le sein semblait avoir été enlevé en totalité; cependant, en 1871, la tumeur récidivait et fut enlevée de nouveau par le chirurgien chargé alors du même service. Aujourd'hui, elle se présente avec un sarcome développé sur l'ancienne cicatrice, qui a 15 à 18 centimètres de longueur. La tumeur a le volume du poing d'un enfant de dix ans et est très-mobile sous la peau. La malade réclame une opération immédiate; mais M. Le Fort, apprenant qu'elle était accouchée depuis huit jours seulement et qu'elle avait allaité son enfant, de l'autre sein, jusqu'à la veille de son entrée, remit l'opération à un mois, pensant que ce laps de temps serait suffisant pour que l'influence puerpérale ne se fît plus sentir, le sein devant être totalement détruit par les opérations précédentes. L'énucléation fut faite très-facilement le 8 mars. Mais la tumeur, incisée, laissa suinter un suc blanchâtre, dans lequel M. Adam, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, reconnut tous les caractères du lait. Au microscope, on voyait des culs-de-sac glandulaires. L'opération avait été bien supportée; l'état général semblait excellent le soir; cependant la température était à 38°2. Le lendemain, même apparence. T. le matin, 38°4; le soir, 39°3. Le 10, même discordance entre l'apparence et l'état réel; la peau est sèche, mais la malade n'accuse aucun malaise et cause bien. La plaie est pansée; une éruption miliaire couvre la poitrine. Le matin, P. 136, T. 41°6; le soir, P. 128. Le 11, le matin, P. 140, T. 40°4; le soir, T. 42. Le 12, quatrième jour, l'aspect extérieur se modifie; la malade a eu pendant la nuit un délire bruyant, dont elle ne conserve pas souvenir le matin; elle se trouve bien, mais elle parle avec

une volubilité anormale, les lèvres sont agitées par du tremblement fibrillaire, et de grands espaces sont teintés d'une rougeur sombre avec quelques plaques ecchymotiques, qui n'ont rien de l'érysipèle. Plus tard, le subdélirium s'accentue, la langue devient sèche, la température descend à 41 degrés. Elle meurt dans la journée.

Les résultats de l'autopsie furent nuls, à cette exception près que l'on reconnut, dans la mamelle saine, la persistance du lait qui semblait ne plus exister quand l'opération fut faite.

Que conclure de ce fait? D'après M. Le Fort, cette femme était encore sous l'influence de l'état puerpéral, quoiqu'il ait pu espérer le contraire avant de l'opérer. De là vient le résultat fâcheux qu'a eu cette opération, car un mois suffit pour que l'influence générale de cet état n'existe plus pour toute région autre que la région génitale, en comprenant dans celle-ci la mamelle. En présence d'une opération urgente à faire sur une femme enceinte, si les progrès du mal ne permettaient pas d'attendre les trois ou quatre mois, après l'accouchement, nécessaires à l'extinction totale de l'influence puerpérale, M. Le Fort, d'accord pour cela à M. Guéniot, n'hésiterait pas à opérer la femme enceinte, plutôt que d'attendre sa délivrance.

Traumatisme et grossesse. — Puerpéralité. — Influence sarcogénique de la grossesse. — M. GUÉNIOT donne lecture de la deuxième partie de son travail sur le sujet qu'il a abordé dans la dernière séance : *Influence de la grossesse sur le traumatisme.* Dans la première partie, l'auteur a cherché à apprécier le degré de mortalité causée par le traumatisme pendant la grossesse. D'après les observations qu'il avait sous les yeux, il aurait pu dire, comme lui a reproché M. Le Fort, que la grossesse préservait de la mortalité dans les cas de blessures, tant accidentelles que chirurgicales; mais, faisant la part de ce que pouvait avoir de défectueux la statistique dont il se servait, il est arrivé à dire seulement que la mortalité n'était pas exagérée. Aujourd'hui, il étudie la marche et la durée des lésions traumatiques pendant la grossesse, en les envisageant toujours dans le même ordre : contusions, plaies, luxations et fractures.

1° Sur les *contusions*, les auteurs sont à peu près muets. Deux seuls cas de complications sont mentionnés, un phlegmon du pied terminé par la résolution, et un érysipèle terminé par la guérison. Il y aurait cependant une ample moisson à faire parmi les cas de plaies et de fractures, presque toujours accompagnées de contusions.

2° Dans les faits de *plaies accidentelles*, la grossesse peut être, en proportions à peu près égales, considérée comme défavorable ou comme indifférente. Mais M. Guéniot fait remarquer, en passant, à l'adresse de M. Le Fort, que si, dans certains cas, d'après les observations citées, on peut accuser la grossesse d'avoir causé ou entretenu la gravité d'une plaie, il faut, dans ces mêmes cas, indemniser l'état puerpéral, puisque la guérison a été obtenue rapidement après l'accouchement. En général, sauf certains accidents spéciaux, la guérison des plaies accidentelles s'obtient aussi facilement pendant la grossesse qu'en dehors de cet état.

Quant aux *plaies chirurgicales*, elles sont susceptibles de suivre, pendant la grossesse une marche normale, parfois même rapide, vers la guérison. M. Guéniot propose d'admettre : 1° que la grossesse n'entrave pas la réunion par première intention, et ne retarde pas les réunions par seconde intention ; 2° que les complications de gangrène, d'érysipèle, d'angioleucite, de phlegmon, parfois imputables à la grossesse, en sont quelquefois tout à fait indépendantes ; 3° que, dans la gestation, la suppuration n'est ni plus fréquente, ni plus longue qu'en dehors de cet état.

3° Sur les *luxations*, il n'y a rien de particulier à noter.

4° Les *fractures* sont en général relatées trop brièvement. Sur les quarante exemples qu'on en a réunis, vingt-sept sont des fractures simples, sur lesquelles dix-neuf se sont consolidées normalement. Treize sont des fractures compliquées pour lesquelles la guérison a été aussi la règle.

5° Quant aux *affections chirurgicales dites spontanées*, quelques-unes, comme les tumeurs que M. Guéniot appelle non pas des tumeurs malignes, mais des *tumeurs de nature non bénigne pendant la grossesse*, prennent quelquefois un développement extrêmement rapide et menaçant qui force la main des chirurgiens. La plupart du temps l'opération est couronnée de succès. A ce propos M. Guéniot entre dans quelques considérations sur l'*influence sarcogénique de la grossesse*, influence qui se fait sentir sur les tumeurs vasculaires, mais qui, vraisemblablement, n'a pas les mêmes effets sur les tumeurs peu développées et peu riches en vaisseaux.

M. Verneuil a cité l'exemple d'un chancre phagédénique terminé par la mort, chez une femme enceinte; mais ne faut-il pas faire entrer en ligne de compte, dans ce fait, l'état de délabrement que présentait cette malade.

La lecture de M. Guéniot est interrompue par la réunion de la Société en comité secret. Elle sera continuée dans la prochaine séance.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III.

Des examens de médecine en Autriche.

Nous avons essayé de montrer comment, à partir de l'année 1551, les universités autrichiennes devinrent instituts d'État, lequel déléguait à un *surintendant* (situation analogue à celle du *curateur* moderne), nommé par lui, le droit de surveillance et de contrôle. Les examens n'en devinrent pas plus sérieux, et les candidats, même après avoir obtenu le *satisfecit*, ne présentaient que peu de garanties. Les Facultés de Vienne et de Prague, tout en conférant le diplôme honorifique de docteur, avaient aussi le pouvoir de conférer le droit de pratique.

Jusqu'en 1725, les Facultés de l'Allemagne du Nord et notamment celle de la Prusse avaient les mêmes attributions, mais à cette époque, pour remédier aux inconvénients de jour en jour plus évidents de la situation, le gouvernement prussien, tout en laissant aux Facultés le droit de présider et de diriger l'examen doctoral, s'attribua le droit plus important d'*autoriser à pratiquer* en imposant aux étudiants un second examen, où il était personnellement représenté.

Van Swieten, en 1749, maintint à la Faculté de Vienne le droit de l'autorisation d'exercice professionnel, après examen passé devant ses professeurs, mais il mit à la tête de la Faculté un *directeur d'études*, représentant directement l'État, ayant pour mission, non plus d'enseigner comme professeur, mais de surveiller sévèrement les leçons faites par les maîtres et les examens passés par les étudiants. La place de doyen ne fut point abolie, mais elle fut tout à fait secondaire à côté de celle de directeur : le décanat eut même un rôle si nul sous Van Swieten et après lui, que de 1780 à 1791, il ne fut point nommé de doyen pour la Faculté de médecine. Le premier directeur des études fut Van Swieten lui-même, qui cessa, en entrant en fonctions, de professer. « J'avoue, écrivait-il à l'Impératrice, que toutes ces choses me laisseront peu de loisir. Mais ayant jusqu'ici une santé ferme, accoutumé depuis ma jeunesse à une vie laborieuse, soutenu de cette flatteuse espérance d'être utile à tant de peuples qui sont sous la domination de Sa Majesté, encouragé par l'honneur d'exécuter ses ordres en faisant la guerre à l'ignorance, et me trouvant par sa protection à l'abri de la malice de mes confrères, il me semble que je ne trouverai rien de pénible et que tout ce travail me sera plaisir. » C'est depuis cette époque, en Autriche, que l'examen de docteur en médecine est un examen où apparaît très-nettement le contrôle de l'État; mais ce n'est point à vrai dire un *examen d'État* dans le sens que l'on donne à cette expression dans l'Allemagne et dans la Suisse.

Depuis 1554, les statuts donnaient aux études médicales une durée de six années, avant que l'étudiant put se présenter pour prendre le degré de doctorat. « Sûrement cet espace de six ans n'est pas trop long pour apprendre tout ce qu'un médecin doit savoir, dit Van Swieten ; j'ai cru même devoir employer onze ans avant de me faire

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 juin.

recevoir, parce que je m'efforçais de savoir à fond tout ce qui me paraissait convenable. Cependant je crois qu'il est mieux de ne pas poser de limites fixes, les talents naturels sont si différents! Quelques-uns apprennent en quatre ans, ce que d'autres ne sauront pas, même en six années ». Van Swieten, ainsi qu'il le dit lui-même, accorda peu d'importance à ces anciens statuts qui prescrivaient à l'étudiant trois années d'étude de la philosophie et des sciences naturelles, et trois autres années d'étude de la médecine théorique et pratique, et il établit que celui qui avait satisfait à deux examens sévères serait admis au grade de docteur (1). La durée des études n'en était pas moins de cinq années environ. Dans le premier examen, le candidat était interrogé sur toutes les parties de la médecine, qui avaient fait l'objet des leçons; dans le second examen, il devait répondre sur un ou deux aphorismes d'Hippocrate. Le directeur des études de la Faculté de médecine, le doyen, quatre professeurs et deux docteurs choisis par l'Empereur (parmi douze docteurs tirés au sort), devaient assister à ces examens. Un docteur de la Faculté de Vienne pouvait exercer son art dans toutes les provinces de l'Empire. Celui qui était nommé dans une université autre que celle de la capitale ne pouvait pratiquer que dans la province du ressort de la Faculté dont il tenait son diplôme. Les étudiants qui ne prétendaient point au titre de docteur, mais seulement à celui de *chirurgien*, durent subir des examens, rendus plus sérieux, en présence du directeur et de deux professeurs enseignant l'anatomie et la chirurgie. Van Swieten eut soin d'ailleurs d'abaisser les frais des actes de promotion (actes de Faculté et d'université) trop onéreux jusque-là pour les étudiants.

Toutes ces réformes furent faites avec une grande rapidité, et portèrent immédiatement leurs fruits. Très-attaqué par les professeurs de l'ancienne Faculté qu'il avait du reste peu ménagés et par le collége des docteurs (nous reviendrons plus loin sur cette institution du *collége des docteurs* de Vienne, assez peu connue), Van Swieten fut constamment soutenu par la faveur impériale, et il faut arriver, dans le présent siècle, aux Skoda, aux Oppolzer, aux Rokitansky pour trouver des noms qui, dans la Faculté de Vienne, aient brillé d'un aussi vif éclat.

Van Swieten précéda de huit ans son impériale cliente et bienfaitrice dans la tombe. Il mourut en 1772. Les restes de ce grand médecin reposent, en auguste compagnie, dans l'église des Augustins (*Augustiner Kirche*) près de l'archiduchesse Marie-Christine, fille de Marie-Thérèse, à qui le ciseau de Canova a élevé un admirable mausolée, près du feld-maréchal Daun, le vainqueur de Frédéric II, à Krzezor. Les honneurs publics ne lui ont pas plus fait défaut après sa mort que de son vivant.

Le fils de Van Swieten, Gottfried, fut appelé à succèder à son père dans l'importante fonction de directeur des études, mais s'il portait un nom illustre et s'il avait hérité de la place, il ne possédait point les talents paternels. En 1774 quelques modifications furent faites; les cinq années d'études furent *obligatoires*, et la surveillance des leçons rendue plus rigoureuse.

Sous l'empereur Joseph II, l'organisation de 1749 fut maintenue dans ses termes généraux, mais Gottfried et l'Empereur lui-même entreprirent d'y apporter quelques changements.

Il est curieux de suivre Joseph II dans son plan de réforme, et de voir les lettres-programmes qu'il ne dédaignait pas de tracer de sa propre main. Deux ordonnances furent successivement rendues en 1783 et en 1784, la première prescrivait aux professeurs de ne rien changer à l'enseignement convenu, et de ne faire aucune addition aux livres acceptés pour l'étude; la seconde voulait qu'après chaque semestre tout étudiant soutînt un examen avant de passer dans une année supérieure. Enfin Joseph II, fort d'une compétence de droit divin, fit lui-même un plan d'études pour répondre aux principales objections qui lui étaient faites par le collége des professeurs de la Faculté et par Gottfried lui-même. Ceux-ci voulaient que la durée de cinq ans pour les études fut toujours exigée, et qu'une chaire spéciale fut créée pour la physiologie, réunie jusqu'alors à l'anatomie. L'Empereur n'admettait point cette innovation. Voici du reste un extrait du plan impérial :

« Voici, selon moi, le plan de bonnes études médicales. La première année doit être consacrée à l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie; cet enseignement doit être fait simultanément, car je ne comprend pas que l'on démontre la structure du poumon sans que l'on parle de son but, de sa fonction dans l'organisation d'un corps sain. Cette même année, outre la physiologie et l'anatomie, les élèves en médecine apprendront la botanique et la chimie, et les étudiants en chirurgie apprendront la pratique des opérations, les bandages, et l'accouchement. La seconde année les chirurgiens étudieront la pratique de la chirurgie et de la médecine, ainsi que la clinique dans un hôpital; ils devront se livrer aussi à la pratique de l'accouchement dans un hôpital. Ces deux années ainsi employées, les chirurgiens auront terminé leurs études. Cette même année, les médecins étudieront la matière médicale, la pathologie et tout ce qui appartient à la partie savante de la médecine. Dans la troisième année, ils se consacreront entièrement à la pratique et à la clinique.

« De telle sorte qu'en deux ans nous aurons d'habiles chirurgiens pour nos provinces et nos campagnes; et qu'en trois ans nous aurons, pour la pratique des villes, des médecins instruits. C'est ainsi que j'entends un programmes d'études médicales.

« JOSEPH. »

L'Empereur ne s'en tint point à ces premières considérations, il proposa un autre plan qui avait pour but de régler le nombre des chaires et d'assigner à chacune d'elles les matières à enseigner.

« Je propose d'établir pour l'enseignement de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de Vienne, dit-il encore :

1° Une chaire où l'on enseignera l'anatomie élémentaire (pour les commençants); dans la seconde moitié de l'année, ces jeunes gens suivront autour de la même chaire des leçons d'accouchement.

2° Une chaire commune pour l'enseignement de la physiologie et de l'anatomie (1).

3° Une chaire pour l'enseignement simultané de la chirurgie, de la pathologie et de la matière médicale, de la chimie élémentaire et des simples (spécialement pour les chirurgiens).

4° Une chaire pour l'enseignement des opérations, des bandages, des instruments, et de la chirurgie pratique.

5° Une chaire de clinique médicale.

6° Une chaire pour la botanique et la chimie (spécialement pour les médecins).

7° Une chaire pour l'enseignement commun de la pathologie et de la matière médicale, car je ne comprend pas que l'on parle de la fièvre sans parler du quinquina, et du quinquina sans parler de la fièvre. »

Tout en tenant aux principaux traits de son plan, l'Empereur admettait d'ailleurs la contradiction. La commission présidée par Gottfried voulait instituer une chaire spéciale pour la matière médicale, nous venons de voir pour quelle raison; Joseph II se refusait à cette création; enfin elle trouvait que le programme impérial réduisait beaucoup trop le temps des études. Une transaction fut faite entre Joseph et la commission; la durée des hautes études médicales et chirurgicales fut fixée à quatre années; la durée des études des chirurgiens pour les campagnes à deux ans seulement. Ce plan fut appliqué sous le règne de Joseph II (1780-1790).

On comptait aussi, sous le règne de ce prince, de nombreuses écoles de chirurgie. Ces écoles ne furent point à vrai dire expressément fondées pour l'instruction des étudiants en chirurgie, elles étaient seulement tout ce qui restait comme enseignement scientifique des universités autrichiennes, qui, après avoir longtemps végété, avaient été supprimées. Il y avait des écoles à Lemberg, à Cracovie, à Graz, à Innsbruck, à Salzbourg, à Olmutz, à Brunn (2). Vienne et Prague

(1) « Les étudiants commençaient par l'anatomie, la chimie, la botanique. La seconde et la troisième année, ils fréquentaient la physiologie, la matière médicale et répétaient les premières parties. La quatrième et la cinquième années étaient destinées à la pathologie, thérapie et pratique, et on écoutait les leçons sur l'accouchement. Les professeurs devaient suivre cet ordre. Ces cours finis, on se préparait pour les examens décisifs. » (*Tableau des études médic. — Ordre des études sous Swieten.*)

(1) Un vestige de cette ancienne organisation reste encore aujourd'hui. La chaire de physiologie actuelle est désignée à Vienne sous le nom de *chaire de physiologie et d'anatomie supérieure.*

(2) V. seconde lettre (*Considérations sur le nombre considérable des uni-*

avaient aussi des écoles de chirurgie séparées, et en 1786, Joseph II octroya à l'Académie Joséphine (fondée en 1780), une partie des droits d'une Faculté.

En 1790, quelques jours avant de mourir, Joseph revint sur son plan qui ne le satisfaisait plus. Il trouvait que les programmes étaient trop chargés, et que l'attention des élèves était attirée presqu'autant sur les matières secondaires que sur les points principaux. Il reprochait aux professeurs de faire de véritables *leçons orales* et non point des lectures, ce qui forçait les étudiants à prendre beaucoup de notes (*sic*). L'enseignement avait un caractère beaucoup trop général et manquait de précision, ce qui entraînait une grande perte de temps; on négligeait beaucoup trop l'étude de la langue latine. *Les exercices religieux académiques étaient entièrement négligés, et quelques professeurs étaient même si immodestes et si audacieux, qu'ils osaient se moquer de la religion chrétienne en présence des élèves, en sorte qu'il résultait d'un si mauvais exemple une véritable corruption de mœurs et des railleries inconvenantes contre la religion.*

Joseph nomma même une commission pour étudier des réformes nouvelles. Celle-ci s'était à peine réunie que l'Empereur mourut.

En 1790, l'empereur Léopold sanctionna un plan d'études élaboré par Martini, successeur de Gottfried Van Swieten, plan qui améliorait la condition des professeurs et supprimait la place de directeur des études. Le programme des études était remis véritablement entre les mains du collége des professeurs qui devaient le fixer et l'appliquer. Des instructions spéciales, approuvées par le gouvernement, leur était seulement données. Des examens devaient être passés par les élèves à la fin de chaque année. Ce plan subsista jusqu'en 1802, année dans laquelle, les libertés des professeurs furent restreintes et le directorat rétabli. En 1804, un nouveau dispositif fut appliqué pour l'enseignement de la médecine et de la chirurgie. Les modifications de 1810 et de 1833 n'ont fait que donner plus d'étendue aux programmes. Les historiens allemands ne sont pas tendres pour le long ministère de Metternich, à l'influence politique duquel ils vont jusqu'à attribuer non-seulement les restrictions apportées à la liberté des universités, mais la surcharge de travail, véritablement exorbitant, imposée aux professeurs autant qu'aux étudiants.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

81. Guignard. De la nécrose centrale du calcanéum.
82. Coustou. Des accidents viscéraux et vasculaires dans les brûlures.

versités allemandes, et sur la suppression de beaucoup d'entre elles). Les universités de Salzbourg, d'Olmutz et de Brunn ne furent point rétablies. Nous avons vu, au début de cette lettre sur Vienne, que l'université polonaise de Lemberg (Lwow) n'a pas de Faculté de médecine. Les universités de Cracovie, de Gratz et d'Innsbruck en sont pourvues aujourd'hui. Les Facultés de médecine de Gratz et d'Insbruck ne sont guère fréquentées que depuis 1871 et 1869 : c'est sous le règne de l'empereur François-Joseph que ces Facultés ont été dotées de laboratoires et d'instituts vraiment importants.

83. Boyron. Étude sur la ladrerie chez l'homme comparée à cette affection chez le porc.
84. Arthuis. Du phlegmon et des abcès parenchymateux de la mamelle.
85. Le Garrec. Étude sur l'emploi des bougies de Béniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, de la blennorrhagie chronique et de la contracture douloureuse du col de la vessie.
86. Alleaume. Étude clinique sur le refus des aliments chez les aliénés.
87. Viaud. Du sclérème des adultes.
88. Guillaumet. Du traitement des ulcérations chroniques (syphilis, scrofule, etc.) et des plaies atoniques par le sulfure de carbone.
89. Lemarchand. Des oreillons chez le soldat.
90. Marcel de Tastes. De la diarrhée. Définition. Classification. Pathogénie.

Excursion scientifique. — M. Baillon fera sa prochaine herborisation, le dimanche 25 juin, dans la forêt de Meudon.

Rendez-vous à la gare Montparnasse. Départ pour Bellevue, à huit heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas d'ophthalmoscopie et de cérébroscopie montrant chez l'homme et chez les animaux les lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde produites par les maladies du cerveau, par les maladies de la moelle épinière et par les maladies constitutionnelles et humorales, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-4° de VII-148 pages, avec 14 planches en chromolithographie, comprenant 137 figures et 19 figures intercalées dans le texte. Prix, cartonné : 35 francs.—Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Traité pratique des maladies du larynx, précédé d'un *Traité de laryngoscopie*, par le docteur Ch. Fauvel.—1 vol. in-8° de 930 pages, avec 144 figures dans le texte et 20 planches dont 7 en chromolithographie. Prix broché : 20 francs. — Paris, Ve Adrien Delayahe et Ce.

De la bronchite pseudo-membraneuse chronique, par le docteur Lucas-Championnière, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8° avec une planche. Prix : 2 fr. 50. — Paris, P. Asselin.

Clinique thermo-minérale de Néris. Deuxième fascicule : *De l'action immédiate des eaux de Néris dans les maladies du système nerveux*, par le docteur F. de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, médecin consultant aux eaux de Néris. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1876, P. Asselin.

Du sevrage. Conseils à ma fille, aux jeunes mères et aux nourrices, par le docteur Michalski. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 74. — MARDI 27 JUIN 1876. 49e ANNÉE. MARDI 27 JUIN 1876. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANCEREAUX.

Kyste hydatique du foie.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

I

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une malade couchée actuellement au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, et qui est intéressante non pas seulement au point de vue médical, mais encore au point de vue de l'histoire naturelle. Cette femme, exerce la profession de ménagère : elle est d'une constitution moyenne et a eu plusieurs enfants. La menstruation s'est faite chez elle à treize ou quatorze ans; elle a toujours été régulière. Son passé pathologique est bon. Toutefois, vers l'âge de sept ans, elle aurait eu le scorbut; à vingt-deux ans, elle a éprouvé un peu de dyspnée; enfin, à vingt-cinq ans, elle a eu une fièvre typhoïde. Elle n'a jamais eu de fièvres intermittentes, ni de dysenterie ou de diarrhée persistante; elle se plaint plutôt de constipation.

Cette femme, qui habitait Paris pendant le siége, dit n'avoir jamais mangé de viande de boucherie; elle occupait alors une petite chambre avec ses deux enfants, et un énorme chien qui y régnait despotiquement. Pendant plusieurs années, cinq ou six ans, cet animal vécut au sein de cette famille, presque de la même vie, et c'est évidemment à lui qu'il faut rattacher la cause de la maladie dont je vais vous entretenir.

Peu de temps après le siége, en 1871, elle commença, en effet, à se sentir moins bien, et quand on l'interroge à ce sujet, c'est à cette époque qu'elle fait remonter le début de l'affection dont elle est atteinte. Cependant, elle n'est pas très-explicite sur les souffrances qu'elle éprouve, et sur les raisons qui la conduisent à faire remonter à ce temps les premiers symptômes de sa maladie.

Ceux-ci consistaient, alors, en un peu de douleur à l'hypochondre droit, ainsi que dans de la gêne dans cette région, mais la malade ne nous dit pas si cette douleur s'irradiait dans l'épaule correspondante. Quelques gargouillements dans la fosse iliaque et une constipation assez opiniâtre accompagnaient ces premiers symptômes. Parfois encore, cette femme éprouvait quelques douleurs à la région de l'épigastre et en arrière, au niveau du rachis. Quoi qu'il en soit, ces divers phénomènes ne la gênaient pas beaucoup dans son travail, car elle continua à vaquer à ses occupations.

Les choses restèrent dans cet état pendant au moins quatre ans, et ce n'est que depuis quelques mois seulement que la malade commença à éprouver un peu de dyspnée, et une sensation de tension dans la région de l'hypochondre droit. Ces raisons la déterminèrent à venir consulter à l'hôpital, où, sur sa demande probablement, on lui prescrivit l'usage des bains sulfureux.

Elle suivait ce traitement depuis plusieurs mois, quand j'eus occasion de la voir à ma consultation. Elle m'apprit alors qu'elle avait eu précédemment, pendant environ une dizaine de jours, un léger mouvement fébrile qui s'était même accompagné d'un commencement d'ictère. D'un autre côté, en palpant l'hypochondre, je reconnus dans cette région l'existence d'une tumeur assez considérable. Sur mon invitation, quelques jours plus tard, cette femme entre à l'hôpital.

Elle est un peu amaigrie; les traits sont légèrement altérés. La face, quoique pâle, ne présente aucune de ces teintes cachectiques, indices d'une maladie invétérée, d'une lésion organique ou d'une suppuration prolongée; elle n'accuse que la souffrance.

Quand on découvre la malade, on constate d'abord à la région antérieure de l'abdomen, à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, une petite saillie. La main, appliquée en ce point, y détermine de la douleur, et il est facile de sentir à l'extrémité des doigts un corps résistant, qui n'est autre qu'une portion de l'épiploon ayant fait hernie à travers les fibres de la ligne blanche. C'est à ce niveau qu'est le point le plus douloureux de l'abdomen.

Si l'on examine le ventre, on constate qu'il présente une saillie considérable; de plus, en pratiquant la palpation, on sent dans la région du flanc gauche, une tumeur mobile, très-allongée, partant de l'hypochondre et s'étendant jusque dans la fosse iliaque. On pourrait, en quelque sorte, la comparer à une espèce de grande langue de bœuf, très-dure, très-ferme, présentant un bord tranchant et saillant. La matité se prolonge jusqu'en ce point. Cette tumeur, non douloureuse du reste, n'est autre que la rate.

Nous sommes donc déjà en présence, chez cette malade, de deux affections : une hernie sus-ombilicale et une hyperplasie considérable de la rate, hyperplasie telle que cet organe mesure une longueur de 25 à 30 centimètres.

Cependant, ce n'est pas pour ces affections que cette femme

s'est déterminée à entrer à l'hôpital, mais pour les troubles qu'elle éprouve du côté de l'hypochondre droit. Voici, en effet, ce que l'on constate dans cette région. Tout d'abord, à la partie supérieure, au-dessus du mamelon, les veines assez volumineuses, à circulation descendante, indiquent qu'il existe un obstacle au cours du sang au niveau du foie. L'hypochondre, en outre, est très-étendu et en avant et sous les fausses côtes, le foie détermine une saillie, une voussure très-notable. La matité de cet organe commence à environ deux travers de doigt au-dessus du mamelon, comme cela a lieu à l'état normal, mais elle dépasse de beaucoup la ligne médiane, et atteint, sur les côtés, jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le lobe gauche paraît donc augmenté de volume.

Quand on palpe le foie, on perçoit au niveau du rebord costal, en avant, en un point correspondant à la vésicule biliaire, une voussure assez considérable, lisse, élastique, un peu résistante, sans aucune bosselure appréciable, et donnant lieu à une fluctuation manifeste. Ce dernier caractère ne laisse aucun doute sur l'existence d'une tumeur liquide, bien qu'il n'existe pas à un degré aussi net, aussi parfait, que dans certains kystes de l'ovaire, par exemple.

En appliquant la main sur les parties les plus saillantes de l'abdomen, et en percutant la tumenr d'une façon brusque et rapide, on éprouve une sensation d'élasticité assez prononcée, mais on ne sent pas de frémissement.

Tels sont les caractères que présente cette tumeur. Voyons maintenant quel est son siége. Il est certain qu'elle se continue avec le foie. Celui-ci n'est pas simplement refoulé, rien n'est interposé entre lui et la tumeur, de sorte que tout concourt à démontrer que cette dernière a bien son siége dans cet organe.

Avec ces lésions matérielles, il n'existe aucun trouble fonctionnel très-manifeste. La malade, en effet, n'accuse ni nausées, ni vomissements; elle se plaint, comme je l'ai dit, d'une constipation opiniâtre.

Lorsqu'on examine les autres organes, l'appareil circulatoire par exemple, on ne remarque rien d'anormal, ni du côté du cœur, ni du côté des vaisseaux. Cependant la respiration qui, à l'auscultation, est nette et pure à gauche, présente quelques troubles du côté du poumon droit. Normal en haut, le murmure vésiculaire cesse d'être perceptible à la base; quelques frottements qui existent à ce niveau tendraient, en outre, à faire supposer qu'il y a des adhérences entre le poumon et la paroi thoracique, et que cet organe est refoulé dans le haut de la poitrine.

Quelle est la nature de cette tumeur liquide que nous observons au niveau du foie? Deux hypothèses viennent à l'esprit : il s'agit d'un abcès ou d'un kyste. Or, nous ne saurions admettre l'existence d'un abcès du foie, parce que, à part ces quinze jours de fièvre légère que la malade a accusée, jamais elle n'a eu ni frissons, ni sueurs; parce qu'enfin elle ne présente pas cette teinte cachectique que déterminent les suppurations prolongées. D'ailleurs, le palper ne réveille aucune douleur appréciable. En outre, en recherchant dans les antécédents de la malade, nous ne trouvons pas la cause d'une suppuration du foie. En effet, dans nos climats, cette affection est rare et les causes des abcès du foie sont habituellement de nature locale. Si, dans les pays chauds, c'est une affection commune, qu'on observe même presque uniquement chez les individus alcooliques, chez nous, la suppuration spontanée du foie est très-rare et n'apparaît guère que comme suite d'un traumatisme ou comme symptôme d'une lésion matérielle. A ce dernier titre, ce sont ordinairement les ulcérations de l'intestin qui la provoquent. Il n'est pas rare, par exemple, de voir la suppuration du foie survenir à la suite de la dysenterie. C'est un fait que j'ai observé à la Pitié, à la suite d'une épidémie de cette nature. Il en est de même des ulcérations de l'intestin grêle, de celles de l'estomac, de l'appendice iléo-cæcal. Or, il n'existe rien de semblable chez notre femme; elle n'a évidemment ni fièvre typhoïde, ni dysenterie, ni diarrhée.

Les causes de la suppuration du foie sont quelquefois, pourtant, un peu plus générales. Telles sont, la phlébite utérine, l'infection purulente, l'endocardite suppurée. Mais ici encore, on ne saurait les invoquer.

Si cette tumeur n'est pas un abcès, il faut donc que ce soit un kyste. Or quels sont les kystes du foie? Parmi ceux-ci, les uns sont des kystes parasitaires ou hydatiques, les autres des kystes séreux ou biliaires. Ceux-ci sont très-rares, et, quand on les rencontre dans le foie, ils sont ordinairement multiples, du volume d'un œuf de pigeon, en général agglomérés sur un point de l'organe, parce qu'ils prennent leur origine dans un nævus du foie. Ces kystes ne forment jamais une tumeur unique, comme chez notre malade; de plus, les biliaires sont souvent accompagnés d'ictère et s'observent à la terminaison des canalicules hépatiques.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1).

2. L'anatomie pathologique du zona traumatique a précédé, comme il fallait s'y attendre, celle du zona spontané. Mais cette dernière, quoique ne reposant encore que sur quelques autopsies, me paraît être solidement établie. La voici en quelques mots :

Chez un malade mort de pneumonie et qui, deux mois auparavant, avait éprouvé des douleurs névralgiques et présenté un zona du côté gauche, le docteur Danielssen trouva le sixième nerf intercostal considérablement enflé et rouge. La substance nerveuse était intacte, la lésion provenant d'une infiltration inflammatoire du névrilème. Chez un malade d'Esmarch, dont je vous parlerai plus loin, une opération d'hydrocèle fut suivie de douleurs violentes dans la partie postérieure du membre inférieur gauche, depuis la fesse jusqu'à la plante des pieds. Des groupes de vésicules herpétiques se formèrent tout le long de ce membre, sur le trajet des douleurs. A l'autopsie, on constata une infiltration vésiculeuse et une hyperémie du sciatique à sa sortie du bassin.

Un an auparavant, en 1860, avait paru le livre de Samuel sur les nerfs trophiques. Se fondant sur les idées de Samuel et sur les observations précédentes, M. de Bœrensprung concluait dans un premier mémoire sur le zona, paru en 1861, que cette affection résulte spécialement de l'irritation des ganglions spinaux ou du ganglion de Gasser, mais que l'irritation d'un nerf périphérique, sur un point quelconque de son trajet, peut être aussi suivie de l'éruption vésiculeuse.

Deux ans après, dans un deuxième mémoire, M. de Bœrensprung donna les résultats d'une autopsie de zona, décisive au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de cette affection.

Un enfant d'un an, atteint de tuberculisation pulmonaire, avait eu, quarante jours avant sa mort et sans cause connue, un zona des sixième, septième, huitième espaces intercostaux

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juin.

gauches. L'autopsie faite par M. Rechlinghausen fit voir : 1° que la moelle épinière était normale; 2° que les ganglions spinaux des sixième, septième et huitième nerfs intercostaux étaient augmentés de volume, rouges et entourés d'un tissu cellulaire enflammé; 3° que l'inflammation occupait l'enveloppe immédiate des ganglions, et qu'entre les lobules des cellules unipolaires qui le composent, s'était faite une multiplication des noyaux embryoplastiques et une infiltration de granulations pigmentaires; 4° que les éléments nerveux du ganglion et les fibres nerveuses n'étaient pas altérés; 5° que les altérations s'étendaient au-delà du ganglion jusqu'à la réunion des deux racines.

3. En 1866, MM. Charcot et Cottard (1) lurent à la Société de biologie une observation du zona du cou produit par une névrite du plexus cervical et des ganglions correspondants des racines spinales postérieures. L'examen microscopique démontra que les ganglions et les troncs nerveux étaient rouges et tuméfiés, et que la lésion provenait d'une prolifération conjonctive de la trame lamineuse des ganglions et du névrilème.

A ces observations fondamentales, sont venues s'ajouter depuis celles de Haigt, de Weidner, de Wagner, et celle d'Oscar Wyss, une des plus importantes au point de vue histologique, et qui a pour objet un zona ophthalmique consécutif à une névrite propre et primitive, ayant son maximum d'intensité au niveau du ganglion de Gasser. Elles confirment pleinement les premières données sur l'anatomie pathologique du zona, et elles établissent sur des bases solides l'existence d'un processus irritatif, d'une véritable névrite du ganglion spinal ou du tronc nerveux sur le territoire duquel s'est développée l'affection herpétique.

4. Quand on envisage dans leur ensemble les zonas traumatiques, consécutifs aux blessures des nerfs, les zonas secondaires qui apparaissent dans le cours des myélites chroniques, et les zonas spontanés qui ne sont pas précédés d'une affection antérieure déterminée du système nerveux, on est forcément amené à conclure qu'ils sont tous les trois l'expression cutanée d'une névrite, d'une irritation causée par une hypérémie active, qui a pour siége soit le ganglion spinal et le ganglion de Gasser, soit un point quelconque de la périphérie du nerf, soit les cornes postérieures ou les cordons postérieurs de la moelle (zona des ataxiques).

5. Si je ne craignais de prolonger outre mesure ces considérations pathogéniques, je vous parlerais aussi des belles recherches de M. le professeur Leudet (de Rouen) sur les troubles des nerfs périphériques et surtout des vaso-moteurs, consécutifs à l'asphyxie par la vapeur de charbon (2). Une des conclusions du travail de ce savant médecin, c'est que les troubles périphériques donnent lieu pendant la vie aux symptômes locaux de la névrite : douleur, tumeur, simulant un phlegmon, causant même un abcès; dans les nerfs vaso-moteurs, à la rougeur et au développement d'éruptions bulleuses et herpétiques, que l'observation moderne a rattachées cliniquement à des lésions des nerfs vaso-moteurs. Dans une des observations de M. Leudet, l'autopsie a démontré l'existence d'une névrite du nerf sciatique droit.

(1) Charcot et Cottard. *Note sur un cas de zona du cou, avec altération des nerfs du plexus cervical et des ganglions correspondants des racines spinales postérieures.* — In *Comptes rendus de la Société de biologie pour* 1865. — Paris, J.-B. Baillière, 1866.

(2) Voyez le mémoire de M. le docteur Leudet dans les *Archives de médecine*, mai 1865.

III

Des herpès zoster indolents. Ils prouvent que la douleur n'est pas indispensable à leur production. — Études sur les herpès traumatiques. — Convergence de toutes les découvertes dans le même sens : l'irritation des nerfs, des ganglions ou des centres, comme cause organique des herpès.

La nouvelle conception pathogénique du zona est applicable à presque toutes les variétés de l'herpès. — La distribution topographique est accessoire dans l'herpès.

Classification des herpès zoster. Le domaine du zona se trouve agrandi. — Des zonas incomplets. — Discussion. — Analogie du zona et des herpès de la face, de la gorge, des organes génitaux. Conclusions sur la pathogénie de l'herpès génital névralgique.

Ainsi, messieurs, la conception pathogénique du zona s'est singulièrement agrandie dans ces dernières années. Sa théorie repose maintenant sur l'existence d'un processus irritatif, qui envahit le névrilème des ganglions ou des nerfs, et atteint secondairement les nerfs trophiques, et, dans la plupart des cas, les nerfs sensitifs. C'est ce qui explique la coexistence si fréquente des troubles sensitifs et de l'éruption vésiculeuse. Mais cette coexistence n'est pas nécessaire. Un herpès zoster peut être indolent et n'en dépendre pas moins des lésions nerveuses que je viens de vous décrire. Plusieurs observateurs ont, en effet, remarqué que dans l'herpès zoster les symptômes du côté de la sensibilité manquent quelquefois. Le rôle attribué à la névralgie a donc été exagéré. Elle n'a aucune action pathogénique. Elle ne mérite d'être étudiée que comme un phénomène important, mais non essentiel.

1. Je n'en finirais pas si je voulais analyser ou même donner une idée très-sommaire de tous les travaux qui ont été publiés sur l'herpès depuis quelque temps. La chirurgie n'a pas moins contribué que la médecine à imprimer à cette question un développement inattendu. Je vous ai cité l'ouvrage de Mitchell, Morehouse et Kenn. Depuis qu'il a paru, de nouvelles recherches poursuivies dans le même sens ont corroboré leurs conclusions. Au nombre des plus importantes, je me fais un plaisir de mentionner tout particulièrement celles d'un de nos plus savants professeurs, M. le docteur Verneuil, sur l'herpès traumatique, où sont étudiées, discutées et interprétées avec une grande perspicacité clinique et physiologique les manifestations vésiculeuse cutanées, consécutives aux blessures des nerfs ou des ganglions nerveux (1).

Toutes les investigations de la médecine et de la chirurgie ont donc abouti au même résultat, et ce résultat c'est que, dans l'immense majorité des cas, l'affection vésiculeuse désignée sous le nom d'herpès, qu'elle se développe sur la peau ou sur les muqueuses, qu'elle occupe la tête, le tronc ou les membres, qu'elle soit spontanée ou traumatique, primitive ou secondaire, reconnaît pour cause immédiate et organique un processus irritatif des nerfs, des ganglions ou des centres nerveux. Peu importent la variété et la multiplicité des phénomènes concomitants. Peu importent aussi les conditions étiologiques plus générales et plus éloignées qui peuvent la produire. Si nombreuses, si diverses, si dissemblables même qu'elles soient, elles ont cela de commun que leur action converge vers le même but : le nerf, les ganglions ou les centres nerveux, et que le processus irritatif qu'elles développent sur ces organes est l'instrument obligé, l'intermédiaire indispensable de leur action sur la peau ou sur les muqueuses.

2. Eh bien, messieurs, puisqu'il paraît démontré que les choses se passent de la sorte pour les éruptions herpétiques de

(1) Voyez *Mémoires de la Société de biologie*, 1873.

la face (1), du tronc et des membres, pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'herpès des organes génitaux?

Je dois vous avouer que je n'avais pas songé à la possibilité d'une origine nerveuse pour l'herpès génital, avant d'avoir été témoin du premier fait dont je vous ai longuement décrit l'histoire. Mais depuis, j'ai souvent réfléchi à cette question, et les quelques observations, que j'ai eu la bonne fortune de rencontrer, n'ont fait que confirmer mon impression première. Ce qui m'avait mis sur la voie, c'était l'élément névralgique et les autres troubles de la sensibilité. Ils imposaient à l'esprit la comparaison de cette variété d'herpès avec le zona. Sans doute, il n'existait pas entre le zoster, tel qu'on l'entendait autrefois, et l'herpès génital douloureux, dont je cherchais à m'expliquer le mécanisme, une similitude parfaite; mais les principaux traits de ressemblance s'y trouvaient sous une forme si expressive, si saisissante, que je restai convaincu de leur identité au point de vue pathogénique.

Mes lectures ne m'avaient point suggéré cette manière de voir; elle procédait directement de l'observation. J'ai recherché si d'autres l'avaient eue avant moi. Il y a quelques jours, en lisant le livre d'Hébra sur les maladies de la peau, j'ai été frappé d'un passage où sont résumées les idées de M. de Bœrensprung relatives à l'herpes progenitalis.

(*A suivre.*)

DESCRIPTION D'UNE CIRCONVOLUTION SUPPLÉMENTAIRE

SIGNALÉE DANS CERTAINS CERVEAUX HUMAINS

par M. le docteur J. Luys, médecin de la Salpêtrière.

M. J. Luys a présenté, à la Société de biologie, deux cerveaux de femmes mortes dans son service et qui présentent chacun une circonvolution supplémentaire dans le lobe gauche.

Cette circonvolution supplémentaire est parallèle à la circonvolution pariétale ascendante, en arrière de laquelle elle est très-nettement située. Elle en est séparée par un sillon, qui lui-même, est parallèle au sillon de Rolando. Dans sa partie supérieure, elle naît du lobule pariétal, et dans sa partie inférieure, s'éteint dans la circonvolution du pli-courbe. Cette circonvolution, qui jusqu'à présent ne paraît pas avoir été décrite, d'une façon précise, par les auteurs les plus récents qui se sont occupés de la morphologie du cerveau, se rencontre exclusivement dans le lobe gauche; dans le lobe droit, elle est avortée; et chose remarquable, les deux cerveaux qui font l'objet de cette communication appartenaient l'un à une femme âgée de quatre-vingts ans et l'autre à une femme de quatre-vingt-dix-neuf ans. Les deux femmes en question avaient conservé, jusqu'à cet âge avancé, l'intégrité de leurs fonctions intellectuelles, elles n'étaient ni sourdes, ni aveugles, ni paralysées. La plus âgée des deux avait même vécu dans un milieu social relativement élevé : c'était la veuve d'un notaire, et dans les derniers temps de sa vie on a pu constater qu'elle avait encore la pleine possession de ses facultés intellectuelles.

M. Luys fait remarquer qu'il a, exceptionnellement, encore rencontré cette circonvolution supplémentaire chez différents sujets, à différentes phases de leur existence. Jusque-là elle paraît ne se rencontrer qu'exceptionnellement, car, sur un relevé d'environ trente cas, il ne l'a observée que quatre fois jusqu'à présent. Il fait, en effet, passer sous les yeux de la Société une série de cerveaux dans lesquels elle fait complétement défaut, et montre ainsi, pièces en mains, l'inégalité flagrante des différents cerveaux humains, dont les uns sont organiquement mieux pourvus que les autres.

Il reste à étudier, au point de vue de la fréquence, si cette circonvolution supplémentaire, qui est réellement une circonvolution de perfectionnement, se rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, si elle est congénitale, à quel âge elle apparaît, et si, par hasard, elle ne serait pas liée à l'évolution progressive de l'individu, et ne se développerait pas en raison directe de sa longévité.

(1) Zona ophthalmique. Le professeur Gerhardt a donné une théorie de l'*herpes labialis* qui concorde avec la théorie pathogénique générale de l'herpès; l'herpès facial, selon lui, est un zoster qui résulterait de la compression que feraient éprouver aux nerfs, dans leur passage à travers les canaux osseux, les artères dilatées par l'afflux subit d'une plus grande quantité de sang.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 juin 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Technique histologique. — M. LUYS fait une communication sur l'emploi d'une nouvelle matière colorante noire, dérivée de l'aniline (noir Colin), pour les préparations histologiques et les reproductions photographiques.

Cette matière colorante, dont M. Luys vante les bons effets au point de vue de sa persistance, de ses qualités photogéniques et de la façon dont elle se comporte vis-à-vis des éléments histologiques, est connue commercialement sous la dénomination de noir Colin. Elle se présente sous deux états : sous forme de noir pur et sous forme de noir bleu. C'est un dérivé de l'aniline. Elle se présente sous l'apparence d'une poudre très-fine et très-soluble dans l'eau. Une solution au 10e suffit d'habitude pour colorer les coupes histologiques, une fois qu'elles ont été débarrassées au préalable de l'acide chromique, à l'aide d'une immersion successive dans l'eau ammoniacale d'abord, puis dans un second bain d'eau acidulée par l'acide chlorhydrique. Il suffit de les immerger alors, pendant trois ou quatre minutes, dans la solution précédente pour obtenir une teinture suffisante. Au bout de ce temps, on lave les pièces dans de l'eau simple, sans fixatif, puis dans de l'alcool ordinaire, ensuite dans de l'alcool absolu, et enfin dans la térébenthine pour les fixer ensuite et les encadrer dans le baume de Canada. Cette matière colorante nouvelle, étant très-diffusible, s'attaque aux éléments histologiques les plus tenus, et les met ainsi dans des conditions de visibilité nouvelles. C'est ainsi qu'elle rend apparents certains détails que les rayons rouges du carmin ne révèlent qu'incomplétement. Elle a encore l'avantage d'être relativement plus stable que le carmin, et au bout de deux ans, sur des pièces ainsi préparées, de révéler certains détails histologiques d'une façon encore très-manifeste.

Enfin, elle a une propriété fondamentale et des plus précieuses qui la fera rechercher d'une façon particulière par tous ceux qui s'occupent de reproductions photographiques des éléments histologiques. On sait combien le carmin, combien les matières bleues même sont inaptes à donner des images précises; elle, au contraire, donne d'une façon facile des résultats certains, et c'est assurément un des adjuvants les plus précieux que l'on puisse employer, d'une part, pour pénétrer en les colorant certains détails d'organisation de tissus, d'autre part pour les reproduire aisément, grâce à son pouvoir phothogénique, à l'aide des ressources de la photographie.

Circonvolution supplémentaire signalée dans certains cerveaux humains. — M. LUYS fait passer sous les yeux de la Société, deux cerveaux de femmes, mortes dans son service, et qui présentent chacun une circonvolution supplémentaire dans le lobe gauche. (Voir plus haut).

Inoculations de pemphigus. — M. VIDAL rappelle les expériences qu'il a faites sur l'inoculation de l'ecthyma. Il est arrivé aujourd'hui à réunir plus de cent cas dans lesquels ces inoculations ont parfaitement réussi.

Aujourd'hui il vient faire connaître à la Société les résultats qu'il a obtenus par l'inoculation du contenu de bulles de pemphigus des nouveau-nés. Ayant eu récemment l'occasion d'observer dans son service, à l'hôpital Saint-Louis, un assez grand nombre d'enfants atteints de pemphigus, il a pu se livrer à un certain nombre d'expériences. Il a pu observer les trois formes de pemphigus, le pem-

phigus syphilitique, le pemphigus cachectique qu'on n'observe que chez des enfants débilités, anémiés, et le pemphigus, dit épidémique, qui atteint aussi bien les enfants cachectiques que les enfants les plus forts et les mieux portants. C'est surtout sur cette dernière forme qu'ont porté les expériences de M. Vidal.

Le 14 juin, M. Rœber, externe du service, s'inocula le contenu d'une bulle de pemphigus récente, existant seulement depuis six ou huit heures, Il se fit deux piqûres : après l'apparition d'un peu de rougeur autour de ces deux piqûres, on vit cette rougeur diminuer sensiblement et même disparaître le second jour, puis reparaître le troisième jour et, le quatrième jour, se transformer en une bulle contenant une sérosité citrine, absolument semblable à celle qui caractérise les bulles de pemphigus. M. Rœber, tenta une deuxième génération, en s'inoculant le contenu de ces bulles; il fit également deux piqûres, mais une seule réussit. Une troisième inoculation, faite sur cette seconde, donna lieu encore à une bulle, mais bien moins volumineuse que les précédentes.

M. Vidal reviendra ultérieurement sur ce sujet.

Physiologie de l'oreille. — M. GELLÉ présente un tube auquel il a donné le nom de tube interauriculaire, et qui lui a servi à pratiquer des expériences intéressantes sur la sensibilité acoustique. Ce tube, long d'un mètre environ, est terminé à chacune de ses extrémités par un embout d'ivoire qui peut s'introduire très-exactement dans le méat auditif. Ce tube, une fois introduit dans les deux conduits auditifs, supprime, pour ainsi dire, le pavillon de l'oreille, ou du moins le rend inerte et inutile; de telle sorte que le sujet en expérience entend aussi bien la montre appliquée sur le milieu du tube placé derrière que devant. Il y a donc égalité de sensation auditive, en avant et en arrière, lorsque le rôle du pavillon est supprimé. Cette expérience, qui consiste à appliquer la montre sur le milieu du tube, permet encore de constater que la sensation est ainsi doublée. C'est ce qui a donné l'idée à M. Constantin Paul de faire construire un stéthoscope bi-auriculaire qui, dans certains cas d'auscultation difficile, rend vraiment service. M. Constantin Paul a eu aussi l'idée de mettre à profit cette sensation doublée pour l'éducation d'une sourde-muette. M. Gellé, de son côté, poursuit des expériences dans le même but, et en fera prochainement connaître les résultats à la Société. Le tube interauriculaire de M. Gellé permet aussi de mesurer la limite de la sensation acoustique. Si l'on fait fermer les yeux au sujet en expérience, on lui fait perdre l'orientation, c'est-à-dire qu'il ne peut se rendre compte si le tube est placé en avant ou en arrière de lui. Deux centimètres de déplacement de la montre, d'un côté ou de l'autre du milieu du tube, suffisent pour que le sujet reconnaisse la différence de situation du corps sonore. Enfin, on peut mettre le sujet dans les conditions d'un malade dont une oreille est perdue, en pinçant le tube d'un côté ou de l'autre.

Ce tube peut donc trouver des applications utiles, non seulement au point de vue de la physiologie, mais aussi au point de vue du diagnostic de certaines affections de l'oreille, et au point de vue de la médecine légale et des cas de simulation de surdité dans les conseils de révision.

Un cas de purpura hémorrhagique. — M. COUTY rapporte un cas de purpura observé dans le service de M. le professeur Villemin, au Val-de-Grâce, chez un enfant de treize ans, bien portant, sans antécédents spéciaux.

Depuis la première éruption hémorrhagique sous-cutanée, survenue sans aucun trouble appréciable le 19 mai, jusqu'au 11 juin, date de la dernière éruption, il y a eu dix-neuf poussées de purpura très-différentes d'intensité, survenant brusquement et sans cause, séparées par des intervalles variables de un à dix jours.

Ce purpura est compliqué d'accidents intestinaux, constitués : 1° par des vomissements répétés d'un liquide visqueux, jaunâtre ou vert porracé; 2° par des coliques, quelquefois très-violentes et atrocement douloureuses; simulant la colique saturnine avec rétraction du ventre, constipation, etc. : on a observé dix-sept accès intestinaux, durant de quelques heures à deux ou trois jours; survenant sans ordre et sans rapport constant avec les poussées hémorrhagiques. Enfin il y a eu trois fois de l'œdème douloureux præ-articulaire, deux fois du méléna et un épistaxis léger.

Du reste, pas d'altération des muqueuses; température plutôt un un peu abaissée, 36° 4 à 37 degrés; quelquefois un peu élevée, 38 degrés : malade très-anémié, 2 à 300,000 globules au milieu de la maladie, 3,100,000 actuellement. Mais pas de troubles généraux, cachectiques ou autres; pas de céphalalgie, même pendant les accès, et bon appétit, bon état général dans les intervalles.

Aujourd'hui l'enfant paraît guéri, et les dernières poussées purpuriques ont été à peine marquées.

M. Couty rapporte cette affection à un trouble du système nerveux sympathique; et il se propose de rapprocher ce fait d'autres cas observés par Ollivier d'Angers, Cruveilhier, Royer, Vallin, Hénoch, etc., et dans lesquels a existé aussi le syndrome caractéristique : 1° poussées de purpura cutané; 2° accidents intestinaux survenant par accès; 3° œdème douloureux siégeant, soit au niveau des articulations, soit en d'autres points, paupières, face, pénis, etc.

Hémianesthésie d'origine cérébrale. — M. PITRE rapporte un cas d'hémianesthésie d'origine cérébrale, observé récemment dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière. C'est un cas type d'hémianesthésie incomplète du côté gauche, avec perte de l'odorat du même côté et rétrécissement concentrique du champ visuel. Cette femme ayant succombé, on trouva à l'autopsie un ancien foyer hémorrhagique situé au niveau du tiers postérieur de la capsule interne.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juin 1876. — Présidence de M. EMPIS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

Tænia inerme. — M. LÉON COLIN, à l'occasion d'un article publié par M. Cauvet, dans la *Gazette médicale* (1874) sur la genèse du tænia inerme, adresse à la Société la communication suivante :

Après diverses considérations sur les phases d'évolutions subies par cet helminthe avant de pouvoir trouver son milieu dans l'intestin de l'homme, M. Cauvet rapporte, qu'en 1874, pendant qu'il était pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Constantine, il aperçut un jour, en examinant un lambeau de diaphragme de bœuf, une petite vésicule ovoïde, translucide, longue d'environ 1 centimètre.

A son intérieur existait une membrane amorphe, à laquelle adhérait une deuxième vésicule de la dimension d'un grain de chénevis. Cette dernière vésicule étant ouverte au moyen d'une aiguille, la compression en fit sortir un corps allongé, adhérant d'une part, se terminant de l'autre par une extrémité libre, garnie de quatre grandes ventouses sans crochets. La tête en était identique à celle du tænia inerme, et M. Cauvet, actuellement pharmacien en chef de l'hôpital de Vincennes, a conservé : 1° le cysticerque, 2° l'extrémité antérieure du tænia.

Dans ce même volume de la *Gazette médicale* (1874, p. 425), on lit une autre note de M. le docteur J. Arnould qui, à Constantine, également en 1866, a trouvé dans un morceau de filet de bœuf servi sur une table, un kyste, dont l'examen immédiat lui permit de constater la présence, à son intérieur, d'un scolex de tænia inerme. Voilà donc dix ans que ce dernier fait a été observé par notre savant confrère.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Ulcération de la langue, de la voute palatine, etc., chez un phthisique. — M. VALLIN présente des pièces anatomiques qui ont été recueillies sur un homme de quarante-trois ans, mort récemment dans son service au Val-de-Grâce.

Cet homme, fut atteint, en 1872, d'une affection aiguë de la poi-

trine, et eut, des hémoptysies et probablement une poussée tuberculeuse. En 1875, il présentait quelques ulcérations à la langue et à la voûte palatine. Ces ulcérations étaient-elles de nature syphilitique? Le malade avouait avoir eu un chancre vingt ans auparavant, et n'avoir jamais suivi de traitement bien régulier. En janvier 1876, il eut une nouvelle hémoptysie; en février, M. Vallin constate de la tuberculose, et le malade entre dans son service le 15 juin. La voix est nasonnée, il y a de la dysphagie; les liquides introduits dans la bouche repassent par le nez. Au fond de la gorge on constate les ulcérations à bords rouges, vifs saignants, à fond grisâtre, et qui s'étendent sur les piliers du voile du palais, à la voute palatine, sur les parties latérales de la langue et qui même atteignent l'os. La lèvre inférieure et le menton sont insensibles, la mâchoire inférieure est tombante et l'on constate des signes de paralysie de la branche inférieure du nerf facial. La gêne de la respiration va en augmentant dans la nuit, et le malade succomba le matin.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une pneumonie caséeuse, plusieurs cavernes contenant des granulations grises, jaunâtres et dans la plèvre également des granulations grises.

On constate, en un mot, toutes les lésions anactomo-pathologiques de la tuberculose. Mais M. Valin se demande de quelle nature sont les ulcérations, si elles sont syphilitiques ou tuberculeuses.

M. FÉRÉOL, tout en reconnaissant qu'il est très-difficile de se prononcer, tendrait cependant à admettre la nature tuberculeuse de ces ulcérations, à cause de leur nombre considérable. Peut-être aussi pourrait-on admettre une scrofule tardive.

M. BUCQUOY ne croit pas à la scrofule, et pense que l'on doit rapprocher ce cas de ceux qui ont été présentés à la Société, par M. Isambert, et qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse.

M. GUYOT ne croit pas non plus à la scrofule, parce que les altérations sont trop nettement limitées.

Accès éclamptiques déterminés par un tænia solium. — M. FÉRÉOL présente trois têtes de tænia solium, rendues par un malade de la Maison de santé, qui avait été traité en ville comme éclamptique et avait été soumis au bromure de potassium. Admis comme tel à la Maison de santé, il continua, pendant deux ou trois jours, à suivre ce traitement, lorsque M. Féréol lui demanda s'il avait rendu des vers. Il apprit alors qu'en effet, ce malade avait, il y a quatre ans, rendu des vers, sans qu'on y attachât aucune importance. Les symptômes qu'il présente actuellement, remontent à deux ans, et reviennent tous les quinze jours avec une sorte d'alternative dans l'intensité des crises. M. Féréol, soupçonnant l'existence d'un tænia, prescrivit une dose de kousso, qui suffit pour faire rendre au malade d'énormes paquets de tænia, au milieu desquels il trouva les trois têtes qu'il présente à la Société. Il se demande quelle pouvait être l'origine de ce tænia, et apprit que le malade était un ancien militaire, qu'il avait joui d'une bonne santé jusqu'en 1870, que, pendant le siége, il fut mal nourri, mangea souvent des saucisses et de la charcuterie peu cuite; suivant M. Féréol, c'est à cette époque, qu'il faut faire remonter l'origine du tænia de ce malade.

M. BUCQUOY a fait rendre avec le kousso un botriocéphale, helminthe assez rare dans nos pays. Ayant voulu déterminer l'origine de ce ver chez son malade, il apprit qu'en 1854, il avait fait campagne sur les bords de la Baltique. Depuis lors il n'a jamais séjourné ni en Suisse, ni dans les contrées où existe le botriocéphale. Il appelle particulièrement l'attention sur le long séjour de cet helminthe dans l'intestin.

M. DELASIAUVE dit avoir vu des épileptiques atteints de vers intestinaux. Il a même vu des individus atteints de troubles psychiques que l'on attribuait également à la présence de ces vers dans l'intestin, et il est difficile, suivant lui, de dire s'il y a là une relation de cause à effet ou s'il n'y a qu'une simple coïncidence.

M. HOMOLLE dit avoir soigné une charcutière atteinte d'épilepsie. Le bromure de potassium n'ayant, chez cette malade, donné aucun résultat, il soupçonna la présence du tænia, donna la poudre de racines de grenadier par paquets de 2 grammes dans du pain azyme, et lorsque la malade en eut pris 40 grammes, il prescrivit l'huile de ricin. Ce traitement amena l'expulsion du tænia et la cessation de l'épilepsie.

Chez un autre malade, également charcutier, âgé de soixante-dix ans, il fit rendre, par le même procédé, sept têtes de tænia. M. Homolle fait remarquer qu'il n'administre pas la poudre de racine de grenadier, coup sur coup, afin que l'économie ne s'y habitue pas; il espace un peu les doses, et prépare ainsi le malade en lui défendant l'usage des stimulants quelques jours auparavant.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Essai sur les doses toxiques et les contre-poisons de quelques composés arsenicaux

Par René ROUYER, aide d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy.

Les étudiants de Nancy continuent à suivre la voie expérimentale et à faire leurs thèses inaugurales dans les laboratoires que la ville leur a si magnifiquement organisés. Espérons que l'exemple ne sera pas perdu, et que dès lors les thèses ne seront plus une formalité imprimée, mais une véritable pierre apportée à l'édifice de la science médicale.

Le travail de M. Rouyer est plus qu'un essai, c'est un mémoire écrit avec des faits, rien qu'avec des faits, sans s'inquiéter des théories. On ne pouvait attendre mieux du préparateur du professeur Feltz.

Les composés arsenicaux sont étudiés dans cinquante expériences, toutes faites sur des chiens, innocentes victimes qui ont excité la commisération du recteur et de son auditoire dans son discours de rentrée solennelle des Facultés.

Le but du travail est de rechercher quelle est la plus petite dose d'arsenic capable de donner la mort, et quels sont les effets des principaux contre-poisons recommandés. Il est inutile d'ajouter que les expériences, faites sous les yeux et dans le laboratoire du professeur Feltz, ont été exécutées avec toute la précision et toute la rigueur qu'on peut exiger en physiologie.

Les analyses et les préparations des produits faites par M. Ritter sont aussi à l'abri de toute critique.

L'auteur étudie successivement l'acide arsénieux, l'arséniate de sodium et l'arsénite de potassium. Sans nous arrêter à décrire les procédés d'expérimentation, nous donnons les principales conclusions pratiques obtenues par M. Rouyer :

I. ACIDE ARSÉNIEUX.

A. *Introduit dans le sang.*

1° Il suffit de très-petites doses pour faire naître des symptômes d'empoisonnement, soit 0gr0006 par kilogramme (du poids de l'animal).

2° On détermine des symptômes graves d'empoisonnement, et quelquefois la mort, quand on en injecte dans le sang 0gr0025 par kilogramme.

3° La mort est certaine quand la dose absorbée atteint 0gr003 par kilogramme.

4° La mort arrive dans l'espace de vingt-quatre à trente-cinq heures dans le cas de 0gr0025; elle arrive au bout de huit heures dans le cas de 0gr003.

B. *Dans l'estomac.*

1° La quantité de 0gr06 d'acide arsénieux dissous, par kilogramme du poids des chiens, injectée dans l'estomac suffit pour amener la mort et la provoquer dans presque tous les cas.

2° La dose de 0gr07 par kilogramme amène certainement la mort.

3° Si l'empoisonnement n'est survenu qu'à une dose plus forte, il était aussi beaucoup plus rapide, et cela tient à un état particulier des chiens qui rejettent trop vite le poison.

4° Dans l'empoisonnement à la dose moyenne de 0gr06 par kilogramme, la mort arrive ordinairement au bout de vingt-quatre heures.

II. ARSÉNIATE DE SOUDE.

A. *Dans le sang.*

1° La véritable dose toxique est 0gr005 par kilogramme.

2° Au-dessous de cette dose on provoque des accidents graves, sans toutefois causer la mort.

3° La durée de l'intoxication est de douze à vingt heures.

B. *Dans l'estomac.*

La dose de 0gr15 amène des symptômes d'empoisonnement, mais ne donnant pas toujours la mort qui, lorsqu'elle arrive, survient vingt-quatre à trente heures après.

III. Arseniate de potasse.

A. *Dans le sang.*

1° La dose toxique est de 0gr003 par kilogramme.

2° Dans ce cas, la mort survient au bout de sept heures.

B. *Dans l'estomac.*

1° La dose toxique est 0gr03 par kilogramme.

2° La mort survient de six à sept heures après.

Un chapitre spécial est accordé à l'*action générale* de l'arsenic sur l'économie ; nutrition, circulation, respiration, innervation, avec l'étude et la discussion des *lésions anatomiques.*

La seconde partie est consacrée à l'étude des *contre-poisons de l'arsenic.*

Nous extrayons des conclusions les suivantes, qui intéressent tous les praticiens :

a. L'hydrate de sesquioxyde de fer, récemment préparé (gélatineux et brun), est un contre-poison de l'*acide arsénieux*, mais pas de l'arséniate de soude pas plus que de l'arsénite de potasse.

b. Au-delà d'une heure, il n'est plus temps d'agir.

c. Pour l'arsénite de potasse et l'arséniate de soude, l'auteur propose le chlorure ferrique joint à la magnésie.

d. Le mode d'emploi sera : solution officinale de chlorure ferrique, et un quart d'heure après, magnésie dans la proportion de 4 grammes de magnésie pour 100 centimètres cubes de la solution de chlorure ferrique.

e. Ce *chlorure ferrique et la magnésie* sont également un contre-poison de l'acide arsénieux. Donc il est préférable de l'employer toujours dans les empoisonnements par les composés arsénicaux.

f. Une heure après l'administration d'un contre-poison, il sera bon toujours d'employer un purgatif destiné à expulser l'arsénite ferrique qui prend naissance, et, comme cet arsénite est soluble dans les acides, éviter les boissons et limonades acides.

Le jury a rendu justice à M. Rouyer, en accordant à son travail la note « extrêmement satisfait. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 23 juin 1876, des concours s'ouvriront à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras :

Le 8 janvier 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes;

Le 15 janvier 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchement.

— Dans sa séance du 24 juin, le conseil municipal a discuté les conclusions du rapport de M. Dubois au sujet de la construction de la nouvelle clinique d'accouchement. M. le rapporteur proposait de prélever, sur le crédit ouvert au budget de 1876, une somme de 1, 389, 485 francs pour l'acquisition des terrains et l'édification des nouveaux bâtiments. Le conseil, après une longue discussion, a renvoyé l'affaire à la commission.

— *Cours particulier de technique microscopique.* — M. le docteur Latteux, sous-chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital des Cliniques, recommencera ce cours le lundi 3 juillet, à quatre heures.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en état de faire toutes les préparations microscopiques et d'analyser les pièces que présente journellement la pratique médicale.

Ils seront exercés individuellement et répéteront eux-mêmes toutes les expériences (étude des tissus normaux et des principaux tissus pathologiques, coupes, injections, montages et conservations des préparations, etc).

Ce cours aura lieu tous les jours, excepté le samedi dans le laboratoire de clinique et durera un mois.

Des microscopes seront mis à la disposition des élèves.

On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital des Cliniques ou chez M. le docteur Latteux, 4, rue Jean Lantier, derrière le Châtelet, de midi à deux heures.

— *Muséum d'histoire naturelle. — Cours de physiologie générale.* — M. Claude Bernard commencera ce cours le vendredi 30 juin 1876, à dix heures et demie, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera de l'unité de la vie dans les deux règnes.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. Des leçons pratiques seront faites au laboratoire dans la seconde partie du cours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire officinal et magistral international comprenant environ 4,000 formules tirées des pharmacopées légales de la France et de l'étranger ou empruntées à la pratique des thérapeutistes et des pharmocologistes, avec les indications thérapeutiques, les doses des substances simples et composées, le mode d'administration, l'emploi des médicaments nouveaux, etc.; suivi d'un mémorial thérapeutique, par le docteur J. Jeannel, pharmacien inspecteur en retraite, ancien membre du conseil de santé des armées. — 2e édition, revue et mise au courant des progrès de la thérapeutique. — 1 vol. in-18 de 1,000 pages relié en toile. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique, par le docteur Desbrosse. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Annuaire des eaux minérales et des bains de mer. — 17e année. — In-36 de 280 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et C[ie], rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Pilules de Blancard, approuvées

par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées),

sulfureuses, silicatées sodiques.

SOURCES DE LA RAILLÈRE, CÉSAR, MAUHOURAT.

L'efficacité de ces eaux en boisson et gargarisme, leur action tonique et reconstituante ont donné à la station de CAUTERETS une réputation hors ligne Elles ne subissent pas d'altération appréciable en bouteilles.

LA RAILLÈRE. — *Maladies des bronches, phthisies, rhumes persistants, catarrhes, pharyngites, laryngites; affections des voies respiratoires en général.* — Très-favorable aux tempéraments chlorotiques, lymphatiques, anémiques.

CÉSAR. — *Maladies des bronches, catarrhes, asthmes, emphysèmes, pharyngites, laryngites, maladies de la peau.* — Convient particulièrement aux tempéraments sanguins et à ceux de nature herpétique.

MAUHOURAT. — *Affections de l'estomac, gastralgies, dyspepsies, entéralgies, anémies.* — Agit activement sur les voies digestives et la sécrétion urinaire. — Se boit aux repas, coupée avec du vin ou seule.

Chez tous les marchands d'eaux minérales et les principaux pharmaciens, ou écrire à CAUTERETS, *au Directeur des Eaux.*

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche.*

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot. *Laroche*

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. FREMINEAU, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie.* Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. DOSE : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. ADULTES : Une cuillère à bouche. ENFANTS : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez DESNOIX et C[e], 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

L'eau de Léchelle hémostatique

combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses.*

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité de fabrication.*

Dyspepsies, gastrites, gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

PEPSINE BOUDAULT EN POUDRE par flacon de 10 prises de 1 gramme.

ÉLIXIR et VIN DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose : une cuillerée à bouche.

PASTILLES, DRAGÉES, PILULES DE PEPSINE BOUDAULT. — Dose de 3 à 5.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du D[r] Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail, Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine, correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, n° 20.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il est maintenant bien peu de séances qu'un comité secret n'interrompe à quatre heures, ou quatre heures un quart.

Encore aujourd'hui, M. Depaul, qui reprenait la discussion sur les bruits de souffle de la grossesse, s'est vu forcé, par cette cause, de remettre à mardi prochain la seconde partie et les conclusions de son discours. A peine lui a-t-on laissé le temps d'achever le renversement de la nouvelle théorie, dite *épigastrique*, de M. Glénard. Du reste, M. Glénard lui-même vient, en dernier lieu, d'abandonner cette théorie, pour une autre, qui ne paraît pas mieux fondée.

Mais ce n'est pas là qu'est surtout l'intérêt de la controverse. La théorie de M. Bouillaud subsiste, intacte sur des bases qui paraissent inébranlables. Elle s'accorde à merveille avec toutes les données anatomiques et physiologiques; les artères, qu'elle désigne comme siége de ces bruits si forts, sont d'un calibre assez considérable pour qu'ils s'y produisent en effet.

On se demande s'il en est de même des artères de l'utérus, où M. Depaul veut les placer. C'est là surtout la démonstration que l'on attend de ce dernier. Quant aux arguments accessoires, que le savant professeur de clinique obstétricale a présentés dans la première partie de son discours, ils sont tous susceptibles d'une interprétation favorable à la théorie de M. Bouillaud. Ainsi, il est bien évident qu'en soulevant l'utérus, à l'aide d'une pression forte exercée par un doigt placé dans le vagin, on pourrait empêcher l'organe d'appuyer sur les artères iliaques, et faire disparaître un bruit de souffle qui aurait pour siége ces artères. Le succès d'une expérience de cette nature ne saurait donc prouver à lui seul l'origine intra-utérine des bruits de souffle de la grossesse.

Ces bruits diffèrent-ils par leurs caractères de ceux qu'une légère pression pourrait faire naître dans les artères iliaques? M. Bouillaud le nie. M. Depaul oppose à cette négation une affirmation non moins précise. C'est un autre point à établir.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANCEREAUX.

Kyste hydatique du foie (1).

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

II

En dehors de ces deux dernières variétés, je dois dire que je n'ai jamais vu que des kystes hydatiques, et je ne sache même pas que l'on en ait décrit d'autres.

Nous sommes donc conduit, par exclusion, à diagnostiquer l'existence d'un kyste hydatique, et cela, avec autant plus de raison, que les conditions d'existence de cette femme sont précisément celles d'un peuple chez lequel les kystes hydatiques se rencontrent avec une fréquence remarquable : le peuple islandais.

Au point de vue du diagnostic, on pourrait encore croire chez elle à la présence d'un sarcôme, malgré la fluctuation assez manifeste que la percussion détermine dans sa tumeur. Un moment, cette idée nous est venue à l'esprit. En effet, j'ai vu, tout récemment encore, des femmes atteintes de sarcômes de la partie inférieure du foie, constituant une tumeur qui descendait jusqu'au niveau du bassin, et qu'on aurait pu prendre pour des kystes de l'ovaire. Cette erreur de diagnostic était d'autant plus facile à commettre, qu'il existait dans ces sarcômes, de forme ovoïde, un épanchement sanguin, abondant, distendant la capsule de Glisson et donnant lieu à de la fluctuation.

D'autre part, l'hydronéphrose pourrait être mise en parallèle avec un kyste du foie. Supposons, en effet, qu'il existe une distension considérable du bassinet et de l'uretère par l'urine, on aurait ainsi une tumeur qui viendrait faire saillie en arrière, sur les côtés et en avant de l'abdomen. Mais cette tumeur est habituellement très-allongée, pyriforme, et se termine dans la fosse iliaque, quelquefois même dans le bassin, refoulant le foie au-devant d'elle. Or, ce n'est pas ce qui existe chez cette femme.

Enfin, une autre variété de tumeur pourrait encore en imposer pour un kyste du foie, c'est le kyste du rein. Alors, le rein est partagé en une série de loges, renfermant, dans leur intérieur, une sérosité transparente, quelquefois colorée par du sang.

Dans le but de vérifier le diagnostic et de contribuer à la mort des hydatides, s'il en existait, par l'évacuation du liquide contenu dans le kyste, trois ou quatre jours après l'entrée de

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 juin.

cette femme, nous avons fait une première ponction au-dessous des fausses côtes, au niveau d'un des points les plus saillants de la tumeur. Immédiatement après l'introduction du trocart, il s'écoula une quantité très-abondante d'un liquide blanc, laiteux, dans lequel nageaient quelques globules de pus. Nous remarquions, en outre, que lorsqu'on venait à imprimer un mouvement à l'extrémité de la canule introduite dans la tumeur, le bout de l'instrument était très-peu libre et rencontrait un certain degré de résistance. Dans ces conditions, nous avons dû le retirer, et, ne voulant pas pratiquer immédiatement une nouvelle ponction, nous décidâmes de laisser reposer la malade pendant quelques jours.

Il n'est donc résulté absolument rien de cette opération : le diagnostic lui-même n'était pas fixé.

Aussi, profitant de la présence dans nos salles d'un médecin-professeur au Brésil, où les maladies du foie sont fréquentes, M. Renaud crut devoir lui présenter notre malade, que notre collègue n'hésita pas à déclarer affectée d'une suppuration du foie et d'une tumeur qui n'était autre qu'un abcès.

Malgré cette affirmation, je persistais à maintenir mon diagnostic à l'appui duquel je pouvais invoquer, du moins, les caractères de la tumeur et l'élément étiologique.

Le 10 décembre, une nouvelle ponction fut pratiquée un peu à gauche de la précédente. Il sortit environ 20 grammes d'un liquide transparent, limpide, puis l'écoulement cessa.

La quantité recueillie fut néanmoins suffisante pour qu'on en put faire l'analyse minutieuse. Si nous ne trouvâmes pas les crochets d'échinocoques caractéristiques, nous acquîmes du moins la certitude qu'il ne contenait pas non plus trace d'albumine. Ce dernier caractère venait déjà confirmer mon diagnostic, car, à moins qu'il ne s'agisse d'urine normale, je ne sache pas de liquide organique qui, traité par l'acide nitrique et la chaleur, ne donne lieu à un coagulum plus ou moins épais; et si, d'autre part, la densité du liquide, à 1007 ou 1008, si les sels abondants, les matières grasses, l'acide urique qu'il contenait le faisaient ressembler à l'urine dans une certaine mesure, il s'en éloignait du reste par sa transparence et sa limpidité.

Nous étions donc conduit à admettre, d'une façon définitive, que nous étions bien réellement en présence d'un kyste hydatique.

Mais, quelle était la cause de cette tumeur ? L'étiologie de cette affection était autrefois obscure, mais, depuis, la médecine a fait sur ce sujet d'immenses progrès; aujourd'hui on sait parfaitement à quoi s'en tenir sur le mode d'origine de cette affection et les phases que présente son développement. L'animal dont je vous ai dit quelques mots, à propos de l'histoire de cette femme, vivant, faisant ses ordures dans la salle qu'elle-même habitait, était certainement atteint du tænia échinococcus. Il est donc probable que des œufs, dont le parasite est porteur à cette période de son développement, expulsés avec les fragments d'anneaux rendus par le chien, se sont trouvés mêlés, je ne sais comment, avec les matières alimentaires, les boissons, et ont été avalés par notre malade.

Quoi qu'il en soit, qu'avons-nous à faire, en présence d'une affection de cette nature. Autrefois, on administrait à l'intérieur des médicaments qu'on croyait capables d'agir sur la tumeur; extérieurement on préconisait des frictions à la teinture d'iode, à la pommade mercurielle iodurée, etc. Certains médecins pensent avoir guéri des kystes par cette médication. C'est une erreur, et si dans de telles conditions on a observé la guérison, c'est que celle-ci est survenue spontanément.

Récemment encore, on a essayé la guérison du kyste par l'emploi du kamala, poudre rouge originaire de Cochinchine, laquelle aurait pour propriété de tuer le tænia, comme le kousso, la racine de grenadier. L'emploi de ce moyen était fondé sur le raisonnement suivant que le kamala, tuant le tænia, devait évidemment avoir la même action destructive sur l'echinocoque, qui n'est autre que le scolex du tænia echinococcus.

Mais cette espérance ne s'est pas réalisée, et on n'est pas parvenu à détruire le kyste hydatique, de telle sorte qu'on se trouve aujourd'hui réduit, pour obtenir la guérison, à pratiquer une opération, extrêmement simple, il est vrai, qui consiste à évacuer du kyste le liquide qu'il renferme, opération à la suite de laquelle les hydatides se flétrissent, entraînant la mort des échinocoques. Deux fois déjà, à l'hôpital Saint-Antoine, il m'est arrivé de guérir des kystes de cette façon. A la suite de ponctions aspiratrices, qui ont donné issue chez le premier malade, à environ un litre de liquide kystique, à trois litres chez le second, j'ai vu la poche s'affaisser. Le liquide ne s'étant pas reproduit, j'ai tout lieu de croire que la guérison s'est effectuée.

Cette ponction aspiratrice n'est pas dangereuse. Deux fois déjà nous l'avons pratiquée chez notre malade, et la dernière seulement a déterminé un peu d'inflammation. Mais en revanche, nous avons eu la bonne fortune de vider le kyste, qui paraît être aujourd'hui en voie de guérison.

Mais nous en tiendrons-nous là, ou bien chercherons-nous à pratiquer une nouvelle ponction? Je ne suis pas éloigné de cette idée, et je crois qu'avec une canule, un peu plus forte que celle que nous avons précédemment employée, nous parviendrons à vider complétement la poche. Si, contrairement à nos prévisions, nous ne réussissions pas, nous procéderions alors à l'évacuation du kyste par la méthode de Récamier, méthode qui consiste à détruire la paroi abdominale à l'aide d'un caustique tel que la pâte de Vienne ou le chlorure de zinc. Par ce moyen, on détermine la formation d'une eschare, que l'on fend trois à quatre jours après sa production. Ceci fait, on procède à une nouvelle application de caustique, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à la partie profonde de la paroi abdominale. Quand on croit avoir ainsi complétement détruit les couches musculaires et être sur le point d'atteindre le péritoine, on ralentit les applications de caustiques, on attend ainsi sept, huit, dix ou quinze jours, pour laisser au feuillet pariétal de la séreuse, le temps de se souder au feuillet viscéral, et permettre ainsi, aux fausses membranes, de s'organiser. L'adhérence des deux feuillets étant alors obtenue, à l'aide d'une dernière application de caustique, on arrive jusqu'à la tumeur que l'on ouvre, soit par incision, soit encore au moyen d'une nouvelle application caustique. Le kyste se vide alors, mais pour cela le malade n'est pas encore guéri. Il faut savoir, en effet, quand la poche est vaste, que celle-ci peut suppurer, complication fâcheuse qui entraînera la mort du sujet, par épuisement ou par résorption purulente, si vous ne prenez des précautions de propreté qui devront consister en des lavages de la cavité. C'est ce que j'ai vu arriver, alors que j'étais interne de M. Gendrin. Mais aujourd'hui que les liquides désinfectants sont beaucoup plus maniables qu'autrefois, cet accident est moins à craindre, et je crois que, si nous étions parvenu à ouvrir le kyste de notre malade, nous aurions pu éviter la suppuration prolongée, par des injections au chloral faites dans sa cavité.

CLINIQUE ODONTOLOGIQUE. — M. E. MAGITOT.

—

De la gingivite. — Ses différentes formes. — Essai de classification. — Son traitement par l'acide chromique monohydraté.

(Leçons et observations recueillies par M. Th. DAVID, étudiant en médecine.)

I

Anatomie descriptive et histologique de la gencive.

Le gencive représente dans la bouche une région nettement limitée, tant sous les rapports anatomique et physiologique qu'au point de vue pathologique. Bien que partout en continuité directe avec la muqueuse buccale, elle en diffère assez notablement par sa constitution intime et par ses fonctions pour qu'on puisse l'en séparer et rattacher alors sa description à celle de l'arcade alvéolaire, à laquelle elle semble avoir pour rôle de former un revêtement spécial.

En raison même de cette délimitation, les lésions, — et nous ne voulons parler ici que des lésions inflammatoires de la muqueuse de la bouche et du tissu gingival, — ne sont pas nécessairement inséparables, et les termes *stomatite* et *gingivite* créés par les auteurs ne peuvent pas être synonymes. Nous voulons dire que, si la stomatite généralisée épargne rarement la gencive, il n'en est pas moins vrai que souvent la gingivite est et reste isolée, prenant ainsi tous les caractères d'une maladie spéciale.

Notre intention est donc de décrire nosographiquement la gingivite comme affection locale. Cette maladie n'a été jusqu'à présent l'objet d'aucun travail spécial, d'aucune monographie; il nous a semblé qu'il y avait là une lacune qu'ont pour but de combler les présentes études.

L'histoire des états inflammatoires variés qui peuvent avoir pour siége la gencive supposant la notion exacte de la structure de ce tissu, nous commencerons par en donner brièvement la description anatomique.

Envisagée à ce point de vue, la gencive représente une membrane qui recouvre exactement toute la partie saillante de l'arcade alvéolaire des mâchoires. Ses limites artificielles sont d'une part le fond du vestibule de la bouche, où la gencive se confond avec la muqueuse buccale, et d'autre part le plancher de la bouche pour la région inférieure et la muqueuse palatine pour la région supérieure.

C'est ainsi que, partie du fond de la gouttière vestibulaire, en haut et en bas des sillons genio-maxillaires, la muqueuse gingivale se prolonge sur la face antérieure ou convexe de l'arcade alvéolaire des mâchoires en y adhérant intimement. Arrivée au bord libre des alvéoles, elle rencontre le collet des dents. Là elle forme en avant de chacune d'elles, un repli *semi-lunaire antérieur*, de chaque extrémité duquel se détache une petite languette de muqueuse qui traverse l'interstice dentaire pour se réunir du côté opposé avec les extrémités d'un même repli, le *repli semi-lunaire postérieur*. Ces petites languettes forment comme des ponts que soutiennent les bords libres des cloisons osseuses interdentaires. La réunion l'un à l'autre des deux replis semi-lunaires forme autour de chaque collet dentaire un cercle ou anneau complet de muqueuse que laisse béant en son centre l'ablation d'une dent. Au bord de ce cercle, très-adhérent à la dent, vient s'insérer le périoste alvéolo-dentaire. Cette insertion se fait très-exactement au point où cesse le cément et où commence l'émail; il n'est donc pas exact de dire que la racine des dents déborde de quelques millimètres le bord gingival; ce fait n'a lieu qu'à l'état pathologique. La membrane alvéolo-dentaire ne représente nullement, comme l'ont prétendu les auteurs, une continuation de la muqueuse buccale. Elle est la représentation de la paroi du follicule, laquelle traversée au moment de l'éruption dentaire par la couronne, se fixe au collet de la dent et aux replis semi-lunaires.

Après avoir franchi le bord libre alvéolaire au moyen des languettes interdentaires, la muqueuse gingivale reprend son trajet sur la face concave ou postérieure de l'arcade alvéolaire à laquelle elle adhère comme à la face antérieure; puis, arrivée à la base de ce bord, elle se continue sans aucune marque de délimitation avec la muqueuse voisine de la cavité buccale proprement dite.

La gencive est remarquable par sa consistance, variable d'ailleurs aux divers âges de la vie, et par son adhérence aux plans osseux qu'elle recouvre. Mais à l'état pathologique elle perd ces caractères. Elle se ramollit et se décolle très-facilement des surfaces qu'elle recouvre. La plupart des affections inflammatoires, dont elle peut être le siége, ont pour première conséquence rapide, outre le décollement de la muqueuse, la rupture des ponts qui occupent les interstices dentaires, de sorte que les lambeaux, devenus libres, flottent en avant ou en arrière de l'arcade dentaire, se détruisent et laissent à nu la partie correspondante du bord alvéolaire qui peut devenir à son tour un siége d'ostéite superficielle et d'exfoliation insensible. C'est par la combinaison de ces deux phénomènes que souvent la réparation des parties devient impossible et que la dent, privée de ses principaux éléments de protection, la paroi alvéolaire et la gencive, s'ébranle et tombe.

Chez le fœtus, à partir de l'époque qui correspond au début de la formation intra-folliculaire des dents, jusqu'à celle qui précède les premiers phénomènes d'éruption, la muqueuse gingivale présente une consistance considérable qui lui permet de résister à toutes les pressions auxquelles elle reste exposée avant l'apparition des dents de lait. Au niveau de la ligne qu'occuperont celles-ci, elle offre un épaississement gris blanchâtre, relevé en saillie ou crête tranchante, et dont le bord libre présente, d'espace en espace, de petites dépressions ou incisures qui lui donnent l'aspect un peu dentelé. C'est cette crête gingivale qui a été désignée sous le nom de *cartilage dentaire* (*cartilago dentalis*) et considérée comme réellement constituée par un tissu cartilagineux. Elle n'est cependant formée que par un tissu fibreux, recouvert d'une épaisse couche d'épithélium pavimenteux stratifié.

Plus tard, alors que l'éruption des dents est achevée, la gencive, cessant d'être directement exposée aux pressions, aux frottements, perd beaucoup de sa consistance et se ramollit très-facilement sous l'influence des moindres irritations. Mais il n'en est pas de même chez le vieillard. Car, après la chute des dents et l'atrophie des alvéoles, elle revient en quelque sorte à son état primitif. Elle se distingue alors par l'uniformité de son épaisseur, l'épaississement et le durcissement de sa couche épithéliale stratifiée qui prend un aspect blanc ou grisâtre et devient en quelque sorte cornée, en tous points comparable aux callosités qui se produisent à l'épiderme cutané par suite de frottements répétés. Ce résultat est dû aux pressions incessantes qu'éprouvent les gencives dans les efforts de la mastication. C'est pour cette raison qu'on les trouve dépourvues de cette résistance et de cette densité considérables lorsqu'un appareil de prothèse dentaire sert de protection aux bords alvéolaires.

Étudiée au point de vue histologique, la muqueuse gingivale

doit être rangée dans la classe des membranes fibro-muqueuses. Elle est formée d'une trame de tissu conjonctif serré, plus épaisse que sur tous les autres points de la muqueuse buccale, formant un feutrage compact et envoyant par sa face profonde des prolongements nombreux qui vont se confondre avec les fibres propres du périoste osseux. Ainsi donc le périoste et le derme muqueux sont en communication directe sans interposition de tissu sous-muqueux. Cette trame est constituée par un réseau lamineux sans éléments élastiques. Sa surface libre est recouverte d'une couche épithéliale pavimenteuse, épaisse et stratifiée et dont l'enlèvement par le raclage est en général facile. Cette couche épithéliale revêt le chorion de la gencive dans toutes ses saillies ou ondulations. Les saillies qui sont très-visibles, même à l'œil nu, à la surface des gencives, interceptent des dépressions comparables aux pores de la peau, et qu'on croyait dues jadis à la présence de certaines glandes incluses dans l'épaisseur du tissu.

C'est là sans doute ce qui avait fait supposer à Serres l'existence des glandes tartariques.

Les gencives ne contiennent aucune glande, c'est leur caractère distinctif le plus remarquable. On aurait donc tort de continuer à admettre dans leur épaisseur des glandes dites mucipares, analogues à celles de la muqueuse intestinale, et de leur attribuer la production de ces enduits, considérés comme du mucus, qui se collectionnent sur le bord libre des gencives et dans les interstices dentaires, soit à l'état physiologique, soit surtout pendant le cours de certaines affections telles que les pyrexies, les maladies du tube digestif, etc. Ces prétendues glandes n'existent pas et le seul liquide secrété que l'on trouve dans la bouche, c'est la salive.

Les enduits sont formés par des débris alimentaires, des dépôts provenant des sels calcaires, et par des cellules épithéliales qui se détachent en assez grande abondance, lorsque le tissu gingival est enflammé, pour former une bandelette pultacée au bord libre des gencives. A toutes ces matières il faut ajouter divers microphytes et microzoaires, auxquels certaines théories attribuent un rôle plus ou moins actif dans la production de quelques maladies, soit de la muqueuse elle-même, soit des organes dentaires, la *carie* par exemple. A ces divers éléments s'ajoute encore, mais surtout à l'état pathologique, un certain exsudat épithélial, liquide, plus ou moins séreux et clair, n'ayant rien d'analogue avec le mucus proprement dit.

Le système vasculaire des gencives n'est pas très-riche, bien que le nombre des ramuscules qui s'y répandent soit considérable; en effet, les capillaires ont un petit diamètre, ce qui explique la rareté des hémorrhagies par les lésions traumatiques de la gencive, au moins à l'état normal. Les rameaux artériels viennent pour la gencive supérieure de la sous-orbitaire et de l'alvéolaire en avant, et en arrière de la sphéno-palatine et de la palatine supérieure. Pour la gencive inférieure, les vaisseaux viennent de la dentaire inférieure, de la sous-mentale et de la linguale.

L'ensemble du système sanguin n'est pas assez développé pour enlever au tissu sa densité et sa coloration pâle; mais à l'état pathologique les apparences changent singulièrement : sous l'influence de l'inflammation, le tissu gingival prend une coloration rouge plus ou moins marquée, devient mou, fongueux, et saigne au moindre contact. C'est ce que nous verrons particulièrement dans une forme de gingivite dite fongueuse.

Le système nerveux et les lymphatiques n'offrent rien de particulier, et sont en tout semblables à ceux du reste de la muqueuse buccale.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES, HORS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT (1)

Par M. le docteur J.-E. Carpentier-Méricourt.

Conclusions. — La menstruation et la métrorrhagie présentent une grande analogie, et les notions physiologiques peuvent éclairer la pathogénie de certaines hémorrhagies utérines. Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a congestion de l'ovaire, érection de tout le système utéro-ovarien, et le sang coule tant que dure le stimulus. — Lorsqu'on est en présence d'une hémorrhagie, il faut rechercher le point dit ovarique, et, si on le trouve, instituer un traitement destiné à faire tomber le spasme qui amène la congestion. Une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine suffit dans beaucoup de cas. — Nous pensons que la physiologie pourrait expliquer, d'une façon analogue, la pathogénie de certaines hématocèles pelviennes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1876. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire de la 36e livraison de la carte de France, dressée par l'état-major.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Beaupal, médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire), sur une épidémie diphthéritique qui vient de sévir dans la vallée de la Loire.

2° Des rapports sur les épidémies qui ont régné en 1855, dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise.

3° Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département d'Indre-et-Loire en 1855, ainsi qu'un rapport de M. le docteur Sainton, médecin des épidémies de l'arrondissement de Chinon.

4° Un rapport de M. le docteur Fontaine, sur l'épidémie de diphthérie qui a régné en 1875, dans la commune de Bar-sur-Seine. (Commission des épidémies.)

5° Le rapport général de M. le médecin inspecteur des Eaux-Chaudes, pour les années 1874 et 1875. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Pages, médecin de l'hospice d'Alais (Gard), intitulé : *Étude clinique sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.* (Commission : MM. Hérard, Moutard-Martin, Woillez.)

2° Une lettre de M. le docteur Manouvrier fils (de Valenciennes), accompagnant l'envoi des duplicata de plusieurs rapports déjà adressés par lui à l'Académie, et non mentionnés dans le Bulletin.

DISCUSSION SUR LE BRUIT DE SOUFFLE DIT PLACENTAIRE

M. Depaul reprend l'historique de la question. Ce n'est pas M. Kergaradec qui a le premier appliqué le nom de *souffle placentaire* au bruit de souffle découvert par lui chez les femmes grosses; il le nommait *pulsation avec souffle*. C'est M. Delens qui, dans un travail additionnel publié en guise d'appendice, à la suite du mémoire de M. Kergaradec, a imaginé ce mot adopté depuis lors par plusieurs auteurs, entre autres Monot. L'orateur passe en revue toutes les théories qui se sont succédées pour expliquer ce bruit, avant celles de M. Glénard (de Lyon). Il se déclare prêt à admettre, mais dans certains cas seulement, l'interprétation de M. Bouillaud. Il se peut, en effet, que le souffle se produise quelquefois dans une des iliaques, et soit transmis par le globe utérin. Mais tandis que M. Bouillaud fait de ce mécanisme la règle, M. Depaul n'y voit que l'exception. Quant au travail de M. Glénard, M. Depaul en fait une rapide

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1876, O. Doin.

analyse. Ce mémoire comprend trois parties. La première, relative à l'anatomie de l'artère épigastrique, ne renferme rien de nouveau. La deuxième, relative à la physiologie de la paroi abdominale, est, au contraire, très-soignée, et contient plusieurs aperçus originaux. La dernière expose la théorie épigastrique du bruit du souffle. On pourrait ne pas en parler, car son auteur l'abandonne lui-même, après avoir complétement échoué dans les tentatives de démonstrations expérimentales qu'il en a faites dans le service de M. Depaul. Mais il se trouve que cette théorie n'est point propre à M. Glénard. C'était déjà celle de Kiwisch, un médecin de Rotterau, qui l'a publiée, en 1845, à la fin du second volume de ses *Klinische Vortraege*. Ces détails ont été donnés à M. Depaul, par M. Stoltz, doyen de la Faculté de Nancy, dans une lettre, datée du 19 juin, qui renfermait en outre la traduction textuelle de l'article de Kiwisch. Ainsi, bien que M. Glénard ait abandonné sa théorie, elle subsiste encore sur l'autorité d'un auteur plus ancien, et il peut-être utile de l'examiner, d'autant plus qu'antérieurement à Kiwisch lui-même, dès 1839, l'anglais Hope, dans son *Treatise on the diseases of heart*, avait déjà dit que le siége du souffle de la grossesse pouvait être parfois dans les artères iliaques.

Cette théorie peut-elle supporter une discussion sérieuse? M. Depaul ne le pense pas. M. Glénard l'avait appuyé sur un certain nombre de propositions, que l'expérience a démenties. Il soutenait que le siége stéthoscopique du souffle maternel était si bien déterminé, que pour le trouver, il suffisait de tracer une ligne sur l'abdomen, à une distance toujours égale de l'épine iliaque antérieure; que quelquefois il était borné à 1 centimètre carré, toujours sur un point de cette ligne; qu'il ne manquait jamais chez aucune femme grosse; qu'il existait presque toujours des deux côtés; tout cela est loin d'être exact.

Quant à l'expérience fondamentale, elle consistait à comprimer l'artère épigastrique. Selon M. Glénard, cette compression devait faire cesser instantanément le souffle maternel; et celui-ci aurait reparu aussitôt qu'on l'aurait cessée.

M. Glénard s'était appuyé sur cette preuve avec contre-épreuve pour déclarer que l'artère épigastrique était le siége exclusif du souffle maternel. Suivant lui, le souffle épigastrique aurait les mêmes caractères que le souffle maternel. Il correspondrait surtout au dos de l'enfant, et donnerait une forte présomption de la position.

M. Depaul passe en revue tous les arguments exposés dans le premier travail de M. Glénard, en faveur de cette théorie épigastrique, que ce distingué médecin lyonnais vient d'abandonner subitement pour une autre, *la théorie de l'artère puerpérale*. En effet, dans le nouveau mémoire qu'il vient d'envoyer aujourd'hui à M. Depaul, M. Glénard, nommant *artère puerpérale* une grosse branche anastomotique qu'il aurait découverte entre l'iliaque interne et l'ovarique, et dont il compare le volume à celui de la crurale, place dans cette branche le siége des bruits de souffle de la grossesse.

Il manque à cette théorie de la dernière heure la démonstration anatomique. Quant à la théorie épigastrique, si M. Glénard l'abandonne, c'est qu'il n'a pas pu écarter les objections qui lui avaient été faites.

La première de ces objections est le très-petit calibre de l'artère épigastrique; M. Depaul fait passer sous les yeux des académiciens une préparation qu'il a faite de cette artère. Elle n'atteint pas à son origine le volume d'une plume de corbeau, bien que dilatée par une injection solidifiée. Il paraît donc bien difficile que les bruits si forts de la grossesse puissent avoir une telle origine.

D'ailleurs le bruit de souffle n'existe pas seulement sur le trajet de l'artère épigastrique, on peut l'entendre partout, sur les côtés, en haut, en bas.

Il n'est pas, du reste, facile sur tous les sujets de trouver l'artère épigastrique. M. Glénard, sur les femmes enceintes que M. Depaul lui avait fournies pour ses expériences, a éprouvé lui-même la grande difficulté que cette recherche peut présenter parfois. Il a complétement échoué sur plusieurs; et comme il semblait attribuer cet échec à ce que les femmes offraient un certain embonpoint, M. Depaul lui en ayant présenté deux très-maigres, il a encore échoué sur l'une de ces deux-là. L'artère épigastrique une fois trouvée, il n'est pas non plus très-facile de la comprimer.

M. BOUILLAUD. Dans les expériences faites devant moi, j'ai montré à M. Glénard qu'il comprimait beaucoup trop bas; que, pour effacer le calibre de l'artère épigastrique à son origine, il interceptait le cours du sang dans la fémorale et dans l'iliaque. En procédant ainsi, il pouvait évidemment, d'après ma théorie, faire disparaître parfois les bruits maternels, puisque le sang ne circulait plus dans les grosses artères qui, suivant moi, sont le siége de ces bruits.

M. DEPAUL. Ceci est parfaitement exact, j'allais le dire. J'ajouterai que M. Glénard n'est pas parvenu à faire une seule fois disparaître sous mon oreille, par la compression de l'épigastrique, les bruits de souffle maternels. J'auscultais la femme, sans regarder ce qu'il faisait; je lui disais : « J'entends les bruits; » il comprimait et me demandait : « et à présent? » Je lui répondais : « J'entends encore. » Cela ne veut pas dire qu'ils soit impossible de faire disparaître ces bruits par la compression exercée suivant le procédé de M. Glénard. Je suis même persuadé qu'il y parvient souvent. Cela doit être : non par suite de l'effacement de l'épigastrique, mais parce que l'utérus est alors comprimé sur deux points différents, ce qui change les conditions de la circulation intra-utérine. Or, pour moi, aujourd'hui comme autrefois, comme en 1873 lorsque je publiai sur ce sujet mon premier mémoire, comme en 1874 lorsque je fis paraître mon *Traité d'auscultation obstétricale*, il est toujours certain que ces bruits ont pour siége les artères de l'utérus.

Les *vibrations*, les *frémissements*, perçus quelquefois en même temps que ces bruits de souffle, ne prouvent pas plus pour une artère épigastrique que pour une artère utérine. C'est à tort que M. Glénard a voulu en faire un argument pour sa théorie. J'en dirai de même de ce qu'on observe dans certains cas de corps fibreux. Il y a fibromes et fibromes. Les uns développent l'utérus : c'est dans ceux-là que l'on entend surtout des bruits de souffle imitant ceux de la grossesse. D'autres l'écrasent et l'aplatissent. Dans ces derniers, le bruit de souffle est rare, et ce n'est pas le vrai souffle utérin.

Comment expliquer dans la théorie de M. Glénard, ou même dans celle de M. Bouillaud, le souffle qui existe dès les premiers mois, que j'ai entendu parfois après trois mois et demi, souvent après quatre mois de grossesse? Comment expliquer celui qu'on trouve chez les nouvelles accouchées?

Or, loin qu'il soit chez elles exceptionnel, M. Bailly, ainsi qu'il le rapporte dans un récent mémoire, l'a rencontré soixante-huit fois sur soixante-dix-huit : quinze fois il siégeait des deux côtés, treize fois du côté droit, vingt-six fois à gauche. Ceci est important à noter. En effet, chez les nouvelles accouchées, l'utérus s'incline presque toujours à droite. Si donc le bruit de souffle siégeait dans des artères comprimées par l'utérus, ce n'est pas à gauche, c'est à droite que le bruit de souffle devrait se faire entendre le plus souvent.

Pour clore la série des objections, que je veux opposer aujourd'hui aux théories qui font siéger le bruit du souffle hors de l'utérus, je rapporterai une observation de M. Rapin, de Lausanne.

Ce médecin ayant senti par le toucher, chez des femmes enceintes, des pulsations artérielles assez énergiques sur un point du col utérin, eut l'idée de rechercher s'il pourrait faire disparaître, par le moyen d'une compression exercée sur ce point, les bruits de souffle que l'on entendait à l'auscultation de l'abdomen; et il y aurait réussi. MM. Brecky (de Berne) et de Rotter auraient fait la même expérience et obtenu le même résultat. C'est une grave raison pour croire que le siége du bruit du souffle est bien dans l'artère utérine.

La seconde partie de ce discours aura pour objet la démonstration de cette théorie, qui a toujours été la mienne.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS

Traité clinique des maladies de l'utérus

par MM. DEMARQUAY et O. SAINT-VEL.

L'ouvrage que nous ne pouvons analyser que très-incomplétement, dans les limites de cet article, a trait à un des sujets

de prédilection de Demarquay dont la science et la pratique déplorent la perte encore récente. — Nous avons assisté à la longue préparation de ce travail, que M. le docteur O. Saint-Vel, collaborateur choisi par Demarquay et lié depuis longtemps à sa pratique gynécologique hospitalière et privée, a été chargé de continuer, sur une disposition testamentaire de son ami.

Ce volume sur les maladies de l'utérus est le résumé de nombreuses observations cliniques, de recherches patientes, et, on peut le dire, le résumé de l'état actuel de la science. Sans que le côté pratique soit jamais laissé de côté, alors qu'il a la part principale que devaient lui faire des praticiens, comme Demarquay et Saint-Vel, la partie qui traite de l'anatomie a reçu de grands développements et peut-être ceux-ci sont-ils hors de proportion, en ce qui touche aux questions d'histologie.

Le livre des métrites est vraiment important; il nous est impossible de nous arrêter à leur description; la *métrite hémorrhagique* et son traitement par l'*abrasion* forment un chapitre intéressant; le traitement de la métrite chronique est exposé avec le plus grand soin, et pratiquement discuté dans les éléments de la médication locale et générale, et dans les moyens chirurgicaux et médicaux.

Signalons, d'une manière toute particulière, le livre qui a trait aux *tumeurs fibreuses* de l'utérus. Ce sujet indiqué seulement dans les ouvrages de gynécologie a reçu le développement dû à l'importance et à la fréquence des *fibro-myomes* utérins. Les questions nombreuses qui touchent à l'anatomie et à la physiologie pathologiques, à l'obstétrique et à la médecine opératoire ont été discutées en autant de chapitres séparés. Les rapports des *corps fibreux* avec la grossesse et l'accouchement, qui ont été le sujet de quelques thèses intéressantes, sont présentés dans deux grands chapitres, avec une clarté et une méthode qui ne laissent dans l'ombre aucune des difficultés de ce sujet complexe.

Ce phénomène singulier, l'apparition intermittente de certains polypes fibreux, ne serait pas due uniquement à l'action de l'utérus; elle dépendrait aussi, dans quelques cas, d'une sorte d'érectilité liée à la vascularisation de certains myomes La question importante de la *gastro-hystérotomie* est discutée à propos des tumeurs *fibro-cystiques* et des kystes de l'utérus, productions morbides dont le diagnostic est entouré de difficultés et l'anatomie encore obscure.

Nous ne faisons qu'indiquer la partie du livre qui traite du renversement, des déplacements, des hypertrophies et de l'atrophie de la matrice et des moyens de les combattre. Illustrées de nombreuses figures, ces pages sont l'expression de l'état actuel des connaissances gynécologiques sur ces questions qui ont à diverses reprises occupé les académies et les sociétés savantes.

Le chapitre sur le *cancer utérin* a été traité avec l'importance qu'il mérite. L'anatomie pathologique, la question de l'hérédité, le traitement surtout ont été longuement présentés. L'inaction ne se justifie pas, d'après les auteurs du livre, par la fatalité du résultat. La chirurgie peut, dans le plus grand nombre des cas de cancer utérin, arrêter les progrès du mal, retarder les effets du lent empoisonnement de l'économie et, en éloignant le terme funeste, donner même à quelques malades l'illusion plus ou moins prolongée de la guérison.

Ce livre, composé et écrit avec soin, contient des citations nombreuses empruntées à la littérature médicale française et étrangère, aux ouvrages anglais et américains en particulier; les opinions fidèlement rapportées y sont discutées avec impartialité.

On reconnaît le style clair, précis, les qualités d'observateur et d'écrivain qui depuis longtemps ont fait apprécier M. le docteur Saint-Vel par ses deux traités sur la pathologie et l'hygiène des pays chauds et d'autres publications. Il a mené à bien la tâche de rédiger ce nouveau volume, tâche d'autant plus lourde et délicate que son éminent collaborateur n'était plus. Est-ce une critique ou un éloge, que de dire que ce traité des maladies de l'utérus est surtout fait pour ceux qui savent déjà?

Dr ROUGON.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

91. Monvenoux. Considérations sur les méthodes récentes employées dans le traitement de la rage.

92. Bréchot. Des tumeurs de l'urèthre chez la femme.

93. Blanc. Du pansement ouaté dans le cas spécial des arthrites suppurées.

94. De Rigaud. Du traitement des tumeurs érectiles par les injections de perchlorure de fer.

95. Michalowicz. Dégénérescence kystique des reins et du foie.

96. Fonssard. De l'empoisonnement par la nicotine et le tabac.

97. Cazeneuve. Recherches de chimie médicale sur l'hématine.

98. Carpentier. Contribution à l'étude des présentations de la face.

99. Verdier. Contribution à la géographie médicale. Étude sur le poste de Bakel (haut Sénégal).

100. Pierret. Essai sur les symptômes céphaliques du *tabes dorsalis*.

101. Landouzy. Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales.

102. Mullon. Causes et pronostic des hémorrhagies intestinales survenant dans la fièvre typhoïde.

103. Briot. Contribution à l'étiologie et au traitement de la mammite post-puerpérale.

104. Dépéret. De l'influence du traitement par l'eau froide sur la production de l'hémorrhagie intestinale dans la fièvre typhoïde.

105. Demetresco. Sur les symptômes et le diagnostic de la chlorose.

Ministère de la marine et des colonies.

En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les Écoles de médecine navales de Rochefort, de Toulon et de Brest, à partir du 1er septembre 1876, dans le but de pourvoir à cinquante emplois d'aide-médecin et à sept emplois d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constation faite par le conseil de santé;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une École de médecine navale, dans une Faculté ou dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie : dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études, en produisant ses inscriptions.

5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat;

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement, dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis au concours pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les Écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de 1re classe, et s'il ne réunit, par ailleurs, toutes les

conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon un registre pour l'inscription des candidats.

Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours.

Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur.

Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

Le règlement du 2 juin 1875 a fixé, comme il suit, les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien.

Pour le grade d'aide-médecin :

1er examen (verbal). — 1re partie : Anatomie descriptive. Ostéologie. Syndesmologie. Miologie. Angéiologie (artères-veines). Névrologie des membres. Position absolue et relative des viscères. — 2e partie : préparation d'une pièce d'anatomie.

2e examen (verbal) : éléments de pathologie générale et de séméiotique.

3e examen (verbal) : chirurgie élémentaire (théorie et pratique).

4e examen (écrit) : pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

Pour le grade d'aide-pharmacien :

1er examen (verbal). — 1re partie : éléments d'histoire naturelle médicale. — 2e partie : détermination de plusieurs médicaments d'origine organique ou inorganique.

2e examen (verbal). — 1re partie : pharmacie. — 2e partie : une préparation pharmaceutique au laboratoire.

3e examen (verbal). — 1re partie : éléments de chimie ; éléments de physique médicale. — 2e partie : manipulations chimiques au laboratoire.

4e examen (écrit) : pharmacie générale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa séance du 26 juin, a élu M. de Saporta, membre correspondant, pour remplir la place vacante dans la section de botanique par suite du décès de M. Thuret.

— Par arrêté en date du 21 juin 1876, la chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le service des cliniques médicales est réparti comme il suit entre les professeurs de la Faculté de médecine de Paris.

M. G. Sée, attaché à l'hôpital de la Charité, est transféré, au même titre, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Béhier, décédé.

M. Hardy, attaché à l'hôpital Necker, est transféré, au même titre, à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. G. Sée.

— M. Rigal, agrégé, est chargé du cours de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement du titulaire, M. Béhier, décédé. Il est attaché à l'hôpital Necker.

— M. Gauthier, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Jouillié (Marie-André), est institué aide d'anatomie, pour une période de deux années à dater du 1er mai 1876.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Blondot, professeur de chimie médicale et toxicologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant trois mois, à dater du 1er mai 1876, par M. Engel, agrégé.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Herbet, professeur de clinique externe, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Padieu père, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Jungfleisch, agrégé, est chargé du cours de chimie organique, en remplacement de M. Berthelot, démissionnaire.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Gérard (Henri), bachelier ès sciences, est nommé préparateur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

— *Excursions scientifiques.* — M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera une excursion géologique, le dimanche 2 juillet 1876, à Creil, Fleurines et Pont-Sainte-Maxence.

On se réunira à la gare du Nord, où l'on prendra à huit heures du matin le train pour Creil.

— M. Maxime Cornu fera sa prochaine herborisation, pour l'étude et la récolte des plantes cryptogames, le dimanche 2 juillet 1876, dans les bois de Montmorency.

Rendez-vous à Montmorency, à l'arrivée du train qui part de la gare du Nord, à dix heures trente-cinq minutes.

— Le service médical du Théâtre-Italien vient d'être réorganisé comme suit : *médecins titulaires :* MM. Chauffard, Kohn, Aubertin, Bourgeois, Blondeau, Chambard, Fortina, Isambert, Wolker, Vio-Bonato, Contour, Condereau, Hérard et Mattéi ; *médecins consultants :* MM. Benoist, Fauvel, Tardieu, baron Larrey ; *médecins suppléants:* MM. Delaporte, Piétri et Collin.

Notice sur les bains de Lavey, par le docteur SUCHARD. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 76. — SAMEDI 1er JUILLET 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 1er JUILLET 1876. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pyrosis à répétitions.

Parmi les affections de l'estomac, il en est qui, trop passagères et trop peu graves en général pour motiver une admission dans un service hospitalier, n'en sont pas moins bonnes à connaître, à cause de leur fréquence dans la pratique de ville.

Un malade qui s'est présenté dernièrement à la consultation de la Pitié, a fourni à M. le professeur Lasègue l'occasion de décrire une de ces affections, le *pyrosis intermittent*, ou mieux *pyrosis à répétitions*.

Il s'agissait d'un ouvrier âgé de trente-huit ans qui, d'une bonne santé habituelle, était sujet depuis une dizaine d'années à des accès très-douloureux d'une névralgie stomacale particulière, durant de dix à douze jours en moyenne, et se reproduisant de trois à quatre fois par an.

La douleur de cette névralgie ne retentissait pas jusqu'au rachis, comme celle de l'ulcère simple de l'estomac : elle ne ressemblait en rien à un coup de couteau, à un écrasement, à un embrochement. C'était une ardeur douloureuse, une sensation de chaleur intérieure et de brûlure insupportable à certain moment. Quand elle se propageait, c'était vers le haut, dans la direction de l'œsophage.

Elle s'accompagnait souvent de renvois acides, et parfois pendant la durée de cette crise, lorsqu'elle était d'une intensité exceptionnelle, le malade rendait par le vomissement des mucosités filantes, semblables à celles qui, chez les ivrognes, constituent ce qu'on a nommé la *pituite*, mais jamais ni sang ni substances alimentaires.

Une autre ressemblance entre ces vomissements et les vomissements pituiteux de l'ivrogne, c'est qu'ils se produisaient le matin, avant toute alimentation : et non pas quand l'estomac était chargé, plus ou moins longtemps après le repas, comme les vomissements de l'ulcère simple de l'estomac, ou ceux du cancer.

Cependant cet homme n'a jamais abusé des alcools ; bien loin de là. Depuis quelque temps surtout, la maladie l'a rendu hypochondriaque dans un certain degré : il s'écoute, il craint tout ce qu'il croit de nature à rappeler ou à accroître ses souffrances, et sachant que les habitudes alcooliques peuvent avoir les résultats les plus funestes pour la santé, il est sur ce point d'une prudence timorée qui touche à l'exagération.

Il ne saurait donc être accusé d'ivrognerie, bien que l'affection dont il se plaint ressemble par certains côtés à la gastrite alcoolique.

C'est qu'en effet, il n'est pas de symptôme qui soit propre exclusivement à l'alcoolisme. M. Lasègue insiste vivement sur ce principe, et, pour qui connaît ses beaux travaux sur cette question, son autorité est considérable.

Les alcooliques sont sujets à la *pituite* du matin; mais on la rencontre en dehors d'eux.

Ils sont sujets au *pyrosis*; mais le malade dont il s'agit, d'une tempérance exemplaire, n'en présente pas moins, depuis longtemps déjà, un type de cette affection.

Ils ont, comme lui, pendant la durée de ses accès, la langue un peu chargée et un appétit à peu près nul.

Ils ont, comme lui, plus de tendance à la constipation qu'à la diarrhée.

Ainsi ils présentent bien des aspects du même tableau nosologique, avec d'autres traits qui manquent ici, mais qui se retrouvent ailleurs. Ce malade n'a jamais eu de phénomènes cérébraux ou sensoriels. Il dort peu durant ses accès; mais son sommeil n'est pas troublé par des songes effrayants ; il ne rêve pas d'animaux. Il n'a pas non plus les hallucinations mobiles de la vue, si communes chez les ivrognes. Mais ces phénomènes sensoriels ou cérébraux, qui font défaut chez lui, on les rencontre fréquemment dans des affections cérébrales de diverses natures, dont l'étiologie n'a rien de commun avec l'abus des spiritueux.

L'intoxication alcoolique serait donc parfois moins facile à discerner qu'on ne l'a prétendu. Même en s'en tenant à ses vrais signes, elle pourrait encore prêter à la confusion, si l'on n'y apportait pas l'attention désirable. Ceci est bon à répéter à une époque où l'on abuse si étrangement de cette étiquette, où l'on voit attribuer à un alcoolisme qu'aucun caractère précis ne vient traduire, et qu'aurait causé l'usage du vin en quantités journalières minimes, les complications des opérations, le peu de résistance vitale, les dégénérescences de races, etc.

Pour en revenir à ce pyrosis, qui, de lui-même, sans traitement, disparaît régulièrement en quelques jours, M. Lasègue a posé la question de savoir si on le combat utilement par un traitement approprié.

En général, en pareil cas, il commence par des laxatifs pulvérulents, tels que la magnésie. Il en fait prendre pendant quatre à cinq jours. Puis supprimant les laxatifs, il les remplace par les carbonates alcalins, sous une forme ou sous une autre, pendant un temps à peu près égal. Enfin il prescrit les amers, afin d'exciter l'appétit.

Cette médication est logique; mais est-elle vraiment efficace? M. Lasègue en doute un peu.

Si la magnésie, si les alcalins paraissent très-bien indiqués pour combattre l'excès probable d'acidité des sécrétions de l'estomac, si dans certains cas l'amélioration la plus évidente se manifeste durant leur emploi, il n'en est pas moins vrai que chez d'autres malades, le pyrosis résiste des semaines et des mois malgré leur emploi continu. On est donc en droit de se demander jusqu'à quel point cette névralgie, qui, par elle-même, ne persisterait pas indéfiniment, a pu être abrégée, chez tel ou tel sujet, par les remèdes qu'on lui oppose.

Du reste, soit qu'il ait cédé de lui-même, soit qu'il ait cessé durant le cours de la médication la plus rationnelle, le pyrosis à répétitions ne s'en reproduit pas moins. On a guéri la crise, quand on a guéri quelque chose; on n'a pas guéri l'affection même.

Nous avons tenu à reproduire les opinions originales du très-ingénieux clinicien de la Pitié sur une affection qui, comme toutes les maladies de l'estomac, est assez mal connue.

Les cas assez nombreux de pyrosis que nous avions nous-mêmes rencontrés jusqu'ici ne présentaient pas une allure aussi franchement intermittente que chez le malade interrogé devant nous par M. le professeur Lasègue.

Chez eux, l'affection ne se montrait pas si pleinement idiopathique. On pouvait souvent remonter à son origine; et elle devait alors être rapportée à l'usage, soit de substances alimentaires, soit de quelque médicament dont l'estomac pouvait être irrité.

Les vins fraudés surtout, les vins coupés et relevés par l'addition d'acides, que les marchands de vins fournissent à Paris, nous ont souvent paru la cause très-évidente d'un pyrosis qui atteignait en même temps plusieurs personnes d'une même maison. Souvent, en faisant changer le vin, nous avons vu en peu de jours cette névralgie disparaître, et, tant que le vin dont ces personnes ont fait usage est resté bon, elle ne s'est pas reproduite, comme aurait dû le faire, malgré tout, un véritable *pyrosis à répétitions*. Chacun sait que le quinquina, et principalement les sels de quinine, donnent souvent naissance à des névralgies stomacales à forme brûlante. Il en est de même, quelquefois, des préparations ferrugineuses et de beaucoup d'autres médicaments.

Mais ce ne sont pas encore là des pyrosis idiopathiques, semblables à ceux dont le type vient d'être décrit par M. Lasègue.

Guérison d'une diarrhée rebelle par l'emploi des sels de morphine en injections hypodermiques.

Parmi les faits que nous avons vu dans le service de M. le professeur Vulpian, à la Charité, et dont plusieurs sont intéressants à divers points de vue, nous allons seulement mentionner, en quelques mots, ceux dont l'intérêt nous a paru le plus essentiellement pratique.

Parlons d'abord d'une femme, âgée de quarante-six ans, couchée salle Sainte-Madeleine, n° 11, entrée le 3 novembre dernier, pour une hémiplégie subite du côté gauche qui datait déjà de quelques jours. Elle est d'une pauvre apparence, plus usée et plus décrépite que ne le comporterait son âge. Vers le commencement du mois de mai, elle fut prise, à l'hôpital, d'une diarrhée très-abondante, très-fréquente, qui l'épuisait. Cette diarrhée ressemblait, par l'absence de douleurs, aux diarrhées hectiques ou cachectiques, mais elle était d'une ténacité, que, pendant deux mois environ, rien ne put vaincre. Le sous-nitrate de bismuth, l'opium à hautes doses, le ratanhia, etc., restaient complétement inefficaces. M. Vulpian pensa que ce complet insuccès tenait à ce que les remèdes n'étaient pas absorbés; ils étaient entraînés trop vite le long du canal digestif et étaient rejetés sans avoir agi. C'est là, en effet, le grand obstacle dans les diarrhées chroniques, quelle qu'en soit, du reste, la cause et la nature première : l'absorption, soit des aliments, soit des remèdes, ne s'y fait plus ou presque plus. Dans les dysenteries d'Orient, par exemple, quand la période la plus aiguë de la maladie est passée, on voit les malades, pour cette cause, dépérir et s'éteindre enfin dans le marasme, malgré les efforts les plus actifs pour les nourrir et pour les tonifier. Il en est de même dans d'autres affections intestinales, qui n'ont de commun avec ces terribles dysenteries que le besoin d'aller à la garde-robe, provoqué par chaque repas, et la rapidité très-grande avec laquelle les substances ingérées arrivent presque intactes dans les déjections du malade. Ceci posé, il parut logique à M. Vulpian de faire pénétrer les médicaments par une autre voie, de ralentir les contractions intestinales par la morphine, administrée en injections hypodermiques. Le succès fut des plus rapides et des plus complets. La diarrhée diminua notablement dès le premier jour après la première injection de chlorhydrate de morphine, et le second jour, après la seconde injection, il n'en restait plus la moindre trace. Aujourd'hui, cette femme digère bien ce qu'elle mange, elle reprend des forces, du côté sain. Quant au côté gauche : il reste toujours paralysé; la marche est encore impossible, ainsi que la station debout, bien que les mouvements d'extension et de flexion du membre inférieur s'exécutent assez bien dans le décubitus. Mais cet autre côté de l'observation ne doit pas nous arrêter, car l'hémiphlégie n'a pu avoir sur la diarrhée qu'une influence bien indirecte.

Le régime lacté contre l'anasarque.

Nous avons eu souvent à constater l'efficacité, parfois étonnante, du régime lacté contre l'anasarque. L'année dernière, dans une Revue clinique du 5 juin, nous en rapportions un exemple des plus frappants. Il s'agissait d'un homme de cinquante-quatre ans, atteint depuis l'âge de dix-huit ans d'une maladie du cœur qui avait amené déjà six ou sept fois l'asystolie et l'anasarque. Les préparations de digitale et les diurétiques avaient réussi jusqu'alors; mais l'année dernière, mises de nouveau en usage dans le service de M. Hérard, elles avaient complétement échoué. Les urines restaient très-rares, l'anasarque considérable, les bourses énormes; la peau amincie paraissait sur le point de se rompre. Ce fut alors que M. Hérard songea au régime lacté. Tout remède fut abandonné, et le malade prit exclusivement, comme boisson et nourriture, trois litres de lait par jour. La diurèse se produisit aussitôt, abondante, et à partir de ce moment l'amélioration fut rapide. En une dizaine de jours, l'anasarque avait déjà presque complétement disparu, et bientôt après, le malade était rentré dans son état normal. Il faut noter qu'il s'agissait chez lui d'une maladie du cœur, et qu'une asystolie avait été la cause prochaine de l'anasarque.

Rien de pareil n'était intervenu chez le malade de M. Vulpian, qui vient d'être guéri par le même régime. Chez lui, la cause de l'anasarque reste absolument inconnue. Les bruits

du cœur sont tout à fait normaux. L'urine, analysée avec le plus grand soin à diverses reprises, ne contient pas la moindre trace d'albumine. Aucun indice certain d'une lésion rénale ne vient éclairer le diagnostic. Les viscères abdominaux paraissent sains ou à peu près.

Cet homme, âgé de quarante trois ans, garçon d'hôtel, raconte avoir joui d'une bonne santé jusqu'à l'année dernière. A cette époque il commença à ressentir de la fatigue dans les membres et de la douleur vers les genoux quand il marchait. Il attribuait cela à ce qu'il avait eu plus de fatigue que d'ordinaire. Jamais les articulations ne furent gonflées, chaudes, ni rouges. Cette fatigue et ce malaise persistèrent, sans augmenter notablement, jusque vers la fin de l'hiver dernier. Puis le malade s'aperçut que ses jambes étaient gonflées, vers les chevilles, jusqu'au genou. Le gonflement s'étendit bientôt à tout le corps, y compris la figure, et il était assez notable depuis environ trois semaines lorsque cet homme entra, le 7 juin, salle Saint-Jean de Dieu nº 23, dans le service de M. Vulpian. Ne trouvant pas de cause organique évidente pour expliquer cette anasarque, M. Vulpian jugea qu'on pouvait supposer une insuffisance antérieure du fonctionnement des reins, bien que la quantité des urines et leurs compositions ne s'écartassent plus des moyennes normales lorsque l'on en fit l'examen. C'était le cas de mettre à profit l'action puissamment diurétique du régime lacté. En effet la diurèse se produisit aussitôt que l'on eut recours à ce régime. En ce qui touche l'anasarque les résultats furent des plus rapides. Avant hier déjà, le quatrième jour, la face et les membres supérieurs étaient dégonflés. Ce jour-là, le malade avait une angine intercurente, avec quelques taches de muguet. Hier, je ne vis plus de muguet; et c'est à peine s'il restait, autour des chevilles, quelques traces de l'anasarque. La quantité d'urine recueillie dans les vingt-quatre heures dépassait trois litres et demi.

Utilité de la ponction dans un cas de péritonite tuberculeuse.

Lorsqu'un phthisique, atteint d'ascite par péritonite tuberculeuse semble sur le point de mourir, peut-on prolonger l'existence par une ponction de l'abdomen? Cette question n'est pas sans intérêt dans la pratique, car le phthisique jouissant de toutes ses facultés intellectuelles, ce peut être un grand point que de retarder sa mort. Le rendre à l'affection des siens pour quelques jours, lui restituer la faculté de s'occuper de ses affaires, ce peut être dans bien des cas un intérêt de premier ordre. Mais pour se résoudre à opérer un mourant, dans une affection incurable par elle-même, il faut être bien convaincu qu'il peut rester encore quelque chance d'un résultat momentané. A ce point de vue, l'histoire d'un malade que quatre fois, en huit jours d'intervalle, on a ranimé en le ponctionnant, présente un réel intérêt.

Cet homme, âgé de trente et un ans, était entré dans le service de M. Vulpian, salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 17, atteint d'une phthisie avancée qui occupait non-seulement les poumons, mais le péritoine. L'ascite n'était pas très-considérable; mais, pour diminuer la dyspnée, on pratiqua une première ponction, il y a environ cinq semaines. Huit jours plus tard, les circonstances étaient autres. M. Vulpian, faisant sa visite, avait trouvé cet homme sans mouvement, sans connaissance, anéanti, violacé, étouffant. La peau était déjà couverte d'une sueur froide, la respiration ne se faisait plus que quatre ou cinq fois par minute et à la façon des derniers soupirs de l'agonisant.

Une ponction *in extremis* ne pouvait aggraver l'état de ce mourant : elle fut donc résolue, bien que l'obstacle à la respiration ne semblât point tout à fait mécanique. L'ascite n'était pas assez considérable pour refouler le diaphragme en haut, au point de mettre obstacle à son abaissement durant les efforts respiratoires. Il semblait beaucoup plus probable que l'anéantissement profond de cet homme tenait, en partie, à l'existence concomitante de granulations tuberculeuses dans les méninges, et d'un certain degré d'épanchement intra-crânien en résultant. On le voit, ce n'était pas là des conditions très-favorables pour opérer. Cependant la ponction fut faite, et en même temps on eut recours à des excitations puissantes de la peau pour réveiller la sensibilité. Le résultat ne fut pas immédiat : l'homme ne revint pas à lui de suite; mais les respirations devinrent plus fréquentes, la circulation capillaire se rétablit, la peau se réchauffa, les mouvements reparurent, avec la sensibilité, graduellement. Le lendemain matin, le malade avait recouvré toute sa connaissance et il était complétement revenu à son état normal.

Ce résultat n'a rien de trop extraordinaire dans la supposition probable de granulations tuberculeuses dans les méninges et d'un léger épanchement symptomatique. En effet, le ventre une fois vidé du liquide qui l'emplissait, les conditions de la circulation se trouvaient modifiées, et il pouvait en résulter une détente dans les cavités intra-rachidienne et intra-crânienne.

Quoi qu'il en soit, cet homme bénéficia très-pleinement durant huit jours de cette sorte de résurrection. Il ne paraissait pas plus mal que dans les semaines précédentes. Puis, au bout de huit jours, on le retrouva dans cet état d'agonie apparente, et par l'emploi des mêmes moyens, de la ponction abdominale et des excitants cutanés, on le fit également revenir à la vie, progressivement, comme la première fois. Ce fut encore l'affaire d'une semaine. Puis il fallut recommencer dans les mêmes conditions, pour la troisième fois, dimanche dernier. Cependant la phthisie poursuivait ses ravages : et hier jeudi le malade succombait durant la visite, avant que le liquide abdominal fut redevenu assez abondant pour qu'on put même songer à une nouvelle ponction.

Hémorrhagie stomacale, supplémentaire d'un flux hémorrhoïdal supprimé.

Nous venons de voir, dans le service de M. Empis à la Charité, un fait des plus curieux et d'une netteté rare.

Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans entré le 21 juin, salle Saint-Michel, nº 12, à la suite de vomissements sanguins répétés. Cet homme, tonnelier de son état, raconte que, dans sa jeunesse, en 1842, alors qu'il s'était embarqué comme marin, dans l'espérance de se faire recevoir capitaine au long cours, il se laissa, un jour, tomber d'assez haut, en arrière, sur une vergue, sur laquelle porta le bas du dos; puis, de ce point, il rebondit sur des matelas placés sur le pont du navire. C'est à cet accident qu'il attribue l'origine d'hémorrhoïdes, dont il constata l'existence quelque temps après.

A partir de l'année 1844, il fut sujet, régulièrement, tous les huit ou dix jours, à un flux sanguin abondant, qu'il évalue au moins à un litre, et qui se reproduisait sans aucune douleur, à moins qu'il ne fut précédé du gonflement d'hémorrhoïdes, apparaissant à l'extérieur, et y formant une tumeur, parfois grosse comme le poing. Dans ce dernier cas, l'hémorrhagie produisait toujours un soulagement immédiat, et quand elle survenait sans tumeur apparente, ce qui était le cas le plus fréquent, elle causait plutôt une sorte de bien-être qu'un malaise ou une souffrance.

S'il en faut, du moins, croire le récit du malade, très-explicite sur ce point, jamais ce flux hémorrhoïdal ne fit défaut, pendant trente et un ans, jusqu'au commencement de mai dernier. Quand il se faisait un peu attendre, quand il ne revenait pas dans les dix jours, cet homme, qui avait adopté la profession de tonnelier et qui se portait fort bien, se sentait fatigué, mal disposé, souffrant. Mais le retard ne se prolongeait jamais, et sitôt le sang réapparu, la santé redevenait parfaite. Au mois de mai dernier, il n'en fut pas ainsi. Six semaines entières se passèrent sans qu'il se fit le moindre écoulement de sang par l'anus, ou le moindre gonflement hémorrhoïdal. Cependant l'état général devenait mauvais, l'appétit se perdait, le malade se plaignait de douleurs de reins qui lui rendaient le travail impossible, et de coliques continuelles, avec sensation de brûlure, surtout dans les régions moyennes et inférieures de l'abdomen. Au bout de six semaines, le vendredi qui précéda son entrée à la Charité, cet homme rendit, une première fois, par le vomissement, du sang rouge, très-rutilant, tout à fait semblable à celui qu'il rendait d'habitude par l'anus. Le lundi et le mardi, des vomissements semblables se reproduisirent, avec une telle abondance que le malade se sentait défaillir, faute de sang. Pendant ces vomissements, il n'avait éprouvé aucune espèce de douleur à l'épigastre, ni au dos, ni dans la région de l'estomac : seulement la sensation brûlante qu'il ressentait surtout dans la région sous-ombilicale du ventre, et ce qu'il nommait sa douleur de reins, avaient légèrement augmenté.

Quand il entra à l'hôpital, d'après ces commémoratifs, M. Empis jugea qu'il était important de rappeler les hémorrhoïdes : et dans ce but, il prescrivit des pilules aloétiques. Le succès fut prompt : dès le second jour, cet homme rendit un peu de sang par l'anus; le lendemain, il en rendit bien davantage, et l'hémorrhagie, qui dura cinq jours, fut d'une abondance exceptionnelle.

Dès lors, les coliques disparurent; les maux de reins diminuèrent; l'appétit revint; le malade ressentit un tel mieux être qu'il se déclare guéri et songe à retourner à son travail.

Certes, il est peu d'observations qui soient aussi probantes sans être suivies d'autopsie. Nous parlerons bientôt de faits du même genre avec examen cadavérique.

Dr Victor Revillout.

OBSTÉTRIQUE

De quelques difficultés d'accouchement inhérentes à la présentation du siége et de l'emploi du crochet mousse.

par M. Bailly, agrégé libre.

I

La présentation du siége, les traités classiques nous l'enseignent et la pratique le confirme, n'est pas à beaucoup près aussi avantageuse que celle du crâne, en ce qui concerne les enfants. Parmi ceux-ci une proportion d'un onzième, et peut-être même d'un septième, succombe pendant le travail, alors même que des soins éclairés ont été donnés. Je suis persuadé qu'un relevé exact de la mortalité pour les mères fournirait également un chiffre supérieur à celui qu'on observe quand la présentation est celle du vertex. Aussi P. Dubois, nous apprennent ceux de ses élèves qui furent plus particulièrement associés à son enseignement, redoutait-il beaucoup ce genre d'accouchement, bien que sa grande expérience et son incontestable habileté opératoire lui permissent mieux qu'à tout autre d'en surmonter les difficultés et d'en écarter les dangers.

Les conditions qui font de l'accouchement par le siége un accouchement désavantageux pour la mère et pour l'enfant sont fort nombreuses, et je n'ai point l'intention, dans ce travail, de les passer toutes en revue; je veux seulement étudier, à l'aide de faits que j'ai personnellement observés, certaines difficultés de cet accouchement qu'on rencontre plus habituellement dans la pratique. De ces difficultés, les unes dépendent d'anomalies dans le mécanisme de l'accouchement, les autres de l'obstacle que le col utérin oppose parfois au dégagement de la tête fœtale.

A. — ANOMALIES DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT.

Quelques notions préalables touchant ce mécanisme me permettront de mieux préciser la nature de celles de ces irrégularités dont je veuille m'occuper ici, et contribueront ainsi à l'intelligence de mon sujet. Je rappellerai donc à ceux de mes lecteurs qui pourraient l'avoir oublié, que, dans le premier temps de l'accouchement par le siége, la contraction utérine a pour effet de rapprocher l'un de l'autre les divers éléments de l'extrémité pelvienne, c'est-à-dire de presser fortement les jambes et les cuisses de l'enfant, ou les cuisses seules quand les jambes se sont étendues, contre son bassin, de manière à réduire le volume de la partie fœtale et à rendre possible son engagement dans le détroit abdominal; c'est le temps de *pelotonnement* de l'extrémité pelvienne. Que, dans le temps suivant, temps *d'engagement* ou de *descente*, le siége pressé, amoindri comme je viens de le dire, pénètre dans l'excavation pelvienne et en parcourt toute la hauteur, en conservant par rapport au bassin maternel une direction diagonale, de telle sorte que son sacrum regarde la cavité cotyloïde droite de la mère ou la gauche, ou l'une des symphises sacro-iliaques. Que, dans le troisième temps, temps de *rotation intérieure du tronc*, le siége de l'enfant, oblique à la fin du second temps, tourne autour de son axe longitudinal, rapproche ainsi de l'arcade des pubis la hanche fœtale qui en est la plus voisine et l'engage dans cette arcade. Qu'ensuite, dans un quatrième temps, *temps de dégagement*, les hanches du fœtus, ramenées par le mouvement de rotation à une direction sensiblement antéro-postérieure, se dégagent successivement, l'antérieure d'abord sous la symphise pubienne, la postérieure au-devant de la fourchette, et seulement au bout de quelques instants, à cause du long trajet qu'elle doit parcourir sur le périnée. A ces notions se borne ce que je voulais rappeler du mécanisme de l'accouchement naturel par le siége, les deux derniers temps de ce mécanisme n'ayant aucunement trait à mon sujet, et leur exposé n'offrant pas d'intérêt à ce point de vue.

Les anomalies qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer et de corriger portent sur ces quatre premiers temps de l'accouchement, mais principalement sur le second et le troisième. Le siége, pour des raisons que nous chercherons à pénétrer, peut ne pas s'engager dans le bassin, ou s'arrête vers le milieu de l'excavation, et, dans les deux cas, l'accouchement est invinciblement empêché. Ou bien encore, après qu'elle a parcouru tout le canal pelvien et atteint son détroit périnéal, on voit la partie fœtale conserver sa direction diagonale et ne pas accomplir sa rotation normale, sans laquelle l'expulsion de l'enfant reste également impossible dans la plupart des cas. Voici deux exemples de la première anomalie, c'est-à-dire de celle que caractérise l'engagement incomplet du siége :

Obs. I. — *Présentation du siége. — Défaut d'engagement après quatre jours de travail. — Extraction manuelle.*

Vers la fin de l'année 1858, je venais d'être nommé médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, lorsque je fus appelé

un soir assez tard, rue Tirechape, dans le quartier des Halles, pour voir une indigente de ma division, en douleurs d'accouchement, et qu'assistait la sage-femme du bureau. La malade était en travail depuis quatre jours, me dit-on, et en effet elle était mourante. Malgré l'état déplorable dans lequel je la trouvai, il y allait de l'honneur de l'art et il était de mon devoir de chercher à l'accoucher, et je procédai de suite à un examen des parties au moyen du toucher. La dilatation du col était complète depuis longtemps, cela va de soi. Je trouvai la partie supérieure de l'excavation couverte par une grosse tumeur arrondie et rénitente, que je pris pour une tête d'enfant dont les parties molles seraient épaissies et boursoufflées par un commencement de putréfaction; la suite me l'apprit bientôt, c'était le siége. On commet facilement cette méprise après deux ans seulement de pratique médicale, et même plus tard encore.

Quoi qu'il en soit des difficultés de ce diagnostic et par suite de l'idée erronée que je m'étais faite de la présentation, une application de forceps était indiquée, et, bien qu'un peu novice encore, je réussis assez bien à l'effectuer; seulement, quand je voulus extraire la partie saisie, les cuillers de mon forceps glissèrent et sortirent sans rien amener. Une seconde application de l'instrument, tout aussi infructueuse que la première, m'ayant inspiré des doutes sur l'exactitude de mon diagnostic, je portai la main entière dans la matrice, et rencontrai un pied, que j'amenai sans peine à la vulve. L'inertie de la matrice, conséquence de l'état de collapsus dans lequel se trouvait déjà plongée la moribonde, rendit ma manœuvre facile, et je pus extraire de suite un enfant mort depuis longtemps et déjà décomposé. Le lendemain matin, la pauvre mère avait succombé.

OBS. II. — *Position sacro-iliaque gauche postérieure. — Engagement incomplet du siége. — Extraction de l'enfant avec le crochet mousse.*

Mme D..., vingt ans, primipare, très-robuste, ressent les premières douleurs de l'accouchement le mardi 27 octobre 1874, vers cinq heures du soir. A en juger d'après la dernière apparition des règles, elle est bien à terme. Travail inégal et languissant pendant la nuit suivante et la journée du 28 octobre. Accroissement des douleurs le même jour, vers cinq heures du soir. A dix heures, dilatation complète du col, rupture spontanée des membranes; partie fœtale élevée, méconnaissable. Celle-ci s'étant un peu abaissée, le 29, à une heure du matin, M. le docteur Frémineau, chargé de cet accouchement, croit reconnaître un siége, et me fait prier de venir lui donner mon avis. Je vois Mme D..., à deux heures du matin; elle est abattue, sans énergie, paraît très-fatiguée de son travail, et demande qu'on la délivre. Les contractions sont faibles, espacées, non expulsives. Les cuisses et la chemise sont souillées par une matière verdâtre, qui s'écoule de la vulve et qu'on reconnaît être du méconium. Je touche et trouve, en effet, comme l'avait reconnu M. Frémineau, une présentation du siége, en position sacro-iliaque gauche postérieure. Le doigt pénètre aisément dans l'anus, et en avant et à droite de cette ouverture perçoit distinctement une tumeur mollasse et mobile; ce sont les bourses de l'enfant, dans lesquelles je sens même nettement un testicule. Ainsi plus de doute: c'est une présentation du siége, et il s'agit d'un garçon. Le doigt, porté dans tout le pourtour du bassin, ne rencontre pas les pieds; c'est donc à la variété de présentation, *fesses seules*, que j'ai affaire. Comme l'état de la mère est très-satisfaisant, le bassin bien conformé et les eaux écoulées depuis quatre heures seulement, je donne à mon confrère le conseil de laisser aller les choses, lui faisant espérer une terminaison spontanée de l'accouchement, qui exigerait tout au plus qu'il aidât au dégagement des bras et de la tête.

A six heures du matin, le 29, on me fit appeler de nouveau. Le siége n'avait fait aucun progrès. D'autre part, la parturiente était fort agitée et le travail encore plus lent que précédemment. Comme la période d'expulsion durait depuis huit heures déjà, sans avoir pu amener l'engagement du siége, que l'enfant pouvait être compromis par une plus longue attente, il me parut indiqué de terminer cet accouchement.

La malade ayant été convenablement placée et chloroformisée jusqu'à résolution complète du système musculaire, je portai la main droite jusqu'à la hanche antérieure de l'enfant et pus insinuer deux doigts sur l'aine. Ces doigts me servirent à porter sur la même région, en le glissant entre la partie fœtale et le bassin, le crochet demi-circulaire de mon forceps, et à embrasser la racine de la cuisse gauche. Après m'être assuré avec le doigt que le bouton terminal avait dépassé le triangle de Scarpa et se trouvait libre entre les cuisses, j'opérai en bas et en arrière des tractions lentes, dont l'effet fut d'amener peu à peu le siége à la vulve. Dès que je pus saisir les deux aines avec les doigts, le crochet fut enlevé et le siége facilement extrait.

Ni le dégagement des bras ni celui de la tête ne donnèrent lieu à des difficultés marquées, et j'eus la satisfaction d'amener l'enfant vivant et sans lésion aucune de l'aine. Les mouvements respiratoires, d'abord rares et convulsifs, se régularisèrent peu à peu naturellement; au bout de dix minutes, l'enfant était complétement ranimé et criait bien. Délivrance naturelle au bout de trente-cinq minutes. Cataplasmes sur le bas-ventre pendant quatre jours dans un but purement préventif. Pendant le même laps de temps, une pilule d'extrait thébaïque de 4 centigrammes est donnée tous les soirs. Suites de couches régulières.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Prix Gerdy. — Dans cette séance, le prix Gerdy a été décerné à M. Puel (de Figeac); une mention honorable a été donnée à M. Cauvy (de Béziers).

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une note de M. G. Puel, membre correspondant, sur un cas de *fracture du calcanéum compliqué de plaie;*

2° Un mémoire de M. Cauvy sur *la dystocie.*

La correspondance imprimée comprend:

1° Les journaux de la semaine;

2° Environ cinquante thèses sur des sujets ayant trait à la chirurgie, données par M. Larrey.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bardet-Delisle (de Périgueux) se porte candidat au titre de membre correspondant, et fait part à la Société de la mort de M. Isnard, chirurgien en chef des hôpitaux militaires, membre correspondant.

M. TILLAUX dépose, de la part de M. Giraud (de Paris), une note sur le *traitement du tétanos par l'emploi à l'extérieur de l'éther sulfurique* et les bons résultats qu'il a obtenus de ce moyen déjà recommandé. Cette médication consiste à appliquer des compresses d'ouate imbibées d'éther sur la région du bulbe, et à projeter ce liquide sur les parties contracturées.

M. POLAILLON offre, de la part de M. Fiquet, sa thèse intitulée: *Essai sur l'esthiomène de la région vulvo-anale.*

COMMUNICATION

M. GUÉNIOT termine la lecture de son travail par les conclusions relatives à la deuxième question (Influence de la grossesse sur le traumatisme).

1° Si l'on s'en rapporte aux faits publiés jusqu'à ce jour, dans la très-grande généralité des cas l'état de grossesse n'exerce sur le traumatisme aucune influence nuisible.

Ainsi les contusions et les plaies, de même que les luxations et les fractures ne déterminent pas, chez les femmes enceintes, une plus forte proportion de mortalité que chez les autres individus; de plus, la guérison des lésions s'effectue selon le mode habituel, et dans les limites de durée qui sont propres à chaque variété de traumatisme.

2° Cette règle, néanmoins, comporte les exceptions suivantes:

a. Lorsque le traumatisme affecte la zone génitale, il peut se trou-

ver soit ralenti ou compliqué dans sa marche, soit aggravé dans sa terminaison par le fait même de la grossesse;

b. Il en est de même lorsque, la gestation ayant dépassé le troisième mois de son cours, le traumatisme intéresse les membres inférieurs ou une région qui est le siége d'une altération vasculaire;

Dans ces conditions (spécifiées en *a* et *b*), les complications ordinaires du traumatisme sont : l'hémorrhagie, l'angioleucite, l'érysipèle, la gangrène et l'atonie ulcéreuse.

c. En ce qui concerne spécialement les fractures, quoique, pendant la grossesse, les cas de non-consolidation soient très-exceptionnels, cependant cette fonction ne peut être toujours exonérée d'une certaine influence dans le retard apporté à la formation ou à la solidité du cal;

d. Dans le cas de grossesse compliquée (surtout si la complication est de celles qui prédisposent à l'expulsion prématurée de l'œuf), les traumatismes, en déterminant la fausse couche, acquièrent parfois *indirectement* une gravité toute exceptionnelle; car alors la femme se trouve exposée aux divers accidents qui appartiennent en propre à l'état de couches (métrorrhagie, métropéritonite, phlébite utérine, etc.).

3° Quand à *l'état de couches*, contrairement à l'opinion reçue, il ne s'oppose le plus souvent, ni à la cicatrisation régulière des plaies, ni à la consolidation des fractures, pourvu que ces lésions soient *contemporaines de la grossesse ou de l'accouchement.* Les exceptions à cette règle doivent être imputées, soit à la région spéciale (zone génitale), que le traumatisme a intéressée, soit au mouvement fébrile qui accompagne quelquefois la fluxion des seins, soit surtout à une disposition morbide générale ou locale de la femme.

Pour les traumatismes d'une *origine postérieure à la parturition*, ils paraissent offrir, au contraire, une gravité particulière qui serait en rapport avec le trouble apporté à la régression physiologique des organes. De là, l'indication de différer jusqu'à trois ou quatre mois ou au-delà de l'accouchement la pratique des opérations non urgentes, qui doivent porter sur la zone génitale ou même sur les membres inférieurs.

4° On peut s'expliquer que la grossesse, malgré les modifications qu'elle imprime à l'économie, n'exerce généralement aucune action nuisible sur les traumatismes, en considérant :

a. Qu'il s'agit, dans les cas de grossesse *saine*, de modifications purement physiologiques et non de modifications morbides, comme le sont celles de la scrofule, du diabète, de la syphilis, etc. ;

b. Que l'une de ces modifications, engendrées par la grossesse, consiste dans l'existence d'une pléthore sanguine *massive* (pléthore par quantité), et que, par suite, l'hématose globulaire se trouve restreinte au degré qui exalte la force plastique, nécessaire à la réparation des tissus.

5° C'est à cette propriété *sarcogénique* de la grossesse qu'il convient d'attribuer l'accroissement rapide, pour ainsi dire subaigu, que prennent très-souvent, pendant la gestation, certaines tumeurs de nature non bénigne.

6° Enfin, comme conséquence de ce qui précède, il résulte que les plaies chirurgicales sont loin d'offrir, pendant la grossesse, la gravité qu'on leur suppose, et que, dans les cas de tumeur à développement brusque et menaçant, c'est à l'extirpation ou à l'amputation que l'on doit avoir recours, plutôt qu'à l'accouchement provoqué.

DISCUSSION

M. VERNEUIL réfute les arguments de M. Guéniot, en s'appuyant sur le peu de valeur d'une statistique faite d'après des cas épars, et non intégrale. Un certain nombre de faits sont insignifiants, d'autres n'ont été publiés qu'à titre de curiosité; car, de tout temps, on a tellement considéré les accidents chirurgicaux comme préjudiciables à la grossesse, comme le prouvent le chapitre sur l'étiologie de l'avortement dans tous les traités d'accouchement, qu'on a négligé de faire connaître les cas où cet accident s'était produit, réservant la faveur de la publication aux cas rares dans lesquels la grossesse avait persisté. Parmi les très-nombreuses conclusions de M. Guéniot, M. Verneuil en admet quelques-unes, celles, par exemple, relatives à l'influence du siége et de la gravité des blessures, de la constitution de la femme blessée, de l'irritabilité de l'utérus, des maladies de l'œuf ou de ses enveloppes; ces influences, quoique non encore démontrées, semblent évidentes. Les autres conclusions prêtent fort à la critique, et ce que M. Guéniot donne comme la règle deviendra peut-être l'exception lorsque des observations bien prises et nombreuses permettront de faire une étude plus complète de ce sujet. Ce qui précède a trait à l'influence du traumatisme sur la grossesse. Quant à la réciproque, M. Guéniot voulant également disculper la grossesse, a pris pour critérium la durée de la guérison, pendant cet état, comparée à la durée dans les cas ordinaires. Mais rien n'est encore plus indécis dans tous les traités de pathologie chirurgicale, excepté pour un seul chapitre, celui des fractures, dont on a pu noter en chiffres la durée de la consolidation. Si l'on s'en tient à l'étude comparée de cette lésion dans les deux conditions, on trouve que la grossesse est plus défavorable que ne l'a dit M. Guéniot, puisque sur vingt et une fractures simples qu'il a notées, il y a eu quatre ou cinq consolidations tardives, proportion beaucoup plus grande qu'en dehors de l'état de gestation. On a vu quelquefois, au contraire, la consolidation se faire rapidement après l'accouchement. L'influence sarcogénique, dont a parlé M. Guéniot, est manifestement mauvaise pour certaines plaies, comme pour certaines tumeurs, les condylomes en particulier. Le phagédénisme semble aussi fréquent pendant la grossesse; enfin la tendance pyogénique, dont M. Guéniot n'a pas parlé, est remarquable chez les femmes enceintes, et modifie les conditions des traumatismes. D'ailleurs, ces influences, mal classées jusqu'à ce jour en pathologie externe, sont depuis bien longtemps établies en pathologie interne. D'après une statistique intégrale, comprenant vingt-trois cas de rhumatisme articulaire aigu relevés dans un service hospitalier pendant le cours d'une année, onze se sont terminés par l'ankylose. Conclusion : il faut récolter de nouveaux faits, nombreux, bien observés, puis les classer convenablement, et ce n'est qu'alors, dans quelques années, qu'on pourra reprendre utilement cette discussion.

M. LE DENTU a observé deux faits qui se rattachent directement à cette question :

1° Une jeune fille de dix-huit ans, d'une belle santé, entre à Lariboisière, il y a trois ans, pour une tumeur sarcomateuse du cou, que M. Le Dentu opéra. Après sa guérison, il eut soin de lui donner par écrit le diagnostic de sa maladie, *sarcôme kystique végétant,* pour le cas possible où une nouvelle opération deviendrait nécessaire. En effet, elle entra plus tard à Necker, chez M. Guyon; mais elle était alors enceinte de quatre mois. M. Guyon et M. Le Dentu furent d'avis de l'opérer malgré cet état, à cause du siége de la tumeur qui devenait menaçance. Elle guérit sans aucun accident, et l'opération n'a pas été suivie d'avortement.

2° Une jeune fille de dix-huit ans, attachée au service des aliénés à la Salpétrière, et enceinte de six mois et demi, reçut dans la région mammaire droite un coup de pied qui détermina une tuméfaction énorme de l'organe, et les signes d'une violente contusion qui datait de dix jours quand M. Le Dentu fût appelé à la voir. Il fit deux petites incisions, plaça un drain, et fit faire des injections détersives. La guérison fut rapide. Cet accident a paru n'exercer aucune influence sur la grossesse, qui s'est terminée, il y a quinze jours, par la naissance d'un enfant bien développé. Il était resté un peu d'induration à la place de l'abcès, qui semble tendre aujourd'hui à se reproduire sous l'influence de l'état puerpéral. La malade a eu hier un frisson.

3° Un troisième fait se rattache indirectement à la question, puisqu'il s'agit de l'influence des fonctions des organes génitaux sur les opérations. Une jeune femme, en pleine période menstruelle, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Richet, suppléé alors par M. Le Dentu, avec une hernie étranglée. L'opération est faite, et la femme guérit en quelques jours sans aucune perturbation menstruelle. La guérison a été un peu plus longue que dans les cas ordinaires, à cause de l'épaisseur des parois du sac.

M. POLAILLON apporte aussi quelques faits. Une femme, au huitième mois de sa grossesse, s'enfonce une épingle dans la fesse en s'asseyant sur une chaise. Quelques heures après, la douleur est très-vive. M. Polaillon est appelé, sent un point dur sous la peau, fait

une incision profonde et extrait le corps étranger. La réunion s'est faite par première intention. L'accouchement s'est fait à terme et normalement. — Un deuxième fait a été publié par M. Forestier, interne de M. Labbé, sous le titre d'*épanchement considérale de la vulve pendant la grossesse*. Cet accident, observé chez une femme à chacune de ses grossesses, se dissipait facilement sous l'influence des résolutifs. — Quelquefois un sein, douloureux pendant la grossesse, ne suppure qu'après l'accouchement. — Quelquefois des varices enflammées à la suite d'une contusion, ne suppurent pas si la femme est tenue sévèrement au lit.

Ces faits porteraient à dire que les blessures pendant la grossesse peuvent guérir à peu près aussi facilement que dans les cas ordinaires, et que les phlegmons ne semblent pas devoir suppurer plus pendant cette période ; à la condition que la femme ne sera ni albuminurique, ni glycosurique. Cependant il est bien démontré, en pathologie interne, que la grossesse a une certaine influence sur les maladies. Les affections du cœur, l'ictère, les épanchements pleurétiques et péricardiques, sont quelquefois tellement désastreuses pour les femmes enceintes, qu'il faut se poser la question d'accouchement prématuré.

Cette influence bien connue de la grossesse sur les maladies internes doit faire réfléchir sur l'influence probable de cet état sur les maladies externes. Cependant il faut tenir compte du siége de la lésion et de l'influence qu'elle peut avoir sur l'état général et réciproquement. Un kyste sébacé, par exemple, ne sera pas influencé ; le contraire se produira pour une tumeur sarcomateuse ou un épithéliome. M. Tarnier a fait connaître un fait, qui est inséré dans les *Bulletins* de la Société, de tumeur sarcomateuse volumineuse de la grande lèvre qui a diminué beaucoup après l'accouchement, n'a été opéré qu'après la cessation de l'écoulement lochial, et a guéri. D'autres observations ont été publiées en Angleterre.

Quant à la question de l'accouchement prématuré, on est certainement autorisé à la pratiquer dans certains cas de pathologie interne, de maladies de cœur par exemple ; mais en chirurgie, il semble qu'il vaut mieux attendre jusqu'après l'accouchement, si une opération est nécessaire plutôt que d'avoir recours à ce moyen. M. Polaillon excepte pourtant les cas tout-à faits menaçants, comme le phagédénisme ou un anévrysme prêt à se rompre.

Les registres de la Maternité ne mentionnent malheureusement pas la cause des avortements. Cependant le traumatisme a manifestement une influence désastreuse. C'est un fait accepté par tous les accoucheurs, et qui se vérifie tous les jours. Il faudrait un grand nombre d'observations contraires pour faire changer cette opinion.

M. GUÉNIOT désirerait que les faits dont a parlé M. Blot fussent apportés par lui à la tribune.

M. TARNIER n'admet pas la différence faite par M. Guéniot entre l'irritabilité et la contractilité, qui peut avoir des degrés divers. Une fausse couche peut être quelquefois déterminée par les plus petites causes, une commotion morale, par exemple. L'influence des maladies de l'œuf n'est pas non plus démontrée. La chirurgie peut s'éclairer par la pathologie interne, où l'on a bien observé que toutes les maladies sont plus longues pendant la grossesse. Cet état amène une modification de tout l'organisme ; les cheveux tombent, du pigment se dépose sous l'épiderme, le sang se modifie, le foie devient graisseux, les ongles diminuent d'épaisseur, comme cela a été établi par un travail d'un interne de l'hôpital Necker, etc. La zone génitale doit être étendue au moins de l'ombilic jusqu'aux pieds.

LECTURE

M. FARABEUF, candidat au titre de membre titulaire, lit un travail sur la *Luxation du pouce en avant*. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Péan, reprendra ses leçons cliniques, le samedi 8 juillet, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— *Traitement orthopédique des hôpitaux.* — La direction de ce service devenue vacante par suite de la mort du docteur Duval, est confiée par arrêté, en date du 23 juin 1876, au docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1268 pages, chez Ve A. Delahaye et Ce. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

Explosion cholérique dans un pénitencier. Étude étiologique de l'influence du logement, du régime alimentaire, de l'eau potable, de l'occupation, de l'âge, de l'état de santé et des relations humaines, sur la marche du choléra au milieu d'une population soumise à un régime identique, par le docteur Max PETTENKOFER professeur d'hygiène à l'université de Munich. — Gr. in-4° de 93 pages avec 8 planches. Prix : 10 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau professées à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur E. GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 1 vol. in-8° de 706 pages. Prix : 8 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Recherches de chimie médicale sur l'hématine. Étude médico-légale, par le docteur Paul CAZENEUVE. — In-8° de 78 pages avec 2 planches. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Étude des déviations de l'utérus gravide comme cause de dystocie, par le docteur MEYNIER. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Carie vertébrale et pachy-méningite spinale. — Méningite cérébrale consécutive. — Thrombose des sinus de la dure-mère. — Hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique. — Névro-rétinite. — Thrombose des veines rétiniennes.

Il y a quelques jours, je vous montrai la nécropsie d'une carie vertébrale compliquée de granulie, avec d'innombrables tubercules de la choroïde sans méningite. Aujourd'hui je vais vous faire voir les pièces anatomiques d'une autre enfant également affectée de carie vertébrale compliquée de pachy-méningite spinale, et qui, sans granulie, est morte de méningite consécutive tuberculeuse avec thrombose des sinus de la dure-mère. Ces deux faits tout récents, joints à ceux de même nature qui sont encore dans la salle, me permettront de vous faire comprendre les rapports de la myélite, causée par l'incurvation du rachis atteint de carie ou par pachy-méningite spinale, avec la névrite, la névro-rétinite et, dans quelques cas, la choroïdite tuberculeuse.

Je vous ai déjà montré bien des faits de ce genre, que vous trouverez également indiqués dans mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie*, et sur lesquels on a publié des observations il y a quelques jours. Ces dernières observations sont précieuses, car lorsque des divers points de l'horizon médical il se publiera des faits analogues aux miens, établissant l'influence des maladies spinales sur les lésions du nerf optique, en les expliquant comme moi par l'action réflexe du nerf grand sympathique, l'opinion acceptera du *consensus* général, ce qu'elle ne voudrait peut-être pas accepter d'un seul observateur.

Quoi qu'il en soit, l'observation clinique vous a montré ici, dans mon service, deux enfants à demi-paralysés par les effets de la carie vertébrale et ayant le nerf optique malade. Il s'agissait de savoir pourquoi le nerf était malade, et l'autopsie a montré que la carie des vertèbres produisait la myélite ou la pachy-méningite spinale, suivies de méningo-encéphalite et de névrite optique.

Voici l'observation recueillie chez la malade.

Pachy-méningite spinale, suite du mal de Pott. — Thrombose des sinus de la dure-mère et méningite finale. — Ophthalmoscopie, névro-rétinite. — Gervaise X..., six ans et demi, entrée le 4 mars, a eu la coqueluche et la rougeole il y a quatre ans; il y a dix huit mois, des douleurs dans les membres passées au bout de quelques semaines. Depuis un mois douleurs dans le cou et le dos, s'irradiant dans les mamelons et la faisant beaucoup souffrir. Elle présente à la sixième cervicale et troisième dorsale des proéminences marquées, avec incurvation antéro-postérieure du rachis et propulsion de la tête en avant. L'état général est bon, l'enfant mange et digère bien.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont un peu rosées, pâles et nuageuses sur les bords cachés par l'infiltration. Il n'y a pas d'altération des vaisseaux ni de tubercules dans la choroïde.

10 avril. — Depuis cinq jours, après avoir eu des vomissements, de la diarrhée suivie de constipation, l'enfant est très-affaiblie et pousse des plaintes bruyantes et continuelles. Elle a été prise de convulsions caractérisées par la déviation des yeux à droite, l'inclinaison de la tête du même côté, la paralysie avec résolution du membre supérieur droit, une paralysie moindre du membre supérieur gauche dans les doigts, sans contractures, un peu de contracture des membres inférieurs, persistance obscure de la sensibilité, conservation des mouvement réflexes, paralysie complète du diaphragme. La respiration ne se fait que par les intercostaux.

A l'ophthalmoscope, les deux papilles sont gonflées, anémiques, blanches, leur contour a perdu sa netteté, est légèrement diffus, sans altération rétinienne. Les artères sont presque invisibles et n'ont pas de double contour. Les veines sont rares et très-contractées. Le pouls aujourd'hui est ralenti, régulier (60). L'enfant est absolument sans connaissance, T. 37°2.

13 avril. — Depuis hier, l'enfant dort et ne crie que si on la touche. Elle est restée avec des petites contractures dans les extrémités, sans vomissement, sans diarrhée et n'ayant absolument rien bu. Ce matin elle est dans une somnolence complète et paraît avoir un peu plus d'hémiplégie à gauche. Le côté droit du visage seul se contracte, la paupière se contracte et l'œil est immobile, tandis que l'œil gauche a un certain nombre de mouvements. Quelques soupirs, pas de grincements des dents. Pouls régulier (100) T. 37.

15 avril. — L'enfant est mourante, avec des râles bronchiques d'agonie, et depuis hier la papille un peu plus rosée est

devenue diffuse, à peine distincte de la choroïde. Les veines, hier peu apparentes, sont aujourd'hui doublées de volume, flexueuses et remplies de thromboses.

Mort dans la nuit.

Autopsie. — La *colonne vertébrale* présente à la région cervicale et au niveau de la deuxième dorsale les gibbosités observées pendant la vie. Le canal rachidien étant ouvert, on trouve à cette région, autour de la dure-mère spinale adhérente en avant au corps des vertèbres, un foyer caséeux, hémorrhagique et gélatineux. Ce foyer a environ 6 centimètres de long. La partie caséeuse correspond avec la dégénérescence caséeuse des deux vertèbres cervicales dont elle n'est que la continuation. Autour de la partie caséeuse se trouve une infiltration gélatineuse opaline, pulpeuse, renfermant une large infiltration hémorrhagique de sang noir.

Trois corps de vertèbres cervicales sont envahis par l'ostéite, et au-devant de ces corps de vertèbres altérés se trouve un foyer de matière caséeuse blanc jaunâtre, molle, ne dépassant pas 4 centimètres.

Au-dessous de la dure-mère, dans la partie correspondante à la pachy-méningite, la moelle épinière est ramollie, et offre une légère coloration jaunâtre clair ecchymotique, dans laquelle on ne reconnaît plus de substance grise. Au-dessous et au-dessus de cette partie ramollie, la moelle est saine, ferme, et la partie grise s'y reconnaît très-aisément.

Au niveau de la troisième dorsale, il y a une autre vertèbre dont le corps est altéré, caséeux et communique avec un petit foyer caséeux prévertébral. Ce foyer ne communique point avec la cavité rachidienne, dont il n'est séparé que par une membrane fibreuse très-mince.

Dans le *crâne*, il y a *thrombose des sinus de la dure-mère*, et, dans le sinus longitudinal supérieur, le caillot qui l'occupe tout entier est jaunâtre opaque, décoloré dans sa partie postérieure, tandis qu'en avant il est noir cruorique. Partout ailleurs les caillots sont noirs.

Le *cerveau* présente une notable hyperémie avec thrombose des veines méningées et, à la base, une notable infiltration purulente du chiasma et de l'espace interpédonculaire, se prolongeant un peu dans les scissures de Sylvius. Il y a çà et là dans la scissure et sur les hémisphères quelques granulations miliaires, opaques, tuberculeuses, grosses comme des têtes d'épingle.

Dans l'*arachnoïde*, sur le feuillet transparent qui passe du cervelet sur la moelle au niveau de la pointe du quatrième ventricule, il y a trois granulations miliaires tuberculeuses grises, grosses comme des petites têtes d'épingle.

Les *yeux* ne présentent pas de tubercules de la choroïde. La papille est effacée, peu visible, et, en dehors du globe oculaire, le nerf optique préalablement ligaturé à son passage dans le trou optique ne présente qu'une légère hydropisie de la gaîne vaginale.

Les *poumons* sont congestionnés et ne renferment pas de granulations grises tuberculeuses. Il y a seulement au sommet du poumon un petit noyau tuberculeux dur, jaunâtre, sans ramollissement, gros comme un noyau de cerise et entouré d'une petite zone d'induration pulmonaire rouge.

Le *foie*, la *rate*, les *reins* ne présentent rien de particulier.

Le *cœur* présente sur ses valvules une forte endocardite végétante mitrale.

Réflexions. — Dans ce fait il y a deux choses sur lesquelles il faut porter son attention. L'une est la carie vertébrale avec ses conséquences de pachy-méningite spinale et de méningite cérébrale consécutive, et l'autre la névrite optique dans toutes les phases de son développement depuis la lésion hyperémique provoquée par la maladie de la moelle épinière, jusqu'à celles, toutes différentes, occasionnées par la méningite finale et la thrombose des sinus.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, il n'y avait qu'une carie des vertèbres sans complication, caractérisée par une double gibbosité cervicale et dorsale peu accusée sur l'un et sur l'autre point. Avec ces gibbosités, paralysie incomplète du mouvement des membres inférieurs, conservation du mouvement des membres supérieurs et de la sensibilité, vision intacte et légère diffusion des contours papillaires avec hyperémie des petits vaisseaux sans dilatation des veines rétiniennes.

L'état général était bon, l'enfant ne toussait pas, mangeait bien et n'avait pas de diarrhée.

Peu à peu, les forces se sont affaiblies, le mouvement a diminué, l'appétit s'est perdu, et il s'est manifesté un état de cachéxie anémique scrofuleuse considérale.

Alors parurent quelques vomissements sans constipation et sans altération du pouls, des plaintes bruyantes, continuelles, dont l'origine n'a pu être précisée, de la somnolence entre les plaintes, ce qui put faire supposer une méningite que l'ophthalmoscopie permit d'affirmer.

Les deux papilles rosées, nuageuses, un peu anémiques, étaient diffuses, et leur contour plus incertain avait perdu sa netteté sous une étroite infiltration péripapillaire. Les artères étaient filiformes, presque invisibles, et les veines, peu dilatées au centre, étaient flexueuses à la périphérie.

La méningite s'accentua de plus en plus par la somnolence permanente, par les soupirs et la paralysie incomplète avec contracture des membres supérieurs et inférieurs, par la fréquence du pouls, par la névrite qui s'accusait chaque jour davantage et qui se compliqua de thrombose des veines rétiniennes révélatrice de la thrombose des sinus de la dure-mère, puis l'enfant succomba.

Tout a été justifié et expliqué par la nécropsie. Le point de départ des accidents est dans la carie vertébrale. Cette lésion a produit l'affaiblissement du mouvement des membres inférieurs, puis, par l'extension du foyer de la carie cervicale, la matière caséeuse faisant irruption dans le canal rachidien. De cet accident est résulté une pachy-méningite, c'est-à-dire une exsudation gélatineuse hémorrhagique, adhérente aux lames des vertèbres et à la dure-mère, compliquée de ramollissement aigu blanc jaunâtre de la moelle entraînant la paralysie et la contracture des quatre membres. C'est alors que la phlegmasie méningo-spinale remontant dans le crâne a engendré la méningite et la thrombose des sinus de la dure-mère.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi dans la carie vertébrale, je n'ai rien trouvé de pareil dans les autres autopsies du mal de Pott, qui ont été faites cette année dans mon service, ni dans les années précédentes. Je n'ai vu cette complication que sur trois malades, par conséquent il faut la considérer comme étant une chose assez rare.

Le second point sur lequel je désire appeler l'attention, ce sont les altérations du nerf optique et de la rétine étudiées jour par jour dans les différentes phases de la maladie, et offrant elles-mêmes des phases différentes.

Tout d'abord, au commencement de l'entrée à l'hôpital, lorsque le mal de Pott était exempt de complication de méningite spinale ou cérébrale et qu'il n'y avait que paralysie incomplète, le nerf optique était peu malade. Il n'y avait alors que l'hypérémie et le gonflement papillaire que j'ai signalé dans les maladies de la moelle épinière. Les contours de la papille étaient assez visibles, mais un peu voilés.

Un mois plus tard, la méningite spinale et cérébrale étant déclarée, on vit le nerf optique toujours gonflé, mais pâle, et ses contours diffus, effacés par une zone étroite d'exsudation péripapillaire. Les artères étaient filiformes et les veines peu dilatées avec un liseré blanchâtre d'œdème le long de leur trajet.

Quarante-huit heures avant la mort, le tableau change. Le nerf optique gonflé est diffus au point d'être à peu près invisible, il est nuageux, rougeâtre, à peine distinct de la choroïde; les artères ont tout à fait disparu et les veines sont très-dilatées, flexueuses, avec thromboses dans les veines principales et sur quelques-unes un liseré d'œdème blanchâtre accompagnant le vaisseau.

Dans ces yeux étudiés tous les jours on a donc vu : 1° l'altération papillaire congestive des maladies de la moelle lorsqu'il n'y avait que le travail pathologique de la carie vértébrale propagé au canal rachidien; 2° les altérations de la névrite optique due à la méningite cérébrale; 3° enfin les altérations des veines rétiniennes par thrombose annonçant la thrombose des sinus.

De plus, en étudiant sur le cadavre le nerf optique pour voir s'il y avait une hydropisie de la gaîne vaginale, nous avons vu que cette gaîne vaginale renfermait à peine une gouttelette de sérosité qui, étant donné, le décubitus de l'enfant sur le dos, devait tomber près du trou optique sans monter au trou sclérotical et ne pouvait faire d'étranglement de ce nerf dans l'anneau.

Il faut savoir d'ailleurs que si l'on recherche l'existence de cette hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique en dehors de la méningite, on la trouve au même degré dans un grand nombre d'autres maladies. Ainsi, dans le croup, dans l'entérite tuberculeuse, dans un cas de mort par vésicatoire devenu gangréneux, dans la pneumonie, etc., j'ai trouvé cette hydropisie sans que pendant la vie il y ait eu aucun étranglement de la papille du nerf optique visible à l'ophthalmoscope, ni d'accidents nerveux. Sur douze autopsies de maladies étrangères au système nerveux et à la méningite, j'ai trouvé cette hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique au même degré que dans la méningite tuberculeuse. Ce sont des recherches à continuer, et dans quelques temps une publication spéciale fera connaître les résultats auxquels je suis arrivé.

Quoi qu'il en soit, dans ce cas de méningite admettons encore, comme un fait capable de fournir une explication de la névrite optique des méningites, l'existence d'un faible degré d'hydropisie de la gaîne vaginale du nerf optique constatée sur le cadavre. Sachons toutefois que cette explication n'est pas la seule à fournir. Ainsi chez la même enfant, nous avons constaté une ancienne thrombose du sinus longitudinal de la dure-mère et des veines méningées, ainsi qu'un gonflement du nerf optique par hyperplasie des éléments conjonctifs du nerf. On peut donc se demander, dans ce cas, si la prolifération conjonctive intertubulaire du nerf optique qui se prolongeait jusque dans l'anneau sclérotical, en faisant disparaître la myélite et comprimant les tubes nerveux, n'étranglait pas la papille dans l'anneau sclérotical plus que la goutte de sérosité descendue des espaces sous-arachnoïdiens. C'est la *théorie de l'étranglement hypertrophique* en face de l'*étranglement hydrocolique*. Mais si l'on veut rester dans le vrai, il ne faut pas opposer ces deux théories l'une à l'autre, car elles sont également fondées selon les cas, et plus d'une fois on trouvera les deux causes réunies.

Ainsi donc, carie vertébrale, paraplégie incomplète, et légère névrite optique; — pachy-méningite spinale et méningite tuberculeuse avec névro-rétinite ; — thrombose des sinus de la dure-mère et thrombose rétinienne avec suffusion séreuse papillaire et péripapillaire, voilà le résumé de cette observation, dans laquelle la cérébroscopie a montré la relation intime des altérations du fond de l'œil avec les lésions de la moelle épinière et du cerveau.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

Les préparations, sur le témoignage desquelles il s'appuie, portaient, dans l'ancien catalogue, les nos 386, 392 et 397, aujourd'hui elles portent les nos 1692, 1709 et 1703. Au sujet de la dernière, il suffit de dire que M. Guthrie a certainement mal compris la description que Hunter en a donnée, parce que, d'après l'habitude de Hunter, ce n'est qu'une courte note ou une étiquette. Il veut dire que l'injection ne traversa pas le sac pour se précipiter dans l'artère, parce que la partie du sac la plus voisine de l'artère était remplie de caillots. Mais un simple coup d'œil sur la préparation montre qu'il n'y a pas la moindre oblitération du bout inférieur de l'artère. La bougie qui y est placée montre qu'elle s'ouvre librement dans la dilatation qui fait partie du sac. Je crois que Hunter a voulu dire, comme du reste la préparation le montre, que la guérison commença par la formation d'un caillot établissant une barrière entre la cavité principale du sac et la petite dilatation qui fait partie de l'artère. Le no 1709 (ancien 392) a été réexaminé, et l'on a trouvé que l'artère est presque oblitérée, mais pas complétement. Ainsi, comme le travail est incomplet, on peut difficilement raisonner sur ses conséquences, même quand l'état de la préparation serait de nature à permettre de décider ce point litigieux, ce qui n'est pas le cas. La préparation 1692 ne répond en aucune façon à la description de M. Guthrie, qui dit que tous les orifices, sauf l'orifice supérieur, se sont oblitérés pendant la vie. Il y a une petite erreur dans l'ancien catalogue où l'artère oblitérée est appelée brachiale et l'anévrysme désigné sous le nom d'anévrysme axillaire. En réalité, l'artère est l'axillaire et l'anévrysme siége sur la sous-clavière, près du point où naît la thyroïdienne inférieure. De sorte que, d'après ce que montre la préparation, il a dû y avoir dans la tumeur un courant continuel entretenu par les grosses branches de la sous-clavière et l'axillaire. Ici, en outre, on n'a conservé qu'un fragment de l'anévrysme, de sorte qu'il est impossible de dire exactement l'effet que produisit sur la tumeur l'oblitération de l'axillaire; il a dû certainement s'y déposer une grande quantité de caillots. Mais quand de grosses branches, comme c'était probablement le cas, s'ouvrent librement dans le sac, il est assez vraisemblable que l'arrêt d'un caillot dans le bout inférieur du tronc principal lui-même ne suffira pas à guérir l'anévrysme. Même dans ce cas, cependant, il peut amener un dépôt considérable de caillots et peut oblitérer une certaine portion de la tumeur, qui autrement aurait continué de s'accroître et aurait pu se rompre.

M. Guthrie a essayé de prouver que, dans les cas où l'opération de Brasdor a réussi (et il reconnaît que dans quelques cas elle a donné un succès complet, et dans d'autres au moins partiels), ce succès était dû à ce que l'inflammation produite au siége de la ligature s'était propagée aux parois du sac. Je ne

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 juin.

saurais dire jusqu'à quel point M. Guthrie eût modifié son opinion s'il eût mieux connu le phénomène de l'arrêt d'un caillot dans un vaisseau et ses résultats; mais je crois que quiconque lira avec attention ses leçons se convaincra que sur ce point particulier, son jugement a été mis en défaut. Il est vrai qu'il a rapporté le cas de Hall opéré par M. Evans de Belper et celui d'un nègre opéré par M. Montgomery et qu'il put montrer que, dans ces deux cas, l'inflammation et la suppuration de la tumeur avaient été consécutives à l'opération. Mais dans le cas de Hall, il est évident que cette inflammation fut causée par les suites d'une course à cheval et d'une orgie, alors que les suites immédiates de l'opération étaient depuis longtemps effacées; et bien qu'on n'en puisse dire autant du cas de Montgomery, il n'en est pas moins vrai que la suppuration du sac arrive parfois après l'opération de Hunter, aussi bien qu'après toute espèce de traitement, ce qui résulte sans doute plutôt de la coagulation imparfaite à l'intérieur du sac, que de l'inflammation de ses parois. Il est probable que cet accident a plus de chances de se montrer après la ligature périphérique qu'après celle du bout central, comme il a certainement plus de chances de se montrer après l'opération d'Anel qu'après celle de Hunter; mais j'avoue qu'il m'est impossible de voir la différence radicale sur laquelle M. Guthrie insiste tant. Il semble, au contraire, que la coagulation dans le sac est plus étendue et plus complète dans les cas où il ne se montre pas de symptômes inflammatoires.

Je conclus donc qu'il y a, *à priori*, raison de croire que l'opération de Brasdor peut être pratiquée avec succès dans quelques cas d'anévrysmes de l'innominée, et que, quand elle est pratiquée pour des anévrysmes de l'aorte, elle peut encore, à la rigueur, être suivie de la consolidation partielle de la tumeur.

Voyons, maintenant, quels ont été les résultats de la ligature périphérique appliquée au traitement des anévrysmes du tronc innominé et de l'aorte. Afin de rendre plus saisissables les résultats de l'expérience des chirurgiens dans la question qui nous occupe, et pour indiquer les sources auxquelles on peut puiser des renseignements, j'ai construit une table qui comprend tous les cas que j'ai pu rencontrer. J'ai réuni les cas d'anévrysmes de l'aorte et ceux de l'innominée, parce qu'il est certain que, dans les cas qui se terminent par la guérison, il est difficile de ne pas les confondre.

Ligatures périphériques pour anévrysmes de l'aorte et de l'innominée.

I. — DOUBLE CONSÉCUTIVE.

1. Fearn. — Innominée. — 1836, 1838. — Guéri. — Préparation.
2. Wickham. — Innominée. — Sept.-déc. 1839. — Mort : hémorrhagie secondaire. — Préparation.
3. Malgaigne. — Innominée. — Avril-oct. 1845. — Mort : érysipèle.
4. Bickersteth. — Aorte et innominée en mai-juin 1864. — Mort : suffocation.

II. — DOUBLE SIMULTANÉE.

5. Hobart. — Aorte. — 1839. — Mort : hémorrhagie secondaire. — Sous-clavière, 1re portion.
6. Rossi. — Innominée. — 1843. — Mort : opération. — Sous-clavière, 1re portion?
7. Heath. — Aorte. — 1865. — Guéri. — Préparation.
8. Maunder. — Aorte. — 1867. — Mort : opération.
9. Sands. — Aorte. — 1868. — Guéri. — Pas d'amélioration.
10. Durham. — Aorte. — 1868. — Guéri.
11. J. Lane. — Incertain. — 1871. — Guéri de l'opération. — Pas d'amélioration.
12. Holmes. — Aorte et innominée. — 1871. — Guéri de l'opération. — Pas d'amélioration.

III. — CAROTIDE SEULE.

13. A. Key. — Innominée. — 1830. — Mort : opération.
14. Neumester. — Innominée. — 1830. — Mort : hémiplégie.
15. Scott. — Innominée. — 1830. — Mort : rupture.
16. Dohlkoff. — Innominée. — 1837. — Mort : paralysie.
17. Hutton. — Innominée. — 1846. — Mort : suppuration du sac.
18. Wright. — Innominée. — 1855. — Mort : abcès cerveau. — Anévrysme consolidé.
19. Ordile. — Innominée. — 1859? — Mort. — Pas de renseignements.
20. Broadbent. — Innominée. — 1861. — Mort : hémorrhagie secondaire. — Pas d'amélioration permanente.
21. Herson. — Innominée. — 1867. — Mort : opération.
22. Nussbaum. — Innominée. — 1867. — Mort : rupture.
23. Nussbaum. — Innominée. — 1867. — Mort : rupture.
24. Evans. — Innominée et carotide. — 1828. — Guéri. — A vécu trente-neuf ans.
25. Morisson. — Innominée et carotide. — 1832. — Guéri. — A vécu vingt mois.
26. Vilardeto ou Rompani. — Innominée et carotide. — 1844. — Mort : hémorrhagie secondaire.
27. Pirogoff. — Innominée et carotide? — 1844. — Guéri. — Imparfait.
28. Mott. — Innominée et sous-clavière. — 1829. — Guéri temporairement — A vécu sept mois.
29. Fergusson. — Innominée et sous-clavière. — 1841. — Mort : pneumonie. — Préparation.
30. Porta. — Innominée et sous-clavière. — 1842. — Mort : érysipèle. — Pas d'anévrysme.
31. O'Shaugnessy. — Aorte. — 1843. — Mort : galvanopuncture.
32. Campbell. — Aorte et innominée. — 1845. — Mort : suffocation.
33. Kurcoles. — Aorte. — 1867. — Mort : apoplexie.
34. Hutchinson de Brooklyn. — Aorte et innominée. — 1867. — Mort : suffocation. — On essaye la double ligature.
35. Rigen. — Aorte. — 1829. — Guéri. — Carotide gauche liée.
36. Tillanus. — Aorte. — 1829. — Guéri. — Carotide gauche liée.
37. Montgomery. — Aorte. — 1829. — Mort : suppuration du sac. — Carotide gauche liée.
38. S. Lane. — Carotide gauche et aorte. — 1852. — Mort : rupture dans le poumon. — Carotide gauche liée.
39. Pirogoff. — Carotide gauche et aorte. — 1852. — Guéri. Carotide gauche liée.
40. Pirogoff. — Aorte et innominée. — 1852. — Mort : hémiplégie. — Carotide gauche liée.
41. Heath. — Aorte. — 1872. — Guéri ; grande amélioration. — Carotide gauche liée.

IV. — SOUS-CLAVIÈRE SEULEMENT.

42. Wardrop. — Innominée. — 1827. — Guéri ; grande amélioration. — A vécu deux ans.
43. Broca. — Innominée. — 1862. — Récidive ; grande amélioration. — A vécu sept mois.

Je n'ai pas le projet de faire usage de cette table au point de vue de la statistique. Je ne nie pas que la statistique ne trouve une application utile dans un grand nombre de recherches et même dans quelques questions chirurgicales. Je citerai volontiers, comme exemple, l'intéressante statistique qu'un de mes prédécesseurs respectés, M. Hancock, a établie pour montrer l'avantage de la résection sur l'amputation dans les affections du pied. C'était relativement une question simple, et la comparaison portait sur des cas qui, à beaucoup d'égards, étaient parfaitement identiques. D'autre part, chacun sait et tous ceux qui raisonnent sainement ont dû le déplorer, combien on a récemment abusé de la statistique pour appuyer des conclusions d'un caractère fort contestable touchant la pratique de nos hôpitaux — statistiques fondées sur la comparaison de faits tellement dissemblables sur des points nombreux et importants, qu'une différence quelconque dans les résultats du traitement doit évidemment comporter des explications aussi nombreuses que contraires les unes aux autres.

Pour faire usage des données de cette table au point de vue statistique, il nous faudrait avoir en notre possession des faits parfaitement déterminés tant d'un côté que de l'autre. Il ne faut pas oublier, en effet, que dans toute question chirurgicale la méthode statistique implique une comparaison. Dans le cas présent, par exemple, la comparaison porterait entre le traitement des anévrysmes, que l'on suppose siéger sur l'innominée ou que l'on sait impliquer une partie de l'aorte, par l'opération du côté de la périphérie dans l'une ou l'autre de ses formes, par la galvano-puncture ou par l'abstention. Car je répète que le traitement interne doit toujours, en pareil cas, avoir été essayé et n'avoir pas réussi, à moins que les progrès rapides de la tumeur n'en aient démontré l'inutilité. Ainsi donc, pour nous faire une opinion, il nous faut avoir des données positives, à l'aide desquelles nous puissions comparer des cas exactement semblables et traités par ces trois méthodes différentes. Mais il est évident que la collection de faits la plus complète et la plus soigneusement faite peut difficilement suffire à cet objet. Et même y eut-il des faits capables de nous montrer ce qui pourrait se passer si de semblables tumeurs étaient traitées par l'électricité, ou quelle serait la durée de la vie et la gravité des symptômes dans le cas d'abstention; il n'en est pas moins vrai que les faits, sur lesquels cette table est fondée, ne sont pas en réalité assez uniformes ni assez bien scrutés pour fournir les éléments d'un raisonnement statistique quelconque. Un tel raisonnement ne serait complet et digne de confiance qu'à la condition d'avoir éliminé toutes les causes possibles d'erreur et d'avoir réduit tous les faits, pour ainsi dire, à un commun dénominateur. Il est loin d'en être ainsi dans la table qui est devant vous. Plusieurs opérations ont été évidemment faites au hasard, après un diagnostic incomplet ou comme un pis aller, dans des cas où il n'y avait aucune chance favorable d'amélioration. Dans plusieurs, les résultats sont inconnus, dans d'autres ils sont imparfaitement indiqués; dans plusieurs des cas terminés par la mort, on ne sait pas si elle fut causée ou non par l'opération, ou bien dans les cas où les malades ont guéri de l'opération, on ne sait pas si le traitement fut réellement utile.

Pour ces raisons, je crois que l'énorme mortalité et l'absence de preuve d'une guérison certaine et permanente, sauf dans trois cas sur quarante-trois, faits indéniables que moins que personne je cherche à dissimuler et dont je ne veux pas atténuer l'importance, ne suffisent pas pour se faire une opinion saine sur la destinée future de la ligature périphérique. La nouveauté du procédé et l'énorme difficulté de constater les indications de l'opération sont, par elles-mêmes, des raisons suffisantes pour expliquer un tableau aussi sombre que celui que je place devant vous. N'oublions pas l'histoire des premiers temps de l'ovariotomie. Quelle opinion tant soit peu raisonnable aurions-nous pu nous faire d'après la statistique, qui ne nous donne ordinairement que le nombre de morts sur cent, sans avoir égard à aucune particularité, à la suite des cinquante premières opérations d'ovariotomie?

Une méthode plus sûre, sera, à mon avis, de choisir les cas dont j'ai les observations, sur l'exactitude desquelles on peut compter, dont j'ai les dessins ou les préparations, et d'essayer d'en tirer les enseignements qu'ils peuvent fournir.

MODIFICATION SPÉCIALE DU CERVEAU

RENCONTRÉE CHEZ TROIS SUJETS CANCÉREUX

par M. le docteur J. Luys, médecin de la Salpêtrière.

M. Luys ayant mis indistinctement les cerveaux des sujets qui ont succombé cet hiver dans son service dans une solution d'acide azotique, et, ces cerveaux ayant été traités par les mêmes procédés de dessiccation, il a été frappé de voir qu'un certain nombre d'entre eux se présentaient avec une manière d'être toute spéciale (1).

En recherchant quelles étaient les conditions propres des individus à qui ils avaient appartenu, il a été frappé de constater qu'ils provenaient de sujets cancéreux. Le premier dont il présente l'échantillon à la Société de biologie appartient à un homme qui a succombé à un cancer de l'estomac à l'âge de soixante-cinq ans; le second appartient à une femme de soixante-dix ans qui a succombé à un cancer du sein; et le troisième à une femme de soixante-huit ans qui a succombé à un cancer du cardia et de l'œsophage.

Voici en quoi consiste la modification : les circonvolutions, celle de la face externe et interne, sont toutes séparées par des sillons très-profonds, elles sont émaciées, réduites de volume et leur contour au lieu d'être arrondi est taillé à pic, si bien que leur face supérieure et leurs bords forment une arête vive. Il résulte de la résorption de la substance corticale que les plis cérébraux sont distants les uns des autres et qu'ils sont séparés entre eux non plus par des sillons, mais par des espèces de ravines profondes et irrégulières. Il est à noter que cette modification caractéristique de l'aspect morphologique du cerveau ne se présente pas d'une façon aussi nette avant l'immersion dans le bain d'azide azotique, et que c'est à l'intervention de ce réactif que l'on doit la mise en saillie de cet aspect spécial de la substance cérébrale.

M. Luys se contente pour le moment de signaler ce fait nouveau à l'attention de la Société, se réservant de poursuivre ultérieurement cette étude, qui ne s'appuie aujourd'hui que sur un nombre restreint d'observations, et qu'il s'agit de compléter d'une part par l'examen direct de l'histologie du cerveau au point de vue des modifications survenues dans la constitution des divers éléments de la trame cérébrale, et d'autre part, par des examens comparatifs, des-

(1) Le procédé usuel généralement employé pour la conservation des cerveaux et formulé par M. Broca consiste à les plonger dans un bain contenant pour 100 volumes d'eau 10 à 12 volumes d'acide azotique. Après avoir enlevé la pie-mère avec précaution et séparé par une incision les deux lobes droit et gauche l'un de l'autre, on les lave avec soin, pour les expurger du sang qu'ils contiennent, puis on les immerge dans le bain acidulé pendant quinze à vingt jours, en ayant soin de les visiter souvent et d'ajouter quelques portions d'acide pour maintenir le bain au même degré de saturation. Quand on juge qu'ils sont suffisamment durcis, on les retire du bain en ayant la précaution de les laisser sécher à l'air libre et à l'ombre, et en les faisant reposer sur une grosse éponge.

M. Luys conseille de perfectionner ce procédé en plongeant les cerveaux, au sortir du bain d'acide azotique, dans une solution saturée de sulfate de zinc. Après une série d'essais variés il a reconnu que cette solution était la plus efficace pour augmenter le durcissement et pour maintenir la coloration blanchâtre du cerveau. Une fois le cerveau suffisamment sec, il étend au pinceau une couche de vernis copal et conserve les pièces ainsi préparées à l'abri de l'air et dans un lieu frais.

tinés à montrer si d'autres états diathésiques tels que la tuberculose, la scrofule, la syphilis, etc. ne seraient pas aptes à déterminer dans le cerveau des modifications de même ordre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er juillet 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Description du cerveau d'une femme imbécile. — M. LUYS fait passer sous les yeux de la Société, une série de cerveaux normaux, recueillis chez des sujets de divers âges et destinés à montrer par comparaison les différences notables qu'ils présentent avec celui d'une femme imbécile morte dans son service, dont il apporte le spécimen.

Il s'agit, en effet, d'une femme morte à l'âge de soixante-cinq ans, et qui a passé toute sa vie à la Salpêtrière. Elle y était entrée dans sa jeunesse et avait été placée dans la division des idiotes; elle se développa peu à peu, régulièrement, sans cependant pouvoir apprendre ni à lire ni à écrire; et, comme elle ne présentait aucun vice de caractère, elle fut, à un moment donné, placée dans la catégorie des admises. Elle passa toute sa vie dans les dortoirs, allant et venant comme toutes ses compagnes, et sans aucune infirmité. Elle répondait juste aux questions qu'on lui faisait, elle prenait régulièrement ses repas, et occupait ses loisirs à faire de la charpie. La seule passion, qu'elle manifesta dans toute son existence, fut l'attraction invincible qui l'attirait vers les chats; elle aimait passionnément tous ceux de l'établissement, elle se privait de ses aliments en leur faveur, si bien que, quand elle sortait, elle avait toujours après elle une troupe de chats qui lui faisaient cortége. On l'appelait communément la Mère aux chats.

Cette femme fut prise subitement d'accidents de congestion cérébrale auxquels elle succomba. L'examen de son cerveau fit constater les particularités suivantes : d'une manière générale il était régulièrement constitué, seulement il était de petit volume; les divers systèmes de circonvolutions cérébrales étaient tous également représentés à droite et à gauche, seulement chacun d'eux était grêle et les sillons de séparation peu profonds. Les circonvolutions, première, deuxième et troisième frontales, étaient réduites à l'état de plis à peine ondulés et de très-petit volume; les plis du lobe sus-orbitaire étaient à peine indiqués; la frontale et la pariétale ascendantes étaient pareillement de petit volume; celles des régions pariétales et occipitales étaient aussi très-peu développées. A la portion interne des hémisphères, la circonvolution crétée était à peine marquée, et le détail qui a paru le plus important à noter dans cet examen a été le lobe carré. Le lobe carré en effet, dans le lobe gauche, était réduit à l'état rudimentaire, c'est à peine s'il présentait une ou deux incisures; transversalement il mesurait 2 centimètres. La même région du lobe carré, examinée dans le lobe droit, présentait au contraire une plus grande surface, il mesurait 3 centimètres de largeur, et de plus était occupé par un sillon coupé lui-même par deux incisures transversales. Les parties centrales du cerveau n'ont présenté, en apparence, rien de bien notable à signaler.

En somme, il s'agit d'un cerveau d'imbécile caractérisé par l'arrêt de développement des circonvolutions frontales et du lobe carré du côté gauche. Inutile d'ajouter que la circonvolution supplémentaire, dont M. Luys a signalé la présence dans la précédente séance, faisait ici complétement défaut.

Modification spéciale du cerveau chez des sujets cancéreux. — M. LUYS présente encore à la Société trois cerveaux appartenant à des individus atteints de cancer, et qui offrent une modification toute spéciale dans leur apparence. (Voir plus haut.)

Purpura hæmorrhagica. — M. HAYEM communique un nouveau cas de *purpura hæmorrhagica*, et fait suivre cette observation de considérations intéressantes sur l'examen du sang.

Inoculations du pemphigus et de l'impétigo. — M. VIDAL communique un nouveau cas d'inoculation à l'adulte du pemphigus du nouveau-né.

Il a entrepris aussi une série d'expériences sur l'inoculation de l'*impetigo contagiosa*.

Ayant eu récemment dans son service une malade atteinte de cette affection, il a cherché à l'inoculer sur l'un des externes du service qui a bien voulu s'offrir pour cette expérience; il n'a obtenu aucun résultat. Mais il a réussi une auto-inoculation sur la malade elle-même. Comme pour toutes les inoculations de ce genre, les croûtes d'impétigo de la seconde génération sont beaucoup moins importantes que celles de la première. C'est là d'ailleurs une loi générale.

M. Vidal a cherché aussi à inoculer l'impétigo chez le chien; il n'a pu réussir. Voici ce qui l'avait amené à tenter ces inoculations de l'homme au chien : il avait eu l'occasion d'observer l'apparition de l'impétigo chez un enfant qui jouait souvent avec un chien, qui portait sur lui des croûtes absolument semblables à celles de l'impétigo. La bonne de cet enfant fut également atteinte. Il avait vu aussi une jeune fille de dix-huit ans qui paraissait avoir pris l'impétigo dont elle était affectée à un petit chien qu'elle avait presque toujours avec elle.

En résumé, les dernières expériences de M. Vidal montrent que l'impétigo est encore une forme d'affection cutanée auto-inoculable.

Saturnisme chronique. — M. RAYMOND, qui a observé avec la plus grande attention un certain nombre de saturnins, tant l'année dernière dans le service de M. Vulpian, que cette année dans celui de M. Gubler, croit pouvoir affirmer que les règles posées par Duchenne (de Boulogne) au sujet de la paralysie saturnine, ne sont pas aussi absolues que l'a dit notre regretté confrère.

Duchenne (de Boulogne) admet, comme règle, que la paralysie atteint d'abord l'extenseur des doigts, puis l'extenseur propre de l'index et celui du petit doigt. Or M. Raymond, dans deux cas, a vu la paralysie commencer par le petit doigt et l'extenseur propre de l'index. Duchenne prétend également que, dans la paralysie saturnine, le court extenseur du pouce est toujours paralysé; or, il y a des cas où tous les autres muscles sont paralysés, sauf précisément celui-là. Suivant Duchenne, la paralysie et l'atrophie sont toujours beaucoup plus marquées du côté droit, ce qu'il explique par ce fait que c'est la main droite qui tient le pinceau, et qu'il se fait une intoxication locale. M. Raymond a pu remarquer dans un certain nombre de cas que la paralysie et l'atrophie étaient absolument semblables des deux côtés. Suivant M. Raymond, et contrairement à ce qu'a écrit Duchenne, il arrive souvent que la perte de la contractilité électrique précède celle de la contractilité volontaire.

M. Raymond dit avoir constaté dans la paralysie saturnine des symptômes analogues à ceux qu'on observe à la suite des lésions cérébrales ordinaires, tels que l'hémiplégie, la perte simultanée de la motilité et de la sensibilité, etc. Cependant, dans les cas d'hémiplégie saturnine, la paralysie des muscles extenseurs est toujours plus accentuée que celle des autres muscles.

M. Briquet regarde les coliques saturnines comme de la myosalgie. M. Raymond, au contraire, s'appuyant sur un certain nombre d'observations, regarde ces coliques comme de l'entéralgie.

Il a pu constater, chez un saturnin, des mouvements choréiques, des phénomènes cérébraux indiquant nettement que la surface cérébrale était touchée. Mais il ajoute que ces phénomènes, contrairement à ceux des lésions cérébrales ordinaires, disparaissent sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium et les bains sulfureux.

Il a observé aussi dans l'intoxication saturnine des phénomènes médullaires simulant ceux de l'ataxie locomotrice. Enfin, il croit pouvoir conclure aussi de ses observations que le plomb agit sur le système nerveux central et non pas seulement sur le système nerveux périphérique.

M. Raymond rapporte en outre, en quelques mots, l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans qui travaille dans le mercure et qui est atteint d'une paralysie présentant tous les caractères de la

paralysie saturnine. Mais il n'a pas présenté d'autres phénomènes que la paralysie. M. Raymond ajoute que cet enfant est atteint depuis deux ans d'attaques épileptiformes.

M. LABORDE proteste contre cette expression de contractilité électrique si souvent employée par M. Duchenne (de Boulogne), et que vient d'employer aussi M. Raymond. Il n'y a, pour tout physiologiste, qu'une seule et même contractilité, la contractilité musculaire.

M. HALLOPEAU, à l'appui de cette opinion que le plomb agit non-seulement sur le système nerveux périphérique, mais aussi sur le système nerveux central, rappelle qu'on a trouvé les lésions de la myélite chez des lapins empoisonnés par le plomb.

Albuminurie provoquée par des badigeonnages d'iode. — M. RAYMOND, après avoir rappelé la communication de MM. J. Simon et Regnard relative à ce sujet, dit avoir fait dans le service de M. Gubler un grand nombre de badigeonnages d'iode, chez l'adulte sans jamais avoir pu ainsi provoquer de l'albuminurie.

Névrologie. — M. MATHIAS DUVAL montre des pièces relatives à l'origine du nerf facial.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

ADDITION A LA SÉANCE DU 24 JUIN.

M. PONCET présente au nom de M. Bergi, médecin en chef à l'hôpital militaire de la Colle (Algérie) un corps étranger extrait du corps d'un enfant dans des circonstances assez curieuses. C'est un épi de vulpin des prés, avec une partie de sa tige repliée sur elle-même parallèlement à l'épi, hérissé de barbes, et mesurant 5 centimètres de long sur 1 de large. Ce corps étranger a été avalé par un enfant de onze mois jouant sur l'herbe, sans que la mère, occupée à d'autres soins en ce moment, s'en aperçût. Pendant quinze jours à trois semaines l'enfant ne parut nullement incommodé. Mais alors, explosion d'une pneumonie de la base du poumon droit, qui donna lieu cinq ou six jours après, à la formation d'un petit abcès en arrière du côté malade entre la dixième et la onzième côte. Ouverture spontanée du foyer et apparition à l'ouverture de cet épi qui se présenta au point où la tige se repliait sur l'épi. La mère retira elle-même cette tige sans difficulté et entière. Tous les accidents cessèrent presque immédiatement.

Il existait encore une petite fistule pulmonaire un mois après l'accident, mais la maladie est en parfaite voie de guérison.

VARIÉTÉS

De la médication marine, ses indications, ses contre-indications, ses avantages dans le traitement de la glycosurie (1).

par M. le docteur HÉDOUIN.

Après avoir défini la médication marine, M. Hédouin consacre un chapitre à la dyspepsie, maladie qu'on rencontre bien souvent dans la pratique médicale, et à laquelle il reconnaît, comme Beau, une influence considérable pour préparer et entretenir beaucoup d'autres maladies. Il signale quelques causes ignorées, ou dont, généralement, on ne tient pas assez compte. La partie qui traite de l'influence fâcheuse du tabac à fumer offre un grand intérêt. Le tabac, par son abus, peut porter son action toxique sur l'estomac, sur les organes des sens, les centres nerveux, le cœur et sur d'autres organes. M. Hédouin a rendu un véritable service en appelant l'attention sur les maladies graves qu'il peut produire, et cite comme preuve des observations très-utiles à connaître.

Dans un autre chapitre, la glycosurie est traitée d'une manière tout à fait neuve. Jusqu'à présent les médecins qui ont écrit sur le diabète l'avaient défini d'une manière différente ; ils ne nous avaient rien appris sur la véritable nature de la maladie : leurs définitions n'étaient que des suppositions que la clinique ne confirme pas.

L'étude de la dyspepsie a appris à M. Hédouin que la glycosurie naît d'un dérangement des fonctions digestives pour devenir une maladie de la nutrition, il énumère les symptômes. A l'état de glycosurie, la maladie peut guérir, si elle a été traitée par des soins éclairés, et si surtout le médecin s'est adressé à l'estomac primitivement altéré dans ses fonctions. Si au contraire elle a été méconnue, ou que son traitement ait été insuffisant, la glycosurie peut passer à l'état de diabète. Dans cette dernière forme de la maladie sucrée, les malades font des quantités considérables de sucre, et sont tourmentés par une soif ardente ; il existe chez eux une grande dépression des forces, une diminution de la vie intellectuelle, et des lésions anatomiques du côté de certains organes qui amènent un dépérissement général. Les glycosuriques, dit M. Hédouin, peuvent devenir diabétiques, comme les tuberculeux peuvent devenir phthisiques. Pour guérir la maladie, il considère comme illusoire l'emploi de tel ou tel médicament, qui a pu être imaginé et souvent préconisé. Après avoir indiqué le traitement prescrit, il expose avec une grande netteté, les avantages de la médication marine, qu'il regarde comme la meilleure de toutes. En effet, la chaleur était fréquemment la cause déterminante de la maladie, il la considère comme très-nuisible aux glycosuriques en traitement : elle aggrave leur état en empêchant leur amélioration. L'air vif de la mer, est, à lui seul, un élément considérable d'amélioration. L'appétit des malades reparaît, leurs digestions se font mieux, leurs souffrances s'amendent, le sommeil revient, la soif diminue sensiblement, l'émission de l'urine devient moins fréquente, et la proportion de sucre qu'elle contient diminue également.

Parmi les indications de la médication marine, M. le docteur Hédouin signale les services qu'elle peut rendre aux jeunes filles, à l'occasion de l'établissement de la menstruation : il en expose les avantages dans le traitement des maladies des femmes. Les enfants lymphatiques, ceux qui sont atteints de scrofule, de rachitisme ou de certaines maladies de la peau, se trouvent on ne peut mieux de la médication marine. Pendant leur séjour près de la mer, ils trouvent presque toujours des éléments de force et d'amélioration dans leur état, que leur avait refusé l'habitation des grandes villes, et souvent celle de la campagne pendant les chaleurs. Après avoir indiqué les applications nombreuses de la médication marine, l'auteur indique les cas dans lesquels elle ne doit pas être employée.

Un souffle de conviction sincère règne dans tout le cours de cet ouvrage. Ce n'est du reste qu'un témoignage légitime de reconnaissance de la part de M. Hédouin qui, diabétique lui-même, a dû sa guérison à la médication marine. D[r] PASSANT.

(1) Un vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, P. ASSELIN.

Excursion scientifique. — M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 9 juillet, dans les vallées de l'Yvette.

Rendez-vous à la gare de Montparnasse, à sept heures et demie, pour le train partant de Paris, à huit heures, pour la station de Laverrière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la structure des racines des nerfs spinaux, et du tissu nerveux dans les organes centraux de l'homme, et de quelques animaux supérieurs, par le docteur ROUDANOWSKY. — 1 vol. in-8°, avec atlas de 8 planches contenant 72 photographies. Prix : 30 francs. — Paris, V[e] Adrien Delahaye et C[e].

Precis élémentaire de l'art des accouchements sous forme de demandes et réponses, par le docteur C. GIRARD, professeur d'accouchements, lauréat de la Faculté, ancien interne des hôpitaux. — 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, 1876, H. Lauwereyns.

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus, suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

N'ayant reçu la parole qu'à quatre heures et demie, après de très-longues communications de M. Pasteur, M. Depaul n'a pu terminer son discours; mais il a fait mieux : il a donné, après la séance, la démonstration expérimentale sans laquelle sa théorie ne pouvait pas se soutenir.

Comment, en effet, localiser les bruits de souffle de la grossesse dans les artères de l'utérus, s'il n'était pas prouvé d'abord que ces artères fussent d'un calibre suffisant pour engendrer ces bruits de souffle?

Toutes les probabilités paraissaient contraires; car sur le vivant, sur la radiale de l'homme et sur d'autres artères, soit de l'homme, soit du cheval, d'un calibre à peu près égal à celui de la radiale, MM. Bouillaud, Collin, etc., avaient en vain cherché à produire par la pression un bruit appréciable, ou du moins notable.

Or le bruit de souffle de la grossesse peut avoir une grande intensité : c'est un *souffle énorme*, suivant l'expression de M. Bouillaud.

La conclusion était qu'il le fallait placer dans des artères d'un plus gros calibre, telles que l'iliaque.

M. Depaul a pris des tubes de caoutchouc dont la lumière n'avait pas plus d'un millimètre de diamètre; il en a fait réunir deux à l'extrémité d'un troisième, qui était lui-même ajusté à une poire de caoutchouc remplissant l'office de pompe foulante. De cette manière, le courant liquide se bifurquait entre deux tuyaux qui avaient, chacun, un calibre égal à celui du tuyau unique d'origine. Ainsi se trouvaient réalisées des conditions à peu près semblables à celles qui existent durant la grossesse dans les parois de l'utérus. Là aussi les artères conservent, après qu'elles se sont bifurquées, un calibre égal à celui que possédaient les branches d'origine : et ce calibre peut atteindre au moins 1 millimètre de diamètre intérieur.

Restait donc à savoir si, dans ces conditions, on pourrait entendre un bruit de souffle.

L'expérience, répétée à diverses reprises, nous a pleinement convaincu. Quand on fait passer un liquide dans l'appareil de M. Depaul, on entend un souffle, parfois très-sonore, très-retentissant, au niveau de la bifurcation du tube, sans avoir besoin d'y exercer aucune pression. Avant cette bifurcation, sur le tube unique d'origine, on n'entend rien tant qu'on ne presse pas; mais on peut encore faire naître un bruit en déprimant sur un point l'artère.

Ainsi il n'est pas indispensable qu'un tuyau soit d'un gros calibre pour engendrer un bruit de souffle des plus marqués. On ne peut donc plus écarter la théorie de M. Depaul en la déclarant impossible *à priori*.

On objecte que les tuyaux de caoutchouc ont une façon de vibrer qui n'est point celle des artères. Mais sait-on comment vibrent les artères utérines, dont les conditions de milieu, de direction, de distribution, de développement, sont si particulières? Les observations sur les autres artères du corps humain leur sont tout aussi applicables, mais ne le sont pas davantage, que les observations faites sur des tuyaux de caoutchouc.

On peut donc hésiter entre la théorie de M. Bouillaud et celle de M. Depaul; ou plutôt, avec ce dernier, admettre pour chacune d'elles une sphère d'application dont les limites restent à fixer.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. GUIBOUT.

De l'érythème.

(Leçon recueillie par M. E. GOETZ, interne de service.)

I

L'érythème est une inflammation de la peau, caractérisée par une coloration rouge, ou au moins légèrement rosée, existant le plus souvent sans prodromes et sans phénomènes réactionnels, se terminant ordinairement par résolution et sans desquamation.

A cette définition générale, dans laquelle pourront rentrer la plupart des cas, ajoutons cependant que, dans quelques circonstances, l'érythème pourra être précédé ou accompagné de symptômes généraux ordinairement peu sérieux. La teinte rosée de l'érythème est produite par une congestion active des capillaires du derme : en effet, sa rougeur disparaît sous la pression du doigt pour reparaître bientôt après, et vous savez que ce caractère appartient en propre à ces sortes de coloration des téguments. Si, comme nous l'avons dit, l'érythème peut exister sans prodromes, ou au contraire, s'accompagner de troubles gastro intestinaux et d'accidents fébriles, il n'en est pas de même pour les phénomènes subjectifs perçus par le malade. Dans tous les cas, les surfaces érythéma-

teuses sont le siége d'une sensation de cuisson, de chaleur, même de brûlure. L'érythème peut ne durer que quelques heures, quelques jours; au cas contraire, devenir chronique et se montrer pendant des années. La résolution est sa terminaison ordinaire et se fait par dégradation progressive de la teinte rosée jusqu'au retour complet à la coloration normale de la peau; la desquamation après la guérison est extrêmement rare; c'est à peine si, dans quelques occasions, on peut observer une exfoliation peu marquée analogue à celle du pityriasis.

Tel est l'érythème dans sa forme la plus générale, et il semble que tout soit dit sur cette maladie si simple en apparence; mais ne vous y trompez pas, il n'est pas une affection de la peau qui revête des formes aussi variées et des aspects aussi différents. Suivant que l'érythème est local ou généralisé, qu'il se présente sous la forme d'une simple tache sans élevure de la peau, ou qu'au contraire il soit constitué par une réunion de *papules* ou même de *tubercules* faisant saillie au-dessus de la surface, vous aurez toujours affaire à la même maladie, mais déjà vous ne reconnaissez plus la forme si simple que je vous décrivais tout à l'heure. Vos doutes seront bien plus grands encore, si sous le nom d'érythème scarlatiniforme on vous montre une coloration rouge framboisée, ressemblant à s'y méprendre à une fièvre éruptive. D'autres fois, l'érythème se présente sous la forme de cercles d'abord peu étendus, mais qui ne tardent pas à s'agrandir de plus en plus, là encore vous avez affaire à un érythème, mais symptomatique d'une affection parasitaire de la peau, de la présence d'un tricophyton; vous avez reconnu l'*érythème circiné*. Dans un troisième cas, l'érythème occupe de préférence les membres inférieurs et la face postérieure des avant-bras; il repose sur une base indurée, véritable tumeur formée par une inflammation partielle du tissu cellulaire sous-cutanée; la rougeur est très-intense, au centre la coloration est un peu bleuâtre : au bout de quelques jours elle pâlit et finit par disparaître après avoir passé par toutes les teintes de l'ecchymose en voie de déclin. Cette autre forme de l'érythème souvent accompagnée de manifestations rhumatismales, mais qui peut se rencontrer en dehors de l'arthritisme, est désigné sous le nom d'*érythème noueux*, erythema nodosum.

On observe encore d'autres espèces d'érythèmes. Ainsi la rougeur est disposée en cercles assez réguliers, la peau fait une saillie et forme une ligne de démarcation très-nette d'avec les parties saines; l'érythème est dit alors *marginé*.

Enfin, dans les cas où l'on ne peut rapprocher la lésion observée d'un des types que nous venons d'énumérer rapidement, on la range dans cette variété d'érythème ne pouvant être l'objet d'aucune description et que Hébra a désignée sous le nom d'*érythème polymorphe*. Pour M. Bazin, c'est l'*hydroa vésiculeux*.

Vous le voyez donc, messieurs, par ces quelques exemples pris au hasard, l'érythème est une maladie complexe dans ses manifestations et dans ses causes; nous allons tâcher de vous en donner une idée juste et générale, en examinant successivement son étiologie et son diagnostic.

Étiologie. — L'érythème peut être la conséquence de causes purement locales; d'autres fois il est symptomatique d'une affection générale ou d'une diathèse: de là, deux sortes d'érythèmes bien différents.

1° *Erythèmes de cause externe.* — Toutes les fois que la peau sera comprimée un peu fortement, pendant un temps plus ou moins long, on observera une rougeur ordinairement passagère, et qui cessera dès que la cause productrice sera éloignée : ainsi se produit l'érythème dans les cas de bandages trop serrés, de positions fixes trop longtemps soutenues, etc. L'irritation de la peau par un insecte, une puce, une araignée, une chenille; l'action de certaines euphorbiacées, du croton par exemple; la farine de lin fermentée, comme cela s'observe si souvent dans les cataplasmes, la moutarde, l'onguent mercuriel, produisent soit par simple contact, soit à la suite des frictions, un érythème artificiel. M. Hardy insiste spécialement sur l'irritation de la peau, produite par l'onguent napolitain et l'appelle *érythème vésiculeux ou hydrargyrique*.

Le froid est une cause fréquente d'érythème. Tantôt sa rougeur n'est que passagère; ainsi, quand le visage a été exposé à une basse température persistant quelque temps, la peau devient rouge, mais revient à sa coloration normale très-rapidement. Tantôt l'action du froid étant plus prolongée, l'érythème persiste sous la forme d'une surface rouge bleuâtre, indurée et douloureuse, siégant de préférence aux doigts, aux orteils, au bout du nez, aux oreilles; il prend alors le nom d'*érythème pernio*, vulgairement connu sous le nom d'engelures. M. Bazin, s'appuyant sur le fait que les enfants chétifs et lymphatiques sont plus exposés à contracter des engelures que les autres, fait de cette forme d'érythème, une scrofulide bénigne. M. Hardy ne partage pas cette manière de voir, et nous nous rangeons volontiers à son avis. Tout le monde peut avoir des engelures, la scrofule ne joue là que le rôle de cause prédisposante banale, comme dans tant d'autres affections.

Opposons à l'érythème produit par le froid, l'érythème par insolation, peu grave comme lésion de la peau, et nous arrivons à la forme peut-être la plus fréquente des érythèmes de cause externe, à savoir l'*intertrigo*. L'intertrigo se rencontre surtout aux deux extrêmes de la vie, chez les enfants et chez les vieillard. Partout où la peau est en contact avec elle-même; dans les points où elle est riche en glandes, en filets nerveux et en vaisseaux; où elle présente sa plus grande minceur; il est fréquent d'observer une rougeur inflammatoire, souvent chronique, qui n'est autre chose que de l'érythème intertrigineux. Ainsi, c'est au niveau des aisselles, des plis génito-cruraux, entre les fesses, entre l'oreille et la peau qui recouvre l'apophyse mastoïde que l'on peut le voir le plus souvent. Chez les tout jeunes enfants à la base du cou, dans les plis fessiers; chez les vieilles femmes au-dessous des seins ou dans les plis que présentent la paroi abdominale chargée de graisse. L'intertrigo est ordinairement sec : cependant quand il devient le siége d'une inflammation très-vive, on le voit donner lieu à une sécrétion mucoso-purulente, qui lui avait fait donner par Devergie le nom d'*intertrigo purifluens* et par Wilson celui d'*eczéma mucosum*, dénomination vicieuse comme nous le verrons en parlant du diagnostic.

L'intertrigo, d'une façon générale, est plus gênant que douloureux; cependant lorsque l'irritation est très-vive, par suite des frottements répétés, elle occasionne des douleurs qui condamnent les malades à l'immobilité.

Enfin, l'érythème peut être symptomatique de la tricophytie. Dans la teigne tondante, dans l'herpès et l'érythème circinés, les points de la peau qui sont occupés par le parasite présentent le plus ordinairement une coloration rouge plus ou moins intense, à laquelle on attribuera sa véritable valeur, en prenant en considération son siége, sa durée, et les symptômes concommittants; en dernier ressort, le microscope, en démontrant la présence de spores et de tubes caractéristiques, donnera de précieux renseignements sur la nature de l'affection.

2° *Érythèmes de cause interne.* — Dans cette classe, rentrent tous les érythèmes ordinairement passagers, qui succèdent à

l'ingestion de certains aliments, tels que la marée, les fraises, etc., ou de médicaments tels que le copahu, l'iodure de potassium, etc. Dans ces cas, la manifestation cutanée n'est que le retentissement du trouble momentané des fonctions digestives.

Dans le rhumatisme, outre l'érythème noueux que nous avons mentionné, on observe fréquemment, tout autour des articulations, des rougeurs érythémateuses qui indiquent toujours un état inflammatoire aigu ou subaigu de la synoviale.

Enfin dans les cachexies, dans les maladies fébriles de longue durée, telles que la fièvre typhoïde, il n'est pas rare de voir se développer, sur les points du corps qui sont constamment en contact avec le lit, des mortifications partielles de la peau et même des parties profondes.

Ces eschares sont ordinairement précédées d'une coloration rouge des téguments, qui devra attirer l'attention du médecin et l'engager à diriger tous ses efforts contre la destruction de la peau.

Cette forme est décrite sous le nom d'*érythème paratrime* et s'observe surtout au niveau du sacrum, des ischions, des coudes et des talons.

Dans les cas d'anasarque symptomatique d'une affection cardiaque, d'une maladie de Bright ou de toute autre cause, la distension extrême de la peau, due à l'épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'accompagne fréquemment d'une coloration rouge appelée *érythème læve*, *érythème lisse*. Comme dans l'érythème paratrime, cette rougeur est d'un mauvais augure; que l'on vienne à piquer la peau avec une lancette ou qu'elle s'ulcère spontanément, l'on verra la solution de continuité, quelque petite qu'elle soit, devenir le point de départ d'une ulcération gangréneuse.

Dans la syphilis, l'érythème s'observe à deux périodes. Six semaines environ après l'accident primitif, on voit apparaître la roséole, qui revêt parfois la forme d'un *érythème papuleux* et même *tuberculeux*. A une période beaucoup plus avancée de la maladie, au moment où cet accident tertiaire si fréquent, la gomme, se forme où s'ulcère, on voit, à son niveau ou à son pourtour, la peau devenir le siége d'une coloration érythémateuse avec tous ses caractères.

La scrofule a aussi son érythème. Tantôt on n'observe qu'une coloration, souvent assez vive de la face, persistant pendant des années et résistant à tous les traitements : c'est la *scrofulide érythémateuse simple*. Tantôt, sur cette surface colorée, se développent les tubercules, et plus tard, les ulcérations du lupus vorax.

Dans l'acné, la teinte rouge violacée, qui entoure les follicules sébacés enflammés, n'est autre chose qu'un érythème, connu vulgairement sous le nom de *couperose*.

Toutes les manifestations si variées de la diathèse herpétique, l'eczéma, l'herpès, l'impétigo, le psoriasis lui-même, avant de présenter leur lésion élémentaire, des vésicules ou des papules, sont précédées d'une période érythémateuse sans caractère spécial et qui souvent passe inaperçue.

Enfin, pour M. Bazin, l'érythème se montre très-fréquemment dans l'arthritis. — Pour lui, l'érythème noueux est toujours lié à cette diathèse. Tout en convenant que cela est vrai dans l'immense majorité des cas, nous devons reconnaître que l'érythème simple ou l'érythème noueux peuvent parfaitement s'observer chez des malades exempts de tout antécédent arthritique.

Pour être complet, nous devons mentionner encore l'érythème qui accompagne deux affections rares dans notre pays, la pellagre et l'acrodynie. Dans la première, la rougeur de la peau s'accompagne d'accidents gastro-intestinaux, de diarrhée et surtout de symptômes cérébraux ordinairement sérieux, pouvant se terminer par la folie. Dans la seconde, l'érythème est fugace et accompagné de manifestations catarrhales du côté des muqueuses bronchique, nasale et intestinale; on peut dire que l'acrodynie est une grippe accompagnée d'érythème.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Rétrécissement de l'urèthre. — Syphilis constitutionnelle : plaques muqueuses de la peau du scrotum, rhagades.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

L'un des grands inconvénients des rétrécissements de l'urèthre, c'est de donner naissance à un certain degré d'inflammation en arrière du point rétréci, d'où elle peut se propager à toute l'étendue de l'urèthre, à la prostate, au col de la vessie, à la vessie elle-même et parfois affecter jusqu'aux uretères et aux reins. Aussi, quand nous avons affaire à un rétrécissement, nous avons l'habitude de nous préoccuper de la question de savoir dans quelle proportion existent cette uréthrite, cette cystite ou cette rétro-cystite, qui sont la conséquence de cette affection. Nous sommes avertis de l'intensité plus ou moins grande de la cystite et parfois de la rétro-cystite, par les symptômes fonctionnels dépendant de la miction : par les envies fréquentes d'uriner qu'éprouve le malade, par les douleurs qui accompagnent et précèdent l'émission de l'urine, quoique cette douleur puisse encore s'expliquer par des phénomènes nerveux qui accompagnent souvent l'inflammation de l'urèthre et l'inflammation au niveau du rétrécissement, sans qu'il existe pour cela de cystite ou de rétro-cystite intense.

Mais nous sommes surtout avertis de l'existence de ces lésions par l'état de l'urine. Voici, en effet, deux verres d'urine provenant de deux sujets atteints de rétrécissement de l'urèthre. Ici, elles sont acides l'une et l'autre, ce qui est fréquent quand les sujets sont jeunes, et que la maladie est récente. De plus, elles sont légèrement troubles. Ce trouble des urines, causé par la présence de leucocytes ou du mucus, tient à un certain degré d'inflammation de la vessie, peu intense ici, mais qui, lorsque la cystite est plus considérable, s'accompagne d'un dépôt abondant de pus ou de mucus.

En présence de ce léger trouble des urines, nous sommes donc en droit de conclure à une cystite peu grave. C'est une circonstance heureuse qui nous indique que les reins ne sont pas encore malades, et ne paraissent même pas sur le point de le devenir. A la longue, en effet, l'inflammation peut se propager aux reins qu'elle altère. Dans ces conditions, aux symptômes de la cystite et de la rétro-cystite, viennent se joindre les troubles de la néphrite et ceux de la sécrétion urinaire qui accompagnent cette affection.

Je ne passerai pas sous silence, à propos de ces malades, deux circonstances importantes. La première, c'est que tous les deux ont un rétrécissement sérieux. Chez le premier de ces malades, actuellement couché au n° 5 de la salle Sainte-Vierge, nous n'avons même pas cherché à le franchir. Et cependant il a déjà subi, pour cette même affection, un premier traitement à l'hôpital d'Orléans et un autre à Paris, par la dilatation progressive. Celle-ci n'a, dans aucun cas, été suivie d'accidents fâcheux : fièvre, douleur, écoulement sanguinolent.

Avec une bougie à tête, il m'a semblé que le rétrécissement

avait son siége au niveau de l'arcade pubienne, qu'il était très-dur, très-résistant, très-étroit.

Cet homme, qui s'était très-bien trouvé du traitement qu'il avait précédemment subi, nous déclare, en outre, qu'il a négligé la recommandation qui lui avait été faite, de se sonder de temps en temps. C'est donc un exemple de reproduction de rétrécissement.

Chez l'autre malade, couché au n° 21 de la même salle, le rétrécissement, également très-étroit, a pu cependant laisser passer une bougie n° 9.

Nous sommes donc en présence de deux rétrécissements : l'un chez un homme de quarante ans, l'autre chez un sujet beaucoup plus jeune, de vingt-six ans.

Un rétrécissement aussi étroit chez un homme de quarante ans et ayant déjà été traité deux fois pour cette affection, ce n'est pas rare ; mais ce qui est plus insolite, c'est de voir ce rétrécissement se reproduire avec une telle facilité, en si peu de temps, et avec une étroitesse aussi considérable. Ordinairement, dans ces cas, l'effet obtenu se prolonge un peu plus longtemps. Et cependant, il y a quelque temps déjà que ce malade urine mal, goutte à goutte, ou bien si l'urine est expulsée en jet, que le jet est perpendiculaire et tombe sur les souliers. Tous ces signes, vous le savez, sont l'indice d'un rétrécissement extrêmement étroit.

Il y a donc quelque chose de particulier dans l'étiologie de ce rétrécissement, et c'est pourquoi j'ai demandé à cet homme si les deux ou trois blennorrhagies qu'il a eues s'étaient accompagnées d'un écoulement de sang. Celui-ci, en effet, indique qu'il existe dans l'urèthre une solution de continuité, laquelle sera suivie plus tard d'une cicatrice plus épaisse que ces petites transformations fibroïdes, qui ne donnent au contraire naissance qu'à quelques brides, avec diminution de l'extensibilité de la muqueuse. Quand l'uréthrite a été accompagnée de saignement, il est probable, mais on n'a pas souvent occasion de vérifier les faits par l'autopsie, qu'il n'y a pas seulement dans le canal la cicatrice d'une érosion, comme cela a lieu quand l'uréthrite n'a pas été soignée, mais qu'il existe une cicatrice plus forte, plus épaisse, plus résistante, plus rétractile, puisqu'il y a eu plaie, que dans le cas de ces transformations fibroïdes consécutives aux inflammations sans saignement.

L'explication de ces faits, je crois l'avoir trouvée. Cet homme nous dit avoir eu trois blennorrhagies, dont la dernière remonte à huit ou dix ans, et il les a traitées par des injections. Quelques personnes pensent que j'exagère quand je combats le traitement de l'uréthrite par les injections irritantes. Non. Je reconnais volontiers que, quand elles sont bien faites et faites surtout par un homme de l'art, les injections ne sont pas toujours dangereuses et n'occasionnent pas une uréthrite plus grave, au point de vue de l'avenir, que celle qui résulte de la blennorrhagie simple. Mais ce que je reproche aux injections, c'est de substituer souvent à une uréthrite, qui ne donne lieu qu'à un léger écoulement, une uréthrite avec tendance à la transformation fibreuse qui assure davantage le rétrécissement consécutif à la blennorrhagie.

Quel est, en effet, le grand danger des blennorrhagies pour l'avenir ? C'est la menace d'un rétrécissement. Ce rétrécissement arrive d'autant plus sûrement, que l'inflammation a eu une certaine nature tendant à la transformation du tissu de l'urèthre, que donne quelquefois la maladie elle-même, mais bien plus l'inflammation surajoutée par un traitement intempestif, des injections irritantes mal faites, trop longtemps continuées, confiées à des gens inexpérimentés, quelquefois au malade lui-même.

Tel est l'inconvénient des injections qui ne sont pas faites par le chirurgien, dont les malades abusent, sans tenir compte des recommandations qu'on leur fait, de n'en faire qu'une seule par jour, de ne pas laisser séjourner le liquide plus d'une minute ou deux dans l'urèthre, de les cesser si elles sont trop irritantes. Or tel est le cas de notre malade, qui n'a consulté ni le médecin, ni même le pharmacien. Il a acheté du sulfate de zinc, l'a versé dans de l'eau sans tenir compte des doses qu'il employait, et s'est fait par jour trois, quatre injections, qu'il laissait séjourner deux, trois, quatre, quelquefois dix minutes dans son canal. Il a ainsi substitué à une inflammation bénigne, modérée, une inflammation qui a fini, il est vrai, par ne plus sécréter de pus, mais qui a déterminé un épaississement des parois de l'urèthre, et ainsi un rétrécissement très-étroit.

Voilà comment je prétends avoir raison quand je recommande de ne pas prescrire les injections, ou du moins de n'y avoir recours qu'avec une très-grande réserve et dans des cas particuliers. En usant des injections, on pense plus au présent qu'à l'avenir. Or, pour le présent, quand elle n'est pas irritée, la blennorrhagie guérit toujours; quand, au contraire, on emploie des injections irritantes, on expose pour plus tard le malade à un rétrécissment difficile à combattre.

Quant à notre malade du n° 21, il est un peu la cause de son affection, mais il offre néanmoins un fait très-intéressant, l'existence d'un rétrécissement aussi étroit chez un homme très-jeune. Ordinairement, les choses ne vont pas si rapidement : le rétrécissement n'arrive à un tel degré d'étroitesse que six, sept, huit ou dix ans après la première ou la dernière blennorrhagie. Ce n'a été qu'en pressant cet homme de questions, que nous avons pu parvenir à trouver la cause de son rétrécissement étroit et prématuré.

Il a eu sa blennorrhagie il y a deux ans. Or, comme je vous le disais, un rétrécissement aussi étroit survenant deux ans après une seule blennorrhagie est chose tout à fait insolite. De plus, il a eu la variété *cordée*, celle dans laquelle l'urèthre enflammé a transmis son inflammation de la muqueuse au tissu spongieux. Dans ces cas exceptionnels, celui-ci présente une coagulation du sang dans son intérieur et, alors au moment de l'érection, cette partie de la verge ne peut ni s'allonger, ni se distendre. Il en résulte que l'érection se fait aux dépens du corps caverneux. La partie inférieure de l'urèthre ne pouvant se prêter à l'allongement de la verge, vient former au-dessous de celle-ci une corde, qui la force à s'infléchir.

Cette variété n'est pas très-grave par elle-même. Quand le malade a de la patience, cette espèce de phlébite caverneuse disparaît spontanément, quoique quelquefois, par suite de la violence de la contraction des corps caverneux et du tiraillement de la corde uréthrale, elle expose à quelques déchirures. D'autres fois, au contraire, ce sont les malades qui provoquent eux-mêmes cette déchirure. Fatigués outre mesure par une érection incomplète, douloureuse, ils cherchent eux-mêmes à rompre la corde uréthrale. C'est ce qu'a fait notre malade. Au moment où la corde s'est rompue, il a rendu une notable quantité de sang qu'il évalue à un verre, puis immédiatement après il s'est senti soulagé. C'est, en effet, une chose remarquable que le soulagement qui suit cette manœuvre : les érections cessent d'être incomplètes et d'être accompagnées de cette sensation de corde si douloureuse.

Mais pour que l'urèthre donne issue à une telle quantité de sang, il faut qu'il y ait une déchirure considérable, dans laquelle sont compris la muqueuse et le tissu spongieux. C'est, en effet, ce qui a lieu. La plaie guérit par cicatrisation, mais

elle donne naissance à un tissu inodulaire épais, à une solution de continuité beaucoup plus étendue que celle qui succède aux inflammations simples de l'urèthre, même lorsqu'elles ont été traitées par de mauvaises injections. Ce n'est plus alors un tissu fibroïde qui prend naissance, mais du tissu fibreux, cicatriciel, souvent circulaire, bien plus rétractile, plus épais, plus inextensible, que ce faux tissu inodulaire, qui caractérise les rétrécissements superficiels, à brides, que j'ai appelés rétrécissements fibroïdes, pour les distinguer précisément de la variété que j'étudie en ce moment.

Ces rétrécissements fibreux, inodulaires, se forment beaucoup plus vite que les autres. En même temps, ils sont plus difficiles à dilater parce qu'ils sont plus faciles à se reproduire, si bien que les individus atteints d'une blennorrhagie cordée, dont la corde a été rompue spontanément ou volontairement, sont voués à un rétrécissement indéfini, persistant, avec toutes ses conséquences.

Le rétrécissement, c'est une maladie qui ne guérit pas, mais avec laquelle la vie est parfaitement compatible, quand il est dilatable. Mais cette infirmité est bien plus grave, quand il s'agit d'un rétrécissement qui, comme chez notre malade, commence à vingt-six ans. Il est bien rare que, dans ces conditions, l'individu arrive jusqu'à soixante ans, sans passer par la période de cystite, de phlegmons urinaires, de néphrite, qui succède à cette affection.

Je tiens à vous signaler un malade couché au n° 19 de la salle Sainte-Vierge, qui présente sur la peau du scrotum des proéminences aplaties, assez larges, d'une grosseur particulière, avec un peu d'excoriation de la peau. Ces éminences ne me laissent aucun doute sur leur nature, il n'y a que les papules humides décrites par Cullerier d'abord, et plus récemment désignées sous le nom de plaques muqueuses, qui offrent de tels caractères. Ces plaques muqueuses sont ainsi nommées parce qu'elles sont constituées par des élevures de la peau en forme de plaques, au niveau desquelles l'épiderme disparaît, et devient le siége d'un léger suintement; elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Avec ces plaques muqueuses, il existe chez ce malade une adénopathie, une induration des ganglions des aines, semblable à celle qui accompagne le chancre infectant.

Bien que cependant cet homme ne présente ni roséole, ni accidents d'aucune sorte du côté de la gorge, il est évident qu'il est affecté de syphilis constitutionnelle.

Cependant, vous auriez pu être embarrassés parce qu'il n'offre pas de chancre appréciable, ni sur les gland, ni sur le prépuce.

Mais, en interrogeant le malade avec soin, en le pressant de questions, il nous a déclaré qu'il avait mal à l'anus, et qu'il souffrait de ce côté de démangeaisons insupportables. L'anus, en effet était rouge, présentant un suintement humide très-prononcé. De plus, il existait en cette région un épaississement notable de la peau, que forment les plis de la marge de l'anus, entre lesquels le tégument était dénudé. Il n'existait pas de plaques muqueuses. Enfin, sur un des plis plus proéminents que les autres, il y avait une érosion un peu plus large que les simples érosions de l'érythème. Rien dans l'ouverture anale.

A quelle affection avions-nous affaire? Nos prédécesseurs désignaient par un nom commun toutes les lésions de l'anus qui s'observent chez les gens vénériens; ils les appelaient des *rhagades*. Cela voulait dire un suintement humide avec rougeur et avec un peu d'épaississement de la peau de la marge de l'anus, et surtout de celle qui forme les plis radiés et les sillons plus profonds que détermine l'épaississement de ces plis, et, au fond desquels, la peau excoriée fournit une sécrétion humide. Depuis qu'on a séparé les diverses formes de maladies vénériennes, on s'est demandé quelle était l'anatomie pathologique de cette lésion. Incontestablement, cet homme a de l'érythème, mais a-t-il également des plaques muqueuses?

Pour les anciens, qui n'en connaissaient pas bien la valeur, celles-ci faisaient partie des rhagades.

Mais notre malade a-t-il un simple érythème avec augmentation des plis radiés de la marge de l'anus; a-t-il un chancre? Ce dernier n'est pas évident. Mais les chancres de l'ouverture anale, et surtout de la marge de l'anus, donnent lieu à une inflammation qui se traduit de cette façon.

Je suppose donc que ce point ulcéré qui s'observe sur un pli plus élevé, pourrait bien avoir été un chancre. Aussi, tenais-je à vous faire remarquer que, chez cet individu, le développement de la syphilis, s'accompagnant d'une maladie particulière de l'anus, s'explique au fond par les rhagades, ce que nous appelons aujourd'hui l'érythème humide avec herpès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre de M. le docteur Robert Saint-Cyr, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nevers, sur une épidémie de névrose convulsive observée cette année à la ferme-école de Saint-Michel. (Commission des épidémies.)

2° Un extrait du rapport général sur les eaux minérales du Mont-Dore, par M. le docteur Richelot, médecin inspecteur.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre), intitulée : *Nouvelles preuves qu'il existe de l'électricité à l'état d'accumulation dans l'économie animale.*

2° Une lettre de M. le comte Sérurier et de M. le docteur Louis Laussedat, accompagnant l'envoi du programme du congrès international d'hygiène et du sauvetage, qui s'ouvrira à Bruxelles, le 27 septembre prochain.

3° Une lettre de M. le docteur Vibert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Puy, relative à un nouveau procédé de conservation du vaccin en tubes.

COMMUNICATION

M. Pasteur lit un travail, qu'il a fait en collaboration avec M. Goubert, sur les causes de la fermentation de l'urine. Cette fermentation, qui transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque, attribuée primitivement à une action du mucus vésical, qui se convertirait en ferment, sous l'influence de l'oxygène de l'air, avait été, dès 1862, rapportée par M. Pasteur au développement d'un petit végétal microscopique. Dans ces dernières années, à la suite d'une discussion académique sur les urines ammoniacales, la présence de ce petit ferment végétal ayant été constatée toujours lorsque l'urine avait fermenté, cette théorie paraissait définitivement acceptée de tous, lorsqu'au mois de janvier dernier, M. Musculus, de Strasbourg, vint annoncer que, dans le cas de catarrhe de la vessie, il avait retiré de l'urine une matière, précipitable par l'alcool, mais soluble dans l'eau, qui transformait l'urée en carbonate d'ammoniaque, comme la diastase transforme l'amidon en dextrine et glucose. M. Pasteur vérifia l'exactitude du fait, qui est incontestable. Mais au lieu de faire de ce ferment un dérivé direct du mucus vésical, il le considère comme un produit du petit végétal microscopique spécial déjà désigné comme agent de la fermentation de l'urine.

C'est le seul exemple qu'on connaisse en physiologie d'un ferment

organisé autonome, cultivable dans divers liquides et pouvant former pendant son développement une matière soluble susceptible de déterminer la fermentation même que l'être microscopique engendre.

Il n'en est que plus important d'empêcher la pénétration de ce végétal microscopique dans la vessie, et de l'y détruire s'il s'y trouve déjà entré. L'acide phénique n'a pas d'action sur lui; mais l'acide borique en solution paraît arrêter son développement. Des expériences doivent être faites prochainement dans ce sens par M. le docteur Guyon dans son service de l'hôpital Necker.

— A cette occasion, M. Pasteur lit une autre note intitulée : *Étude sur la bière et ses maladies.* M. Pasteur a étudié les altérations que la bière est susceptible d'éprouver; il a constaté que moins l'*évent*, qui est un effet d'oxydation, toutes les autres résultent de quelque végétal microscopique qui vient y jouer le rôle de ferment. Il est donc vrai pour la bière, comme pour le vin, que toutes les maladies en viennent du dehors. Sans pousser trop loin la comparaison de ces liquides avec l'organisme d'un homme vivant, M. Pasteur, s'appuyant d'ailleurs sur les résultats obtenus en ce qui touche la fermentation de l'urine, s'étonne que M. Pidoux ait pu formuler une proportion telle que celle-ci : « Le caractère de la maladie est d'être faite en nous, de nous, par nous. » Les maladies de la bière, du vin, et de l'urine ne sont pas faites d'elles ni par elles. La préoccupation du médecin doit être d'empêcher l'introduction des germes, des ferments, du dehors en dedans, dans les cas d'urines ammoniacales et dans les autres cas semblables.

— Passant à une question connexe, à celle du pansement ouaté, imaginé par M. Alphonse Guérin, M. Pasteur présente un appareil imaginé pour prouver que les gaz circulent facilement au travers de la ouate. Ils s'y purifient des ferments et des germes qu'ils pouvaient tenir en suspension. Mais pour que l'appareil ouaté soit efficace, il est indispensable de nettoyer préalablement la plaie sur laquelle on l'applique. Cette précaution avait été négligée dans le service de M. Guérin, sur un malade présenté devant une commission académique, et dans le pus duquel on constata une quantité très-notable de vibrions.

M. ALPHONSE GUÉRIN rappelle que si, en effet, on trouva le pus altéré chez cet homme dont la main, très-sale, broyée dans un engrenage, avait été placée dans la ouate, en l'absence de M. Guérin, par un élève de son service, en revanche, jamais M. Pasteur lui-même n'a trouvé d'organismes microscopiques dans le pus de ceux que M. Guérin avait pansés lui-même. Chez eux, le liquide n'avait aucune odeur, même après des semaines d'enveloppement.

DISCUSSION SUR LE BRUIT DE SOUFFLE DIT PLACENTAIRE

M. DEPAUL reprenant la suite de son argumentation, en arrive à la théorie de M. Bouillaud, ou théorie iliaque. Cette théorie, n'est pas complétement inconciliable avec la théorie utérine, que professe M. Depaul; l'une et l'autre, en effet, ont leurs sphères d'application, mais dans des cas différents. Il est certain que la compression des artères iliaques peut donner naissance à un bruit de souffle ; mais ce bruit de souffle est différent par ces caractères du souffle utérin de la grossesse. C'est une pulsation avec souffle, tandis que le bruit de la grossesse est un souffle sans pulsations. Ainsi le principal argument de M. Bouillaud pour généraliser sa théorie tombe à faux, car il n'est pas exact d'assimiler dans ses caractères le bruit de souffle de la grossesse avec celui qui résulterait de la compression des artères d'un certain volume.

Quant à l'argument qui consiste à dire que le souffle peut disparaître par un changement de position de la femme, si on la fait mettre sur le côté, empêchant ainsi l'artère iliaque d'être comprimée.....

M. BOUILLAUD. Cet argument n'est pas le mien. Je l'abandonne absolument. J'y attache si peu d'importance, que, moi-même, j'ai rappelé la persistance des bruits de souffle après l'accouchement.

M. DEPAUL. C'est une autre question.

M. BOUILLAUD. C'est la même; car, dans les deux cas, j'explique également la persistance des bruits de souffle lorsque la pression a cessé, à une sorte d'aplatissement de l'artère sur le point où pendant longtemps cette pression s'était exercée, à une sorte de rétrécissement momentané.

M. DEPAUL. Je doute fort que les artères puissent ainsi rester aplaties : leurs parois sont trop élastiques. Quoi qu'il en soit, je n'insiste pas, du moment où M. Bouillaud abandonne cet argument.

Pour moi, le souffle que l'on entend chez les nouvelles accouchées se passe dans l'utérus; ce matin encore, j'en avais la preuve expérimentale, chez une femme dont l'utérus s'était enfoncé profondément du côté droit après l'accouchement, ainsi que c'est du reste la règle, et qui n'en présentait pas moins un bruit de souffle très-développé sur le côté gauche de cet organe, malgré l'éloignement des artères iliaques. En cherchant ensuite à côté, beaucoup plus à gauche, loin de l'utérus, j'arrivai sur une des iliaques, et, sous l'influence de la compression, j'y fis naître du souffle; mais les caractères de ce souffle étaient tellement différents de ceux du souffle utérin qu'il était impossible de les confondre. On entend le pouls dans le souffle iliaque; on ne l'entend pas, je le répète, dans le souffle utérin.

M. BOUILLAUD. Je ne connais pas de bruit de souffle sans pulsation.

M. DEPAUL. C'est cependant le cas du souffle normal de la grossesse. Dans les tumeurs on peut entendre le même bruit de souffle, quand, ayant leur siége dans l'utérus, elles en ont développé les artères comme peut le faire la grossesse elle-même; mais dans toutes les autres tumeurs de l'abdomen, s'il se produit un souffle, ce qui est exceptionnel, c'est un souffle avec pulsation, tel que le souffle iliaque. Or, cette distinction est fondamentale. Pour arriver à reconnaître le souffle utérin, il faut l'avoir entendu souvent, et avoir fait l'éducation de son oreille.

En effet, les causes d'erreurs sont très-nombreuses.

Quand on ausculte l'abdomen d'une femme enceinte, on y peut entendre :

1° Les bruits causés par les mouvements des gaz intestinaux ;
2° Les bruits de la respiration maternelle;
3° Les battements du cœur de la mère;
4° Les battements des artères de la mère, avec ou sans souffle.
5° Les bruits des mouvements de l'enfant;
6° Un bruit de souffle fœtal, se passant dans le cœur ou le cordon;
7° Une pulsation avec souffle due à la compression de telle ou telle artère, peut-être même de l'épigastrique ;
8° Enfin le *souffle utérin*, souffle spécial de la grossesse.

Celui-ci est essentiellement, constamment, dépourvu d'un souffle, d'une impulsion quelconque. Légèrement ondulant, ordinairement intermittant, il ne peut paraître continu que dans un seul cas, quand la circulation de la mère est très-accélérée. Du reste, son timbre est très-variable, quelquefois d'un instant à l'autre; son intensité ne croissant, en général, à mesure que la grossesse avance; mais on peut commencer déjà à l'entendre dès le troisième mois, à une époque ou l'utérus est trop petit, trop peu élevé dans l'abdomen pour comprimer l'iliaque externe.

D'ailleurs il est trop superficiel pour être rapporté à une artère profonde. On sent qu'il se passe sous l'oreille, dans la paroi même de l'utérus.

On peut le trouver sur tous les points de cet organe, mais plus spécialement sur les côtés. Il est inconstant ; apparaît et disparaît. Il se suspend, par exemple, toujours pendant la durée d'une contraction utérine; tandis qu'il devrait alors être accru s'il avait son siége dans les iliaques, puisque le globe utérin, durci, presserait plus fort sur ces artères.

M. BOUILLAUD. C'est pour cela même qu'il disparaît : il arrête momentanément la circulation dans ces vaisseaux.

M. DEPAUL. Non : ce n'est pas cela; car en faisant coucher la femme sur le côté, le souffle, qui s'entendait avant la contraction, cesse pendant cette contraction, bien que la position de l'organe ne permette plus de supposer un écrasement de l'artère. La seule explication qui me semble admissible est celle que j'avais donnée en 1839 dans ma thèse inaugurale, et, en 1847, dans mon *Traité d'auscultation obstétricale.* J'attribue le souffle utérin au développement extrême des artères utérines, développement tel que vers la fin de la grossesse elles dépassent en volume les branches dont elles sortent. Or on sait que si les liquides qui passent dans des tubes lisses ne produisent aucun bruit, quand ce tube est partout d'un calibre égal, il n'en est plus de

même lorsque ce liquide passe d'une partie plus étroite à une partie plus large. J'ai fait construire un petit appareil pour prouver qu'il en est ainsi quand un tube, bifurquant, donne naissance à deux autres tubes dont le calibre égale le sien.

M. LE PRÉSIDENT. L'heure étant très-avancée, cette démonstration sera remise au commencement de la semaine, ainsi que la fin du discours de M. Depaul.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

SEPTIÈME LETTRE

LES FACULTÉS DE MÉDECINE EN AUTRICHE. — LES EXAMENS DE 1802 à 1871. LA RÉFORME DES RIGOROSA EN 1872 (1).

Vienne, le 17 février 1876.

Monsieur le directeur,

Nous continuons à examiner les divers plans d'études qui ont été en vigueur depuis le commencement de ce siècle, dans les Facultés médicales autrichiennes; il est intéressant de se rendre compte de ce côté historique de la question, avant d'arriver à la réforme de 1872 et au nouveau programme en vigueur depuis cette année.

Les pages suivantes résument l'ordre des études et le programme des examens depuis 1802.

I. ÉTUDE SUPÉRIEURE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — Il fallait, pour se faire inscrire à l'Université, présenter un certificat constatant que l'on avait suivi tous les cours du gymnase; les études médicales avaient une durée de cinq ans, elles devaient être faites à Vienne, à Prague, à Pavie ou à Padoue; les médecins militaires devaient suivre les cours de l'Académie Joséphine à Vienne.

Première année. — Étude de l'histoire naturelle, de la botanique, de l'anatomie élémentaire.

Deuxième année. — Étude de l'anatomie supérieure et de la physiologie, chimie générale et pharmaceutique.

Troisième année. — Pathologie générale et thérapie, pharmacologie et pharmacognosie, art de formuler, théorie des accouchements, pathologie des animaux domestiques.

Quatrième année. — Pathologie spéciale et thérapie, chirurgie pratique, cours sur les opérations, clinique médicale et chirurgicale.

Cinquième année. — Les mêmes cours que ceux des troisième et quatrième année; étude théorique et clinique des maladies des yeux, la médecine légale, hygiène publique et police sanitaire. L'étudiant qui ne prétendait qu'*au seul grade de docteur en médecine*, n'avait pas besoin de suivre de leçons de chirurgie non plus que le cours d'opérations et la clinique chirurgicale dans cette cinquième année. Celui qui voulait devenir *docteur en médecine et en chirurgie* devait suivre toutes les parties de l'enseignement.

Nous avons vu que, d'après le programme de 1790, il y avait des examens semestriels auxquels les étudiants devaient satisfaire pour passer dans une année d'études plus avancées. Ces examens une fois passés et les cinq années étant écoulés, les étudiants devaient adresser au directeur des études (fonction rétablie en 1802) une demande pour se présenter aux deux derniers examens (*facultaets-Prüfung* correspondant au Rigorosum d'aujourd'hui). A cette demande, il fallait qu'ils joignissent le certificat du gymnase, les certificats de réception aux examens semestriels et l'observation écrite de deux malades. Les Rigorosa de cette époque pour le doctorat en médecine étaient passés en présence : du directeur des études, président ; du doyen et des professeurs, dont les chaires avaient pour objet l'enseignement des matières sur lesquelles le candidat devait répondre; un examinateur extraordinaire choisi parmi les docteurs, médecins praticiens, figurait encore dans ce jury.

Dans le *premier Rigorosum de médecine*, l'élève avait à répondre sur l'anatomie, la physiologie, la botanique, la pathologie générale, la pathologie interne et externe, la séméiologie et la thérapie générale.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 juin.

Dans le *second Rigorosum de médecine*, l'examen portait sur la chimie, la médecine légale, la police médicale sanitaire et la pratique au lit du malade.

Les Rigorosa soutenus, il fallait *soutenir ses thèses*, en présentant une dissertation inaugurale, et l'étudiant était proclamé docteur. Il était ce qu'on appelait alors, en Prusse, *medicus purus*.

A cette époque, il n'était point nécessaire d'être docteur en médecine pour devenir docteur en chirurgie; on pouvait obtenir seulement ce dernier diplôme en satisfaisant aux deux Rigorosa suivants :

1. *Rigorosum de chirurgie* ; anatomie, chimie, matière médicale, art de formuler, médecine légale, chirurgie théorique et pratique.

2. *Rigorosum de chirurgie* : une opération chirurgicale et une opération de chirurgie oculaire, faites toutes deux publiquement sur le cadavre; discussion de l'observation d'un malade; application de bandages et appareils.

Dissertation inaugurale et discussion publique, comme pour le doctorat en médecine.

Le doctorat en chirurgie, depuis le décret du 8 octobre 1843 seulement, a cessé en Autriche d'être un diplôme susceptible d'être obtenu séparément. Depuis ce décret, le doctorat en médecine se confond, comme en France, avec le doctorat en chirurgie. En 1848, cette disposition a été confirmée.

II. — MAITRISE EN CHIRURGIE. — Le rang de maître en chirurgie correspondait à celui de chirurgien de première classe en Prusse.

L'élève qui étudiait pour la maîtrise devait présenter, à son entrée dans l'École de chirurgie (Lemberg, Cracovie, Graz, Insbruck, Salzbourg, Olmütz, Brunn, Laibach) un certificat qu'il avait suivi les leçons du gymnase jusqu'à la sixième classe.

La première année de séjour à l'École, l'étudiant devait apprendre la physique, la chimie, l'anatomie élémentaire avec exercices de dissection, la chirurgie élémentaire.

La seconde année : physiologie, pathologie générale, chirurgie, thérapie, pharmacologie, théorie des accouchements, médecine vétérinaire.

La troisième année, le futur maître en chirurgie devait suivre les cours d'une Université; ceux-ci portaient sur les sciences médicale et chirurgicale supérieures. Avant d'être admis à la Faculté, l'élève devait fournir des certificats d'examens semestriels, et prouver qu'il avait une connaissance suffisante des instruments et des appareils.

Avant d'obtenir le titre de maître en chirurgie, il fallait passer deux Rigorosa à la Faculté de médecine.

1. *Rigorosum de la maîtrise* : anatomie, chirurgie pratique et théorique, médecine légale, médecine théorique et pratique.

2. *Rigorosum de la maîtrise* : opération chirurgicale. Le diplôme était délivré sans qu'on présentât de dissertations (1).

Excursions scientifiques. — M. Bureau fera sa prochaine herborisation, le dimanche 9 juillet 1876, sur les bords de la Marne.

Rendez-vous au pont de Charenton, à dix heures.

— M. Daubrée, en son absence M. Stanislas Meunier, fera le dimanche 9 juillet 1876 une excursion géologique à Étampes, Ormoy et Jeurre.

On se réunira à la gare d'Orléans, où l'on prendra à sept heures le train pour Étampes.

(1) Nous avons dit et nous rappelons ici que les Écoles de chirurgie (sortes d'écoles secondaires) étaient tout ce qui restait d'enseignement scientifique dans les villes où il y avait eu autrefois des universités, telles les cités mentionnées ci-dessus. Sans ces écoles, les Facultés de Vienne et de Prague eussent été surchargées d'étudiants n'aspirant qu'à une situation secondaire ; en n'exigeant que, pendant la troisième année d'études, la présence des aspirants-chirurgiens dans ces Facultés, cet encombrement était en partie évité. Dans l'Allemagne du Nord, et notamment en Prusse, il fut nécessaire de créer des Écoles de chirurgie, puisqu'on n'avait pas la ressource de se servir des débris de vieilles Universités pour constituer ces petits centres d'études. Outre ces écoles de villes moyennes, il y avait à Vienne (Faculté et Académie Joséphine), à Prague, à Pavie et à Padoue des Écoles de chirurgie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE DE POLICLINIQUE

POLICLINIQUE CHIRURGICALE

Ablation d'un cancer du sein droit. — Guérison.

Par M. le docteur Bilhaut
Médecin du bureau de bienfaisance du 20e arrondissement.

Le mardi 23 novembre 1875, vint se présenter à ma consultation Mme N..., âgée de soixante-douze ans, demeurant rue des Maraîchers (Charonne).

Cette personne, atteinte de bronchite, réclamait chaque hiver les soins du médecin du bureau de bienfaisance. Je croyais que, cette fois encore, il s'agissait d'une affection des voies respiratoires, lorsque la malade me dit que depuis plusieurs mois son sommeil était interrompu par des douleurs siégeant dans le sein droit. Une plaie, me disait-elle, était survenue en cet endroit. J'examinai attentivement le sein, et je constatai la présence d'une induration assez étendue, au centre de laquelle se trouvait une ulcération à bords déchiquetés, donnant issue à un liquide mélangé de pus et de sang. Le mamelon était en partie détruit. Pas de ganglions dans l'aisselle. La tumeur siégeait dans la glande mammaire et n'offrait aucune adhérence avec le squelette. Pas de fluctuation, pas d'antécédents syphilitiques. La malade ne se rappelle pas avoir reçu de coups en cet endroit. Les mamelles sont très-développées.

Le diagnostic : cancer du sein droit, ne faisait aucune difficulté. La malade, malgré son grand âge, paraissait très-robuste et avait tous les attributs d'une belle santé. Je lui proposai donc de faire l'ablation de son cancer. *J'aime mieux mourir chez moi que d'entrer à l'hôpital*, s'écrie-t-elle aussitôt. Je m'empressai de lui répondre que l'opération aurait lieu chez elle. Elle fut aussitôt décidée.

Je prévins les religieuses de la Providence de Charonne et les priai de mettre à ma disposition le chloroforme pour anesthésie, des bassins, des éponges, en un mot tout ce qui devrait servir au pansement. Les sœurs y mirent un empressement dont je ne saurais trop les remercier.

Le dimanche 28 novembre, tout étant prêt pour l'opération, je me rendis auprès de la malade avec deux aides, anciens camarades des hôpitaux, MM. les docteurs Berthiot et Cotté.

L'anesthésie ne donna lieu à aucun accident. J'enlevai avec le bistouri toute la partie atteinte du cancer, et je dus disséquer la face profonde de la glande mammaire, en laissant à nu les fibres du muscle grand pectoral. Je dus faire ensuite trois ligatures. Le pansement consista en charpie imbibée d'eau additionnée d'alcool camphré. La plaie, après l'ablation de la tumeur, était longue de 27 centimètres dans son plus grand diamètre, sur 13 dans son plus petit. Le poids de la partie enlevée était de 495 grammes. La perte de sang avait été peu abondante.

Du 28 novembre au 6 décembre, l'état général de la malade est resté très-satisfaisant. Le pouls marque 68 le matin et 72 le soir.

9 novembre. — État saburral de la langue. Constipation depuis deux jours. La malade prend le matin 15 grammes de magnésie calcinée.

10 et 11 décembre. — Amélioration.

13 décembre. — 96 pulsations. Sécheresse de la langue, frissons. Diminution de la suppuration. Légère poussée d'érysipèle à la partie supérieure de la plaie. La malade prend 30 grammes d'huile de ricin. On remplace la charpie alcoolisée par les cataplasmes de farine de lin.

Le soir, 50 centigrammes de sulfate de quinine.

14 décembre. — L'érysipèle a gagné tout le tour de la plaie. Même fièvre. Continuation du sulfate de quinine. Je circonscris avec une bande de collodion les surfaces érysipélateuses.

15 et 16 décembre. — État stationnaire. L'érysipèle ne dépasse pas la barrière de collodion.

17 décembre. — Plus de frissons. La malade a été prise de toux ; quelques râles sibilants disséminés se font entendre dans la poitrine. Je supprime le sulfate de quinine.

18 décembre. — Plus de fièvre. Plus de sécheresse de la langue. Les parties qui ont été envahies les premières par l'érysipèle sont moins enflammées. Un pus de bonne nature s'écoule avec plus d'abondance de la plaie.

19, 20, 21 décembre. — Amélioration continue.

22 décembre. — Toute trace d'érysipèle a disparu. La malade prend le matin 25 grammes d'huile de ricin. La plaie a considérablement diminué ; elle se trouve réduite à 15 centimètres sur 8. Pour hâter la cicatrisation, je propose à la malade de faire des greffes épidermiques au centre de la plaie.

Le 24 décembre, je prends à la paroi abdominale trois petits lambeaux de peau, que je dépose au milieu de la plaie, et que je maintiens en place à l'aide d'un peu de baudruche enduite de collodion.

25 décembre. — Nouvelle poussée d'érysipèle. Cette fois, c'est la région dorsale qui en est le siége. Je circonscris de nouveau par une large bande de collodion la surface enflammée. Nouvelle administration du sulfate de quinine pendant quatre jours.

30 décembre. — Amélioration. Huile de ricin, le matin.

31 décembre. — L'érysipèle est en voie de guérison. Les greffes épidermiques se sont maintenues au centre de la plaie. Elles sont assez solides pour que l'on puisse recommencer les pansements avec la charpie imbibée d'une solution de chloral et d'eucalyptus.

5 janvier. — Les greffes forment trois îlots de cicatrisations devant aller du centre à la périphérie de la plaie. La cicatrisation continue à se faire activement sur les bords.

A partir de ce jour jusqu'au 20 janvier, aucun accident ne s'est manifesté. A cette date, la cicatrisation est complète. La malade n'a cessé d'être soumise à un régime alimentaire fortifiant. Son appétit s'est constamment maintenu, sauf pendant les poussées d'érysipèle. Depuis bientôt cinq mois, mon opérée n'a cessé de jouir d'une bonne santé, elle ne ressent aucune douleur dans le sein et se trouve par là même aussi contente que possible.

Ses parents, ses amis, ses voisins ont contribué chacun dans la limite de leurs moyens à donner des soins à cette pauvre femme. MM. les administrateurs du bureau de bienfaisance et les sœurs de la Maison de secours me sont venus considérablement en aide dans ce premier essai de traitement chirurgical à domicile.

POLICLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE.

De l'ablation des tumeurs de la vulve par la galvanocaustie thermique, à l'aide d'un instrument produisant la pédiculisation et l'ischémie chirurgicale : *le forcipresseur à lames parallèles.*

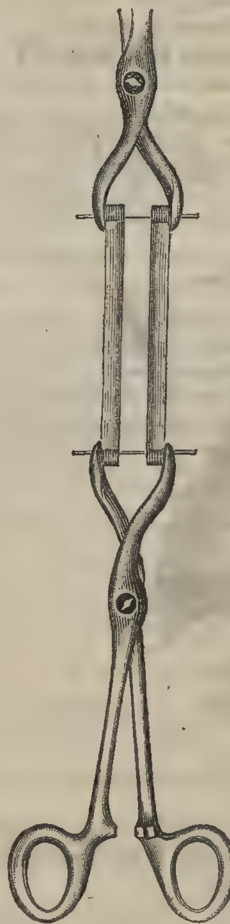
Par M. CHÉRON, médecin de l'hospice Saint-Lazare.

Les tumeurs de la vulve sont nombreuses et de nature diverse. Leur ablation par le bistouri n'est ni sans difficulté ni sans danger, vu la laxité des tissus, l'irrégularité et le peu de fermeté des parties, aussi la pédiculisation de ces tumeurs, facilitée par les raisons mêmes que je viens de mentionner, me semble-t-elle devoir être mise en œuvre, dans le double but de permettre l'ablation rapide et sans hémorrhagie, par la galvanocaustie thermique et la réunion immédiate et régulière des lèvres de la plaie.

Mais cette pédiculisation est loin d'être chose pratique avec les instruments dont nous disposons. Dans le but de la rendre facilement praticable, j'ai fait construire par M. Collin un instrument (fig. 1) auquel j'ai donné le nom de *forcipresseur à lames parallèles*, composé de deux casseaux ou lames parallèles en buis, en ivoire ou en os, de longueur, de largeur et d'épaisseur variables, traversées sur la tranche, à leurs extrémités, par deux tiges d'acier passant librement dans les trous percés dans ces deux lames.

A chaque extrémité, se placent deux pinces à crémaillère qui rapprochent et maintiennent, complétement appliquées l'une contre l'autre, les deux lames d'ivoire ou de buis, lorsque les crémaillères sont accrochées. Les mors des pinces sont percés à leur centre d'un trou qui laisse passer librement la tige d'acier. L'écartement laissé entre les deux mors de chaque pince, lorsque la crémaillère est accrochée, est égal à la largeur des deux lames.

Dans ces conditions, pour se servir de l'instrument, on place à la base de la partie qu'on veut pédiculiser, les deux casseaux parallèles munis de leurs tiges d'acier, puis on place les deux pinces, et par des mouvements alternatifs de serrement et de relâchement, pratiqués avec l'une et l'autre pince, les deux lames font une sorte de massage qui diminue peu à peu l'épaisseur du pédicule.


Fig. 1.

Lorsque cette épaisseur est réduite à quelques millimètres, on accroche les crémaillères par un mouvement lent ou brusque, suivant la résistance des parties, et la tumeur se trouve pédiculisée.

Chaque pince, étant mobile autour de la tige d'acier qui traverse ses mors, est confiée aux aides, et l'une et l'autre servent avec avantage à diriger la tumeur, à l'abaisser ou à la maintenir, suivant le désir du chirurgien ou les besoins de l'opération.

La portion de tumeur ainsi séparée par le forcipresseur à lames parallèles, est, au premier moment turgide et violacée, mais, peu à peu, elle pâlit et devient moins résistante. La douleur perçue par la malade est instantanée, elle dure quinze à vingt secondes et est très-supportable.

Le forcipresseur à lames parallèles, est laissé en place pendant une dizaine de minutes; à ce moment, le tassement de la partie étranglée est arrivé à son maximum, l'ablation de la tumeur peut être faite, soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautère. Je donne la préférence à ce dernier moyen, qui offre sur l'instrument tranchant, les avantages suivants : l'absence d'hémorrhagie, la facilité de la réunion immédiate et une grande rapidité d'action.

La production d'une eschare mince ou épaisse, qui maintient en contact les lèvres de la plaie, permet d'établir une suture au premier moment, sans mettre à l'air les parties profondes.

J'ai pratiqué, depuis quelques mois, tant à l'hôpital que dans la clientèle, un certain nombre d'opérations de tumeurs de la vulve, à l'aide du forcipresseur à lames parallèles.

Voici deux observations, accompagnées de figures, qui donneront une idée du mode d'emploi de l'instrument et des bons résultats qu'on peut en obtenir.

Esthiomène ulcéro-hypertrophique de la vulve. — Hypertrophie de la petite lèvre gauche et de la grande lèvre droite. — Amputation de ces deux tumeurs à l'aide du forcipresseur à lames parallèles par la galvanocaustie thermique; réunion par première intention.

Le 5 août 1875, entre dans notre service, salle Saint-Vincent de Paul, une jeune femme de chambre de vingt ans, Léontine G..., atteinte d'esthiomène ulcéro-hypertrophique de la vulve.

Née de parents décédés à un âge peu avancé, le père de phthisie pulmonaire et la mère d'un cancer à la matrice, elle a joui jusqu'à ces derniers temps d'une santé assez bonne. Elle est grande et bien constituée, mais elle présente les attributs du tempérament lymphatique doublé d'état strumeux.

Léontine G... n'a jamais eu d'enfants, elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de quatorze ans.

Une année après l'établissement des règles, elle a commencé à avoir des pertes blanches extrêmement abondantes, et, depuis un an seulement, des maux d'estomac et des digestions difficiles.

En 1872, elle fut prise brusquement d'un gonflement de la petite lèvre gauche, qui céda à l'emploi des astringents prescrits par un médecin.

Depuis deux mois à peu près, les rapports sexuels sont devenus douloureux. La cause en est due à une ulcération dont la malade a constaté la présence, ulcération qui occupe toute la fourchette et pénètre dans le vagin. En même temps, le volume de la petite lèvre gauche augmente, et toute la vulve, à l'exception de la grande lèvre gauche, participe à cette augmentation de volume.

Examinée à son entrée, je constate un état d'hypertrophie de la plupart des éléments de la vulve dont voici la description.

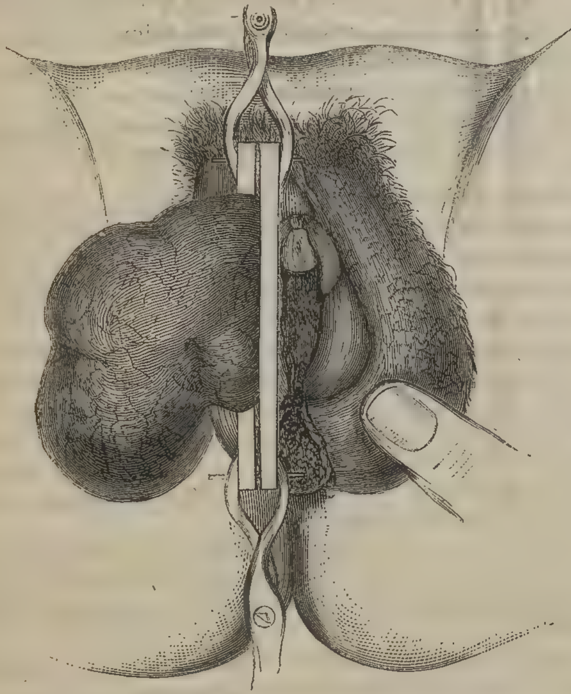


Fig. 2.

La petite lèvre gauche est rouge et luisante comme un organe distendu, et présente le volume d'un œuf. Cette tumeur est divisée en trois lobes superposés. La petite lèvre gauche est légèrement épaissie et présente deux petits lobes indurés. La grande lèvre gauche est à peine augmentée de volume à sa partie supérieure. Quant à la grande lèvre droite, elle est très-volumineuse, luisante et colorée à son bord interne, d'aspect lardacé sur le reste de sa surface. Sa partie inférieure vient faire corps avec le bord induré de la fourchette qui est elle-même le siége d'une large ulcération. Cette ulcération assise sur une base indurée, a renversé la face interne de la fourchette et détruit sa commissure. Elle s'étend sur le plancher du vagin à une profondeur de 5 centimètres et remonte à une hauteur à peu près égale sur les parois de l'orifice vulvaire.

L'aspect de cette ulcération est grisâtre et atonique, sa surface est très-granuleuse.

Des bains, des cataplasmes émollients, plus tard des astringents ne modifient en rien l'état maladif de la vulve. L'hypertrophie des lèvres semble, au contraire, faire des progrès.

Dans cet état, l'ablation des tumeurs et de la base indurée de l'ulcération nous semble le seul moyen efficace à proposer à la malade, et l'opération résolue est pratiquée, le 16 décembre, de la façon suivante.

La base de la petite lèvre enserrée par les deux lames d'ivoire du forcipresseur est massée doucement, pendant quelques instants, par des mouvements alternatifs de pression en haut et en bas, de façon à diminuer le volume de la base et à l'étreindre plus facilement et plus vite.

Lorsque les deux lames ne sont plus qu'à une distance de 5 ou 6 millimètres, les deux pinces sont brusquement rapprochées et leurs crémaillères accrochées du même coup.

La malade fait un mouvement et se plaint d'éprouver une douleur vive qui s'atténue aussitôt et disparaît en moins de trente secondes.

L'appareil est laissé en place; la tumeur devient d'abord turgide, puis elle pâlit peu à peu. Un quart d'heure plus tard, la tumeur est détachée avec le couteau galvano-caustique sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang et sans que la malade éprouve la moindre douleur. Le cautère galvanique est promené sur le pédicule de façon à former une eschare qui maintient les deux lèvres de la plaie, après l'enlèvement des lames du forcipresseur.

Cette eschare présente une longueur de 6 centimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur, elle est brunâtre, sèche et résistante.

Dans ces conditions, il serait très-facile de passer des épingles au-dessous de cette eschare, et de faire une suture entortillée, réunissant ainsi la plaie par première intention, et laissant à la suppuration cette petite portion escharifiée de 3 millimètres de largeur, mais je réserve, pour l'ablation de l'autre lèvre, l'emploi de ce moyen, si le résultat n'est pas excellent cette fois-ci, en abandonnant la plaie à l'évolution habituelle de l'élimination des eschares et de la cicatrisation par suppuration.

Le lendemain, sans qu'il y ait eu aucune trace d'inflammation, l'eschare s'est ramollie et son rôle contentif ayant cessé de ce fait, la plaie offre une large surface de 6 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur, c'est-à-dire l'étendue de toute la base d'implantation de la petite lèvre.

Cette plaie est touchée tous les jours, une fois, avec la solution alcoolique d'acide picrique à 10 pour 100, elle devient promptement rosée, et vingt jours plus tard, il ne reste plus qu'un liséré de 5 à 6 millimètres de largeur qui se cicatrise avec une très-grande rapidité.

A propos de cette cicatrisation rapide, je ferai remarquer que toutes les fois que j'ai amputé une partie atteinte d'esthiomène, en prenant soin de faire porter la section sur une partie *non indurée*, la cicatrisation marche aussi promptement que dans toute autre partie saine. C'est pourquoi, aujourd'hui, je ne tente plus d'obtenir la cicatrisation des ulcérations de l'esthiomène qui reposent sur des bases indurées, car l'expérience m'a démontré que cette cicatrisation ne s'obtient que si l'on a d'abord réduit ou enlevé cette induration.

Après l'ablation de la tumeur de la petite lèvre, et sa cicatrisation, il restait encore la tumeur de la grande lèvre gauche, et l'ulcération à large base, indurée, ayant envahi la fourchette et les parties latérales de la vulve.

La partie indurée et ulcérée de la fourchette fut soumise à l'action électrolytique d'un courant galvanique à action chimique intense. En six applications de dix minutes chacune, la réduction de l'induration fut complète.

Voici l'exposé du mode d'application. Le courant était fourni par douze couples au sulfo-amidure de mercure. L'un des réophores portait un excitateur cylindrique en cuivre, lequel réophore, enveloppé d'un linge mouillé, était maintenu en contact avec la partie ulcérée; le pôle positif était armé du manipule à rouleau d'Amussat, lentement promené sur la face antérieure de la cuisse. Réduction de la partie indurée et de son épaisseur, fourchette devenue souple et mince, tels furent les résultats obtenus par l'électrolyse. Dès lors, une application quotidienne de solution alcoolique d'acide picrique à 10 pour 100 hâtait la cicatrisation obtenue en moins de trente jours.

Dans les premiers jours du mois de mars, l'amputation de la grande lèvre hypertrophiée fut pratiquée par la galvanocaustie thermique, à l'aide du forcipresseur à lames parallèles. Le procédé fut exactement le même que pour l'ablation de la petite lèvre du côté opposé. Massage de la portion qui doit faire pédicule, à l'aide des lames parallèles du forcipresseur; enserrement brusque de la tumeur; un quart d'heure d'attente; séparation lentement effectuée avec le couteau galvanique de la partie hypertrophiée, étranglée à sa base.

Après avoir détaché la tumeur, nous ne fîmes pas d'eschare épaisse sur la partie libre du pédicule, ayant le projet de réunir les bords de la plaie par première intention.

Aussitôt après avoir enlevé les deux lames du forcipresseur, des épingles furent passées sur les deux bords de la plaie, et celle-ci fut maintenue par une suture entortillée.

Afin d'empêcher toute réaction inflammatoire, un pansement fut placé sur le tout, composé de gâteaux de charpie imbibée de solution picrique au demi-millième.

Il ne survint aucune inflammation; la partie linéaire escharifiée prit une couleur rosée donnant une très-petite quantité de lymphe, et la réunion s'effectua sans incident, dans l'espace de dix-huit jours.

Hypertrophie de la grande lèvre gauche ayant amené l'impossibilité de la marche. — Amputation par la galvanocaustie thermique à l'aide du forcipresseur à lames parallèles. — Guérison rapide.

La nommée Élise R..., modiste, entre dans le service salle Sainte-Marie, lit 11, le 5 mars 1876.

Elle est âgée de vingt et un ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Sa santé est bonne, les règles sont régulières.

Elle porte au cou une cicatrice d'abcès ganglionnaire. L'aine droite est le siége d'une cicatrice semblable.

Cette malade raconte qu'elle ne peut plus marcher depuis cinq mois. La lèvre droite, qui est considérablement hypertrophiée, a commencé vers cette époque à augmenter de volume. Peu à peu survinrent des douleurs irradiant dans la partie antérieure de la cuisse droite, dans l'aine et dans les reins, chaque fois que la malade essayait de la station verticale.

En même temps que survenaient ces douleurs, le volume de la tumeur augmentait, et ce nouvel accroissement de volume, aussi bien que la douleur, disparaissaient avec la position horizontale.

Incapable de se livrer à aucun travail, cette malade entre dans le service pour se faire guérir de cette affection.

A son entrée, nous constatons l'augmentation de volume considérable de la grande lèvre gauche. Cette tumeur est un peu plus

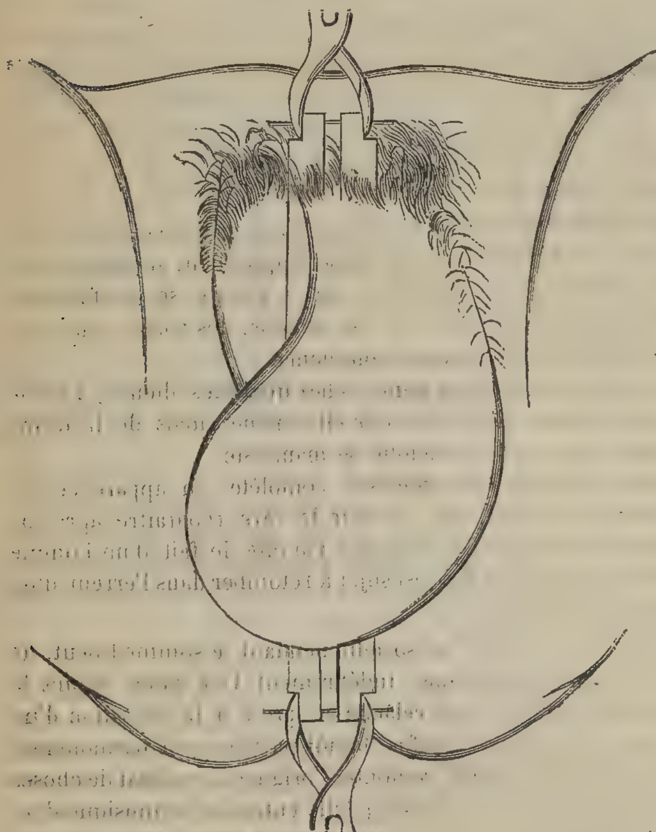


Fig. 3.

colorée que la lèvre à l'état normal. Sa forme est celle d'une courge. Son volume est égal à celui d'une poire de moyenne grosseur. Toute l'hypertrophie qui donne à l'organe la consistance du muscle, est limitée à la partie libre de la grande lèvre, surtout à l'extrémité inférieure. C'est par la base, d'après les détails que donne la malade, que s'accroît cette hypertrophie.

La grande lèvre gauche est un peu augmentée de volume, mais elle garde sa consistance, sa coloration et son volume en état normal.

Le fourchette est légèrement indurée. Toute la vulve, le vagin et le col sont violacés et indiquent l'existence d'une congestion passive.

Nulle part, il n'existe trace d'ulcération.

Vu les antécédents strumeux de la malade, je n'hésite pas à rapporter cet état à une forme d'affection scrofuleuse, aux préludes d'une éclosion d'esthiomène hypertrophique.....

Le diagnostic que je porte, et qui me semble suffisamment établi par ces considérations, me fait éloigner tous les moyens, infidèles d'ailleurs, auxquels on donne le nom de *fondants*. Cependant, la malade refusant l'opération que je lui propose, je fais pratiquer des embrocations avec l'onguent napolitain. Plus tard, aucun résultat ne s'étant produit, j'emploie la teinture d'iode, la compression par le collodion, toujours sans succès.

Lassée d'attendre une guérison qui ne vient pas, notre malade se décide à laisser enlever cette tumeur, qui la rend incapable de tout travail.

Vu le volume et la longueur de la partie à enlever, je fais préparer deux lames en buis, de 8 centimètres de longueur, sur 12 millimètres de largeur et 6 millimètres d'épaisseur, se montant sur les pinces et pouvant pédiculiser et enserrer complétement la base de la lèvre hyperthrophiée (fig. 3).

Ces deux casseaux parallèles sont mis en place, et des mouvements alternatifs de serrement, pratiqués avec l'une et l'autre pince, massent la base de la lèvre à l'aide des deux lames de buis, et réduisent peu à peu l'épaisseur de ce pédicule.

Lorsque les deux lames ne sont plus qu'à une distance de 4 millimètres à peu près, je serre brusquement les deux pinces et j'accroche leurs crémaillères respectives.

Ce moment est le seul temps douloureux de l'opération. La malade, qui a désiré ne pas être endormie par le chloroforme, pousse un cri. La douleur dure à peine quinze secondes et disparaît complétement.

La partie enserrée par les lames du forcipresseur est violacée et turgide. Peu à peu elle pâlit et semble devenir exsangue. Sans provoquer aucune sensation, je puis piquer, couper la tumeur.

Je laisse l'appareil en place pendant dix minutes, la patiente ne souffrant pas. A ce moment, je me prépare à détacher la tumeur, le long des deux lames parallèles avec le couteau galvanique. Renversant celle-ci sur le côté droit, je promène le couteau porté au rouge blanc sur toute l'étendue du pédicule de la tumeur que je détache dans l'espace de quelques minutes, sans hémorrhagie, et sans faire éprouver de souffrance à l'opérée.

Le couteau maintenu au rouge sombre, est ensuite promené sur la partie enserrée entre les deux lames, et une eschare sèche et assez épaisse, qui maintiendra pendant quelque temps en contact les bords de la plaie, est le résultat de cette cautérisation.

La plaie, quoique résultant de la section galvanique, peut être réunie par première intention.

En effet, l'eschare a à peine deux millimètres de largeur. Si on l'abandonne à elle-même, elle se déchirera quelques heures plus tard, comme je l'ai signalé plus haut, et une plaie de la largeur de la base de la lèvre suivra la voie de réparation habituelle. C'est ce qui a lieu dans ce cas où nous laissons la plaie se cicatriser par seconde intention, sous l'influence du pansement picrique tel que je le pratique dans toutes les opérations.

Cette surface pâle et exsangue limitée par l'eschare, ayant la forme ovale allongée de la base de la tumeur, est badigeonnée avec la solution alcoolique à 2 pour 100, et un gâteau de charpie picrique au 1/2 millième est appliqué sur la plaie. Sous l'influence de ce moyen, la plaie sécrète un liquide clair, et prend une couleur rosée, et la cicatrisation marche assez rapidement pour que, vingt-six jours plus tard, la guérison soit complète, ne laissant qu'une cicatrice linéaire de quelques millimètres de largeur.

Il n'y a eu aucun phénomène de réaction inflammatoire, et, sous

l'influence du petit nombre de pansements effectués, la guérison a marché sans complications.

Je décrirai, dans quelques jours, dans un article spécial, les excellents résultats que j'ai obtenus, dans toutes les opérations que j'ai pratiquées sur les organes génitaux de la femme, par le pansement antiseptique à l'acide picrique, dont j'ai exposé les avantages et le *modum agendi* au congrès de Bruxelles, devant la section de chirurgie, pansement dont les avantages principaux sont :

L'absence de réaction inflammatoire et de suppuration.

L'absence de toute complication pyohémique ou érysipélateuse, la disparition très-rapide de la douleur,

L'activité de la réparation.

En outre ce mode de pansement est d'un emploi très-facile, et, pour des raisons que j'exposerai plus tard, il ne réclame ni une occlusion absolue ni des précautions minutieuses.

Comme je l'ai signalé dans le cours de l'observation, on peut arriver à faire la suture avant d'enlever les lames du forcipresseur, sans séparer les deux bords de la plaie; de cette façon, on est sûr de laisser au dehors toutes les parties touchées par le cautère, et de ne pas mettre un seul instant à l'air les parties profondes. Pour atteindre ce but, j'ai fait pratiquer des ouvertures sur les tranches des lames parallèles du forcipresseur. Ces ouvertures, placées en regard sur chaque lame, sont assez larges pour laisser pénétrer facilement un mince trocart monté sur manche et privé de sa canule.

Les tissus comprimés sont si résistants qu'une épingle portée avec l'aide d'une pince ne peut les traverser. Il faut d'abord employer ce trocart à tige mince, et placer l'épingle dans l'ouverture pratiquée par celui-ci. Les têtes des épingles étant sectionnées avec la pince coupe-net, on enlève facilement les lames du forcipresseur, en laissant en place les épingles. Il n'y a plus qu'à placer le fil qui termine la suture entortillée.

En résumé, le forcipresseur à lames parallèles, que je viens de faire construire et dont je viens de faire l'application à l'ablation des tumeurs de la vulve, offre un mode de pédiculisation qui permet d'employer le cautère galvanique sans s'exposer à la moindre hémorrhagie. Il facilite l'opération et permet de la terminer rapidement.

Par la forte pression qu'il exerce, il anesthésie suffisamment les tissus pour qu'il soit inutile d'employer le chloroforme.

La réunion des lèvres de la plaie peut être faite avant que l'instrument soit enlevé; et même avant que l'opération soit commencée, la suture peut être pratiquée dans l'épaisseur des lames du forcipresseur.

Ce mode de forcipressure est susceptible d'un grand nombre d'applications (tumeurs de la langue, tumeurs érectiles, lipomes, loupes, phimosis, etc.).

ÉTUDE SUR LES RÊVES MORBIDES

RÊVE PERSISTANT; ESCROQUERIES BIZARRES

Par M. le docteur FAURE

I

Il a été fait mention déjà par plusieurs auteurs d'un phénomène bizarre, qui se rencontre le plus souvent chez des individus prédisposés à la folie ou alcooliques, mais fréquemment aussi chez d'autres qui n'ont rien eu de commun avec ceux-ci, jusqu'au moment de l'apparition du phénomène en question. Je veux parler de cette singulière disposition en raison de laquelle un rêve enfanté pendant le sommeil, au lieu de se dissiper au moment du réveil, comme il arrive dans l'état normal, se continue au contraire et s'établit dans le souvenir de manière à prendre désormais dans la vie, pour un temps plus ou moins long, quelquefois pour toujours, le rôle et l'importance d'un événement vrai. MM. Fabret, Moreau (de Tours), Baillarger, Maury, Lemoine, etc., ont cité des faits de ce genre; j'en ai fait connaître une quinzaine d'exemples dans un récent travail publié dans les *Archives de médecine et de chirurgie.*

Pour n'avoir été signalés que d'une manière presque incidente, les cas reconnus ne sont donc pas très-rares, ils le seraient beaucoup moins encore, sans doute, si l'observation mieux avertie les eut recherchés avec plus d'attention.

D'une manière générale, les choses se passent de la manière suivante : le sujet, un matin, à son réveil, annonce un événement bizarre, inattendu, invraisemblable, dans lequel sa personnalité occupe le premier rôle : *il est le fils de l'empereur; sa vie est menacée ; il est offensé dans ses plus chers intérêts*, etc. Le fait sur lequel repose son idée s'est produit d'une manière tellement nette et positive, que le moindre doute n'est pas permis : il est impossible qu'il n'ait point vu ce dont il parle. Seulement il est bientôt évident qu'il n'a vu qu'un rêve, et que ce qu'il a présent à l'esprit n'est que le produit d'un travail inconscient du cerveau pendant le sommeil.

Dans certains cas, la conviction du sujet est assez puissante pour le déterminer à des actes violents : une femme, qui a rêvé que son mari veut se séparer d'elle, se livre presque coup sur coup à trois tentatives de suicide; un homme, qui voit la nuit sa femme se prostituer à son frère, médite de terribles vengeances; or cette femme a des instants de lucidité, où son rêve la quitte et la laisse revenir à son entière raison, reconnaît que son mari l'adore et n'a jamais eu pour elle que les sentiments les plus tendres; et cet homme, dans des moments semblables, affirme qu'il n'a vu ni sa femme ni son frère depuis plus d'un an.

Cet état n'a souvent qu'une durée assez courte, parfois il est coupé par des intervalles de retour complet; dans certains cas, c'est pour toujours qu'il s'établit dans l'esprit. Quoi qu'il en soit, le sujet tout en en subissant l'influence, participe dans sa manière de vivre, qui, sous tous les autres rapports, ressemble à celle de tout le monde, à la fois de l'homme qui rêve et de celui qui est éveillé. Quelques-uns en arrivent à ne plus savoir si ce qu'ils disent ou pensent appartient au rêve ou à la vie agissante; les actes d'un état à l'autre se confondent; c'est alors qu'ils commettent des actions, des vols le plus souvent, dont ils n'ont aucune conscience.

Une disposition de ce genre, chez quelques aliénés, a été le point de départ, non de la folie elle-même, mais de la forme délirante sous laquelle la folie se manifeste.

Enfin, malgré une guérison complète, en apparence du moins, il n'est pas rare de voir le rêve reparaître après de longs intervalles. C'est ainsi que j'ai cité le fait d'un homme qui, encore aujourd'hui, est sujet à retomber dans l'erreur d'un rêve fait en 1869.

Une simple illusion sensorielle pendant le sommeil peut, de même, se perpétuer ainsi indéfiniment. Une dame, depuis la guerre de 1870, est sans relâche en proie à la sensation d'un bruit musical, tantôt confus, tantôt parfaitement harmonique, et elle fait parfaitement remonter l'origine de cet état de choses à une nuit où elle avait rêvé qu'elle entendait la musique d'un régiment prussien. Rien de plus curieux et de plus saisissant. Elle reste immobile, silencieuse, l'air profondément préoccupé; si on lui adresse la parole, il est manifeste qu'elle s'arrache par un effort violent, pour répondre, à une contention d'esprit qui la domine. Je lui demande de chanter l'air qu'elle entend, et aussitôt comme un chanteur qui suit un instrumentiste, elle entre dans une phrase musicale, prenant de plein

pied la note qui court, sans reprendre du commencement, comme fait toute personne qui veut faire connaître un air. Elle est d'ailleurs absolument saine d'esprit, consciente de son état et de ses causes, très-raisonnable.

Dans beaucoup de cas, les malades avouent eux-mêmes, à leurs moments de lucidité, qu'ils savent bien que ce qu'ils disent n'a rien de vrai et que ce n'est qu'un rêve ; dans d'autres, s'ils ne font pas un aveu explicite, il est facile, d'après les circonstances de leur récit, de remonter aux causes et de reconnaître sa véritable origine. Le fait que je vais rapporter me paraît appartenir à ce dernier groupe.

En effet, rien ne prouverait au premier abord que ce que dit la femme P... est plutôt le résultat d'un rêve que d'une conception délirante de l'état de veille. Mais la fixité, l'invariabilité des éléments de son récit, son instanéité saisissante, semblent bien plus indiquer la révélation subite d'un événement qui se déroule sous les yeux, d'un seul coup, comme un tableau complet, que le fruit, progressivement développé, d'une élaboration du cerveau malade.

Le fait dont elle parle a pris subitement possession de son esprit, du jour au lendemain; elle a vu, elle n'invente point ce qu'elle dit. Si extraordinaire que cela paraisse, son fait a tant de ressemblance avec d'autres, où un rêve était formellement avoué par les sujets comme origine de l'idée erronée, que tout semble autoriser à croire qu'il en est de même ici.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° L'article *Mélanose*, par M. Heurtaux (de Nantes), extrait du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. Périer dépose, de la part de M. Lemer (de Saint-Sever-sur-Adour), une observation d'*opération de la taille par la méthode uréthrale pratiquée sur une petite fille de neuf ans*. Le calcul extrait pesait 25 grammes et s'était développé autour d'une aiguille.

RAPPORT

M. Panas donne lecture d'un rapport sur deux communications de M. Poncet (de Cluny), professeur agrégé au Val-de-Grâce, l'une sur le *glaucome hémorrhagique*, l'autre sur le *synchysis étincelant*.

Des remercîments seront adressés à l'auteur, et son travail est renvoyé au comité de publication.

LECTURE

M. Nepveu (de Paris) donne lecture d'un travail intitulé : *Contribution à l'étude de la dénudation des nerfs*. (Comm. : MM. Tillaux, Sée, Verneuil.)

COMMUNICATION

M. Terrier communique les observations de deux ovariotomies pratiquées par lui, et dont une a été suivie de guérison et l'autre de mort.

Dans ce second cas, il est survenu des complications de *pneumonie* et de *phlegmatia alba dolens*, qui ne paraissent pas absolument étrangères aux kystes de l'ovaire, car M. Terrier a déjà observé une fois avec M. Verneuil cette coïncidence.

DISCUSSION

M. Polaillon a vu aussi une pleuro-pneumonie et un œdème douloureux considérable des membres inférieurs chez une jeune fille de quatorze ans affectée d'une tumeur cancéreuse de l'ovaire. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était solide et portait à sa surface des végétations en chou-fleur. Le fait a été rapporté dans la thèse de M. Ziembicky sur les tumeurs solides de l'ovaire. Incidemment, M. Polaillon fait observer, en réponse à la statistique dont s'est servi M. Guéniot dans une discussion récente sur l'influence des opérations chirurgicales sur la grossesse, que la complication de kyste de l'ovaire semble avoir une effet funeste sur les suites de couches, beaucoup plus que sur les couches elles-mêmes.

M. Terrier a rencontré ces végétations extérieures sur le kyste qui fait l'objet de sa seconde observation. Il y en avait même sur la face postérieure de l'utérus et sur la face antérieure du rectum, et ces végétations sont considérées en général comme l'indice d'une tumeur maligne. De plus, il n'y avait pas d'ascite, ce qui indique ordinairement la présence de ces végétations extérieures.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Tillaux présente un jeune garçon de quatorze ans et demi, auquel il a redressé les genoux par l'opération de Delore. Ce garçon, très-bien développé pour son âge, et qui n'a aucune trace de rachitisme, était apprenti serrurier ; ses genoux commencèrent à se dévier vers le commencement de l'été de 1875, et, en six mois, il y avait un écartement de 20 centimètres entre les malléoles, lorsque les genoux étaient rapprochés. L'opération fut faite à la jambe gauche, le 3 novembre, et après un séjour de deux mois dans un appareil inamovible, le membre était guéri. Le genou droit, qui s'était dévié postérieurement, fut également brisé le 16 février de cette année. Aujourd'hui il reste encore un peu de mouvements de latéralité de l'articulation de ce genou, mais le gauche est très-solide. Il n'y a eu, à la suite de l'opération, aucun épanchement ni aucun autre accident.

DISCUSSION

M. Forget regrette que M. Tillaux ne puisse dire ce qu'il fracture, en faisant cette opération. Le résultat en est très-beau, mais, au point de vue scientifique, cela ne suffit pas; il faudrait savoir ce que l'on fait.

M. Sée demande si l'on avait, avant l'opération, tenté le redressement par les appareils. Depuis qu'il fait partie de la commission des bandages au bureau central, M. Sée a vu des résultats de redressement suffisant, sinon parfait. Il est vrai qu'il faut employer ces appareils pendant un temps fort long.

M. Tillaux n'est pas encore édifié sur ce qu'il brise pendant ce redressement; mais il ne se produit certainement qu'un décollement d'une épiphyse, tantôt du fémur, et tantôt du tibia. On pourrait redouter une déchirure de ligaments, à la suite de laquelle le membre resterait faible, comme après une entorse, mais M. Tillaux n'a pas encore vu cet accident se produire, et d'ailleurs, dans une fracture, la portion d'os où s'attache un ligament cède plutôt que le ligament lui-même. Les appareils peuvent être bons chez les enfants, mais chez un adolescent de quatorze ans, ou à dix-huit ans, comme M. Tillaux en a opéré un, ils sont tout à fait insuffisants. Pussent-ils même réussir, il faudrait les laisser en place pendant plusieurs années, et l'opération, qui n'offre aucun danger, est bien préférable. Quant à l'étiologie de ces déviations, elles semblent venir spontanément, sans cause connue.

M. Lannelongue a cru longtemps à l'existence de trois variétés de cagnosité, celle des rachitiques, celle des vieillards (par suite d'arthrite sèche), celle des adolescents. Mais, depuis qu'il voit à l'hôpital Sainte-Eugénie beaucoup d'enfants de quatre à sept ans, son opinion s'est modifiée. Il rencontre deux ou trois fois par semaine des enfants dont les genoux sont déviés, d'un seul côté d'abord; ils resteront ainsi pendant longtemps, puis au moment de l'apprentissage, ils se dévieront davantage. Ce sont ces cas qui ont fait croire au développement de la cagnosité pendant l'adolescence. Entre six et huit ans, on voit beaucoup de cagneux qui ne sont nullement rachitiques. Quant au mode de production de cette déviation, une pièce que M. Lannelongue a déposée, il y a six ans, au musée Dupuytren,

démontre qu'elle tient à une saillie considérable du condyle interne, et l'un des signes diagnostiques les plus importants est la disparition de la cagnosité lorsque l'on fait fléchir la jambe. D'après des expériences faites par M. Delore, les ligaments ne sont pas déchirés dans le redressement violent de l'articulation du genou. On pourrait cependant craindre le développement d'une arthrite, et, secondairement, des mouvements de latéralité de l'articulation. L'opération n'est pas toujours indiquée. Il s'agit là d'une maladie de développement, maladie de misère, qu'il faut traiter par les toniques. Les opérés doivent être suivis pendant six mois ou un an après qu'ils auront repris leur travail, pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur réelle du traitement.

M. TILLAUX en a montré un à la Société, qui travaillait depuis un an après avoir été opéré.

M. SÉE croit, d'après ce qu'il voit au Bureau central, que presque tous les cagneux sont nés rachitiques.

M. GUÉNIOT, dans une séance de la Société anatomique, en janvier 1870, a établi que la cagnosité tenait à un vice de conformation du condyle interne du fémur qui devenait très-saillant et très-long.

M. ANGER a observé que tous les enfants opérés de pieds-bots deviennent cagneux. Il apportera à la prochaine séance des pièces montrant la cagnosité chez ces enfants.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux. — La composition écrite du concours, pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie, aura lieu le samedi 4 novembre 1876, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, nº 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable, accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné la note au moins passablement satisfait, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, seront passibles des peines édictées par le règlement.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit, comme épreuve du concours de la première division, devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

— *Excursion scientifique.* — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 9 juillet 1876 dans la forêt de Montmorency.

Rendez-vous à la gare du Nord. — Départ à huit heures cinquante-cinq minutes.

— La Société des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 12 juillet, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour. — 1º Rapport de M. Machelard sur la candidature de M. Foucart. — 2º Discussion du mémoire de M. Delasiauve. — 3º Rapport sur les mères nourrices assistées par le 1er arrondissement, par M. Fontès. — 4º Rapport du docteur Lafont, au nom d'une commission chargée d'étudier l'adjonction de nouveaux médicaments au formulaire des bureaux de bienfaisance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contributions à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales, par le docteur Louis LANDOUZY. — In-8º de 248 pages avec 6 figures. Prix : 5 francs. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie (cirrhose hypertrophique avec ictère), par le docteur Victor MANOT, ancien interne, lauréat des hôpitaux. — Prix : 4 francs. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Du traitement des ulcérations chroniques (syphilis, scrofule, etc.) et des plaies atoniques par le sulfure de carbone, par le docteur Paul GUILLAUMET. — In-8º de 63 pages. Prix : 2 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

De la mydriase, par le docteur PERCEPIED. — In-8º. Prix : 2 francs. Paris, Vº Adrien Delahaye et Cº.

Étude sur la transmission des sons à travers les liquides endo-pleurétiques de différentes natures, par le docteur BACCELLI. Suivie de quelques considérations sur les signes physiques de la pleurésie, par le docteur Noël GUÉNEAU DE MUSSY. — In-8º. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vº Adrien Delahaye et Cº.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 80. — MARDI 11 JUILLET 1876. 49e ANNÉE. MARDI 11 JUILLET 1876. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1).

3. Après avoir divisé le genre herpès en plusieurs variétés, qui sont : A. l'*herpes labialis* ou *facialis ;* B. l'*herpes præputialis* ou l'*herpes progenitalis;* C. l'*herpes zoster;* D. l'*herpes iris* et *circinatus*, Hébra ajoute :

« Dans l'important ouvrage auquel j'ai déjà renvoyé (2), et qui n'a pas complétement obtenu l'attention dont il est digne, de Bœrensprung insinue que les trois premières de ces variétés de l'herpès ne sont, en réalité, qu'une seule et même affection, et qu'on devrait les comprendre sous le nom de zoster. Les raisons qu'il donne à l'appui de cette opinion sont, qu'on les rencontre toutes dans les régions fournies de nerfs particuliers, et que le développement des vésicules est, chez tous, dû à un état morbide du nerf. Quand ces vésicules occupent toute l'étendue de la région où se distribue le nerf affecté, il en résulte un herpes zoster. Il suppose que l'herpes labialis est un zoster facialis incomplet (correspondant aux branches intra-orbitaire et mentonnière de la seconde et de la troisième division de la cinquième paire), et que l'herpes progenitalis est un zoster sacro-ischiaticus et sacro-genitalis rudimentaire dû à une condition pathologique des nerfs honteux inférieurs et des branches des nerfs pudiques provenant du plexus sacré et se distribuant au pénis, au scrotum et aux lèvres. »

Tout ce que je vous ai dit jusqu'ici, le récit des faits et le sens des interprétations physio-pathologiques que j'ai cru devoir en donner, m'avaient conduit logiquement à de pareilles conclusions, et je me félicite de pouvoir les étayer d'une autorité aussi considérable que celle de M. de Bœrensprung (3).

4. Et pourtant, si plausible que soit cette manière de voir, M. Hebra se refuse à l'admettre. Pour lui, l'observation clinique fournit de nombreux motifs de conserver les distinctions admises jusqu'à présent entre ces formes d'herpès. Parmi ces raisons, sont les suivantes :

« 1° Dans l'herpes labialis et l'herpès préputial, il existe en général seulement un groupe ou un très-petit nombre de groupes de vésicules; tandis que, dans le zoster, il n'en est ainsi que dans des circonstances très-exceptionnelles, plusieurs groupes se développant successivement.

« 2° Le zoster récidive rarement; il survient en général une seule fois dans la vie d'un individu, tandis que dans l'herpes labialis et l'herpes præputialis, la réapparition de la maladie est la règle.

« 3° C'est un fait bien connu que l'herpes labialis se manifeste dans le cours des maladies fébriles; on lui a même donné le nom d'hydroa febrilis. D'où il résulte que cette affection paraît être symptomatique et due à quelque maladie passée ou actuellement existante, accompagnée ou non de fièvre ; tandis qu'on doit regarder le zoster comme le résultat d'un état morbide essentiel plus ou moins exactement limité à la région parcourue par un nerf cérébro-spinal particulier.

« 4° Les douleurs névralgiques précèdent l'éruption du zoster, l'accompagnent et persistent souvent pendant longtemps après sa disparition. On n'observe jamais ce symptôme dans l'herpes labialis ou dans l'herpes præputialis.

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 juin.

(2) Hebra. *Traité des maladies de la peau*, traduit et annoté par le docteur A. Doyon, p. 363.

(3) Voici comment M. de Bœrensprung a classé les zoster :

a. Le « *zoster facialis* », exclusivement limité à une moitié du visage, occupe les points de la peau et de la membrane muqueuse où se distribue la cinquième paire. Le *zoster labialis* en est une forme.

b. Le « *zoster occipito-collaris* » suit la distribution des nerfs du cou, petit occipital, grand auriculaire et superficiel, provenant du plexus cervical.

c. Le « *zoster cervico-subclavicularis* » correspond aux branches superficielles descendantes du plexus cervical (sternale, claviculaire, acromiale supérieure).

d. Le « *zoster cervico-brachialis* » est dû à un état morbide des nerfs appartenant au plexus brachial. Il peut être limité au bras (*zoster brachialis*) ou à l'avant-bras et même à la main.

e. Le « *zoster dorso-pectoralis* ». Dans cette forme, l'affection commence sur la colonne vertébrale, occupant en général une surface correspondant à trois vertèbres ; elle s'étend obliquement, en bas sur la partie latérale du thorax, et passe de là en montant légèrement au sternum. Les nerfs intéressés dans cette variété de zoster sont les troisième et septième paires dorsales.

f. Le « *zoster dorso-abdominalis* » affecte la partie la plus inférieure du dos, sa limite supérieure est la huitième vertèbre dorsale, et sa limite inférieure la première lombaire. Il s'étend sur l'abdomen jusqu'à la ligne blanche.

g. Le « *zoster lumbo-inguinalis* » commence dans la région lombaire et s'étend horizontalement en avant à la ligne blanche, obliquement, en bas et en avant, au mont de Vénus et aux organes génitaux, et également en bas à la région fessière et à la surface externe de la cuisse. Il correspond aux branches des nerfs supérieurs lombaires.

h. Le « *zoster lumbo-femoralis* » occupe la distribution des branches cutanée externe, génito-crurale, crurale antérieure et obturatrice du plexus lombaire. La vaste surface cutanée que desservent ces nerfs nous met à même de comprendre comment cette variété d'herpès peut quelquefois être si étendue et si grave. Dans d'autres cas, l'herpès est limité à la surface de la cuisse, certaines branches de ces nerfs étant alors seules affectées (*zoster femoralis*).

i. Le « *zoster sacro-ischiaticus* » répond à la distribution cutanée des branches du plexus sacré.

« L'herpes labialis et l'herpes progenitalis ne sont pas en général unilatéraux; mais le plus souvent ils affectent les deux côtés ou apparaissent sur la ligne médiane du corps. De Bœrensprung conteste la complète exactitude de cette remarque; mais d'après ce que j'ai observé, il est dans l'erreur sur ce point. »

Telles sont les objections que formule M. Hébra. Je vais essayer de les réfuter.

La première me paraît peu importante : ce n'est pas, en effet, le nombre des groupes de vésicules qui peut constituer un caractère nosologique fondamental. Dans l'herpès limité ou dans l'herpès en demi-ceinture, la lésion est la même ; voilà le point important. La multiplication de la plaque herpétique ne change pas sa nature intime.

La deuxième objection, tirée de la récidive, a plus de valeur. Il est certain que le zoster récidive peu; tandis que c'est la règle pour l'herpes progenitalis. Mais je ne vois pas dans cette différence une raison suffisante pour rejeter, entre ces deux variétés de l'affection herpétique, l'étroite solidarité que nous y trouvons. Derrière le mode pathogénique qui embrasse l'ensemble des manifestations de l'herpès, il y a sans doute des prédispositions générales dissemblables qui ne se traduisent pas toutes de la même manière, sur la peau ou sur les muqueuses, bien qu'elles n'emploient comme moyen d'expression que la plaque herpétique. Dans le zoster, la diathèse, l'état général paraît céder à quelque influence locale plus spécialement concentrée sur tel ou tel nerf. L'action morbide gagne en profondeur ce qu'elle perd en mobilité et en récidives. Il semble que pour longtemps la névropathie limitée s'épuise en une crise complète, qui aboutit à une éruption sur le trajet de toutes les branches nerveuses qui ont été atteintes. La lésion nerveuse est fixe et profonde ; c'est un processus irritatif qui aboutit à la formation de nombreuses cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif du névrilème.

J'ignore au juste ce qu'elle est dans l'herpès partiel; mais je me figure qu'elle existe, et qu'en outre, elle se borne à quelques mouvements congestifs, disséminés et fugaces, sur tel ou tel département des nerfs périphériques.

Je ne dirai rien de la troisième objection, qui ne s'applique point à l'herpes progenitalis.

Je passe à la quatrième, où il est question des douleurs névralgiques qui précèdent, accompagnent ou suivent le zoster et font défaut dans les autres variétés d'herpès. Si M. Hébra me fait l'honneur de lire ces leçons, je pense qu'il trouvera, dans les quatre observations que contient la première, une réfutation péremptoire de sa manière de voir. Il est donc inutile que j'insiste ici sur ce point.

Quant à l'unilatéralité du zoster, opposée à la bilatéralité des autres herpès, elle n'a pas plus de valeur que l'objection déduite du plus ou moins grand nombre de vésicules. D'abord, on a observé des zoster sur les deux côtés du corps simultanément; et puis, presque toujours, dans les herpès autres que le zoster, si les vésicules franchissent la ligne médiane, elles sont, en général, plus développées d'un côté que de l'autre, ainsi que le prouvent mes observations.

6. Dans un excellent travail sur les relations qui existent entre les affections herpétiques, nerveuses et catarrhales, publié en 1855 (1), c'est-à-dire six ans avant celui de M. de Bœrensprung (1), un savant médecin français, M. Delioux, professeur à l'École de médecine navale de Brest, avait tenté d'effacer cette ligne de démarcation qu'on trace toujours si rigoureusement entre l'herpès zoster et les autres variétés. « L'herpès, dit-il, vient se placer à côté de la névralgie sinon comme une solution, du moins comme un phénomène qui en traduit la nature spécifique. Il place la maladie dans une phase nouvelle, lui imprime une marche toute différente de celle qu'elle avait affectée jusque-là, et peut surtout, à l'aide de la médication, exercer une influence décisive sur la guérison; à ces titres, il a les qualités d'une crise qui n'est pas toujours finale, mais qui cependant n'est pas de fâcheux caractère. En comprenant ainsi sa raison d'être, le zona perd singulièrement ce génie bizarre que l'empirisme se borne à constater... »

Plus loin, M. Delioux conteste qu'il y ait un intérêt pratique bien sérieux à créer tant de variétés d'herpès : « qu'il apparaisse sur telle ou telle partie du corps, c'est toujours anatomiquement la même espèce de lésion cutanée... Parfois des troubles plus ou moins prononcés des organes digestifs se déclarent en même temps que l'herpes vulgaris (2); mais, ce que l'on remarque le plus souvent, ce sont des douleurs de caractère névralgique, analogues à celles du zona et qui, comme celui-ci, non-seulement précèdent et accompagnent l'éruption, mais aussi sont susceptibles de persister après elle. »

N'est-ce pas là exactement, messieurs, ce que prouvent les faits d'herpes præputialis que je vous ai rapportés? N'ai-je pas eu raison de les assimiler au zona, et de les décrire sous le nom d'herpès névralgique des organes génitaux?

7. Dans l'herpès de la gorge, comme dans les autres variétés de l'herpès, il existe quelquefois des prodromes nerveux; ils me semblent avoir avec ceux de l'herpes præputialis la plus grande analogie, ou du moins ils me paraissent susceptibles de la même interprétation.

Écoutez ce qu'en dit M. Lasègue, qui les a parfaitement décrites dans son remarquable *Traité des angines* :

« La céphalalgie est, de tous les symptômes le plus incommode, et je ne sache, y compris la méningite aiguë, aucune autre maladie où le mal de tête prenne une égale intensité. Les douleurs sont gravatives; elles occupent de préférence la région frontale, mais s'étendent à tout le crâne. D'autres fois, elles sont surtout occipitales et d'une intolérable violence. La tête est pesante, difficile à mouvoir. Il existe des signes, non-seulement de souffrance, mais de congestion encéphalique. La lumière est mal supportée, le bruit redouble la douleur, le mouvement la réveille. Le malade est somnolent, absorbé, mais moins passif qu'il ne semble. Il rêve : ses idées se succèdent, involontaires, tumultueuses, confuses, avec un demi-délire qui lui laisse assez d'empire sur lui-même pour qu'il n'accepte comme réelles ni n'exprime les conceptions maladives qui l'obsèdent. Qu'on ne suppose pas que je trace un tableau exagéré : tous ceux qui ont observé avec sollicitude, ceux surtout qui ont subi cette très-pénible épreuve, reconnaîtront que les symptômes que j'indique comme appartenant aux formes les plus aiguës, sont conformes à la vérité (3). »

Ainsi, messieurs, toutes les variétés vulgaires, quel que soit leur siége, peuvent être et sont fréquemment en rapport direct de causalité avec des troubles névropathiques qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent. Sans doute elles diffèrent du

(1) *Des relations qui existent entre les affections herpétiques, nerveuses et catarrhales*, par M. le docteur Delioux, professeur de pathologie interne et de thérapeutique à l'École de médecine navale de Brest. (*Gazette médicale*, 855, p. 500 et suiv.)

(1) *Die Gurtelkrankheit*, Berlin, 1861.

(2) C'est ainsi que M. Delioux désigne les *herpes labialis*, *palpebralis*, *auricularis*, *præputialis*.

(3) Lasègue, *Traité des angines*, page 55. — Paris, Asselin, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

zona classique par le nombre et la distribution des plaques vésiculeuses; mais elles s'en rapprochent par tant d'autres caractères pathogéniques et symptomatiques, qu'on est presque forcément conduit à leur assimilitation à mesure qu'on pénètre plus avant dans leur étude.

Cette assimilation éclaire bien des points obscurs des herpès partiels, et elle agrandit singulièrement leur domaine. Est-ce à dire que par là on puisse rendre compte de tous les phénomènes? Certainement non; mais en faisant intervenir l'élément nerveux comme trait d'union entre les conditions étiologiques générales et la détermination locale, sous forme de plaque herpétique, on arrive à une interprétation analogique, qui est très-probablement la plus voisine de la vérité, si elle n'est pas la vérité elle-même.

Pour qu'il ne restât aucun doute dans l'esprit, il faudrait prouver par des autopsies que de pareilles altérations nerveuses existent bien réellement.

8. Quoi qu'il en soit, en me fondant sur les considérations qui précèdent, je crois qu'il m'est permis de formuler les propositions suivantes, relativement à l'herpès génital douloureux, envisagé dans l'ensemble de ses conditions étiologiques et pathogéniques.

A. Parmi les herpès qui se développent sur les organes génitaux, il y en a dans lesquels la douleur joue le rôle principal.

B. La douleur et les autres troubles névropathiques qui s'associent à elle précèdent habituellement l'éruption herpétique pendant vingt-quatre ou trente-six heures, sans qu'il soit possible de découvrir aucune lésion sur les points de la muqueuse de la peau, qui vont devenir le siége de l'éruption.

C. Habituellement l'éruption vésiculeuse sert de crise aux phénomènes névropathiques; mais d'autres fois ils persistent ou reviennent et survivent même dans quelques cas à l'herpès.

D. L'éruption herpétique est donc un phémonène secondaire. Ce sont les nerfs qui sont primitivement malades comme dans le zona.

E. L'analogie entre l'appareil névropathique de l'herpès génital et celui de l'herpes zoster est si frappante qu'il faut conclure à l'analogie de lésion dans les deux cas.

F. Il est donc extrêmement probable que l'herpès névralgique des organes génitaux se rattache à un processus hyperémique qui envahit une étendue plus ou moins considérable du plexus sacré.

G. Ce processus hyperémique plus superficiel, moins fixe, plus disséminé que le processus irritatif et cellulaire propre aux zonas spontanés, secondaires ou traumatiques, attaque plutôt les filets sensitifs que les nerfs trophiques, et se concentre plus particulièrement sur ceux qui appartiennent au nerf honteux interne.

H. Le plexus sacré peut être envahi simultanément à droite et à gauche; mais, d'ordinaire, les phénomènes névropathiques et l'éruption sont plus prononcés d'un côté que de l'autre, comme dans l'herpes zoster, quoique l'unilatéralité n'y soit jamais aussi constante.

I. On ne peut faire que des conjectures sur le siége précis du processus hyperémique dans les branches du plexus sacré. Peut-être se détermine-t-il quelquefois sur la queue de cheval ou l'extrémité inférieure de la moelle épinière. Toujours est-il qu'il affecte d'une manière spéciale les branches nerveuses qui se distribuent au pénis, aux bourses et au périnée; et, comme en même temps les phénomènes névropathiques se produisent sur d'autres branches, il est à croire que la lésion remonte assez haut, au moins jusqu'à quelques-uns des gros troncs qui constituent le corps du plexus sacré.

J. L'irritation hyperémique des plexus sacrés ou de leurs branches doit dépendre d'un état général, d'une disposition constitutionnelle de l'organisme, sur la nature de laquelle il est difficile de se prononcer.

K. La maladie constitutionnelle qui me paraît réunir en sa faveur la plus grande somme de probabilités, est l'arthritisme. Il doit être placé au-dessus de la dartre dans l'échelle des conditions étiologiques générales de l'herpès.

L. C'est l'existence d'une cause constitutionnelle qui explique les attaques successives ou les récidives fréquentes de l'herpès génital. Il est l'expression momentanée et plus ou moins répétée de la diathèse arthritique et dartreuse, ou même d'une disposition accidentelle catarrho-rhumatique, qui se détermine sous forme hyperémique sur les plexus sacrés, sur leurs branches terminales ou même sur l'extrémité inférieure de la moelle épinière.

M. Toutes les circonstances étiologiques locales, auxquelles on a l'habitude de rattacher l'herpès, sont incapables de le produire à elles seules et directement. Il n'est pas le résultat immédiat d'une irritation locale. La cause accessoire n'agit qu'en suscitant la prédisposition générale et en dirigeant son action sur la muqueuse glando-préputiale. Cette action elle-même n'a de prise sur les tissus que par l'intermédiaire d'un processus hyperémique ou cellulaire, qui siége dans le névrilème des nerfs et modifie la modalité fonctionnelle des fibres sensitives et des cellules ou des fibres trophiques.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

La première partie de la table renferme quatre cas, dans lesquels la carotide fut liée d'abord et la sous-clavière ensuite, à des intervalles de deux ans, de six mois, de dix semaines et de sept semaines.

Dans le premier cas, dont nous avons la préparation au musée de ce collége, je crois qu'il n'y a pas de doute que l'accroissement de la tumeur fut arrêté par l'opération et que la guérison en résulta. Ayant le plus grand désir de ne pas exagérer les bénéfices de ces opérations, je n'hésite pas à reconnaître ici la possibilité d'une récidive. Mais on peut voir que le sac est de toutes parts solidement doublé de caillots, et il n'y a pas de raison pour douter que le malade ait pu atteindre le terme ordinaire de la vie, sans avoir été incommodé davantage par son affection; il n'est pas possible de nier non plus que l'opération lui ait sauvé la vie. La préparation, cependant, confirme l'opinion que j'ai précédemment essayée d'établir, que la ligature de la troisième portion de la sous-clavière nécessite la continuation de la circulation dans le sac; et, s'il en est ainsi, l'oblitération absolue de la tumeur, sa guérison absolue dans le sens le plus strict, de façon à rendre la récidive impossible, ne peut être obtenue par ce moyen. En effet, un anévrysme de l'innominée, même quand il n'est pas à proprement parler un anévrysme tubulaire, mais est dû à l'expansion d'une portion de la paroi du vaisseau, n'a presque jamais un orifice de communication nettement défini; la circulation

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 juillet.

générale du vaisseau le pénètre sans difficulté, et la ligature de la troisième portion de la sous-clavière nécessite la continuation de cette circulation. Dans ce cas, vous pouvez remarquer combien est large la portion inférieure ou ce que j'appelle la portion sous-clavière du sac, et combien elle s'est développée par en bas en déplaçant et comprimant la trachée, et vous remarquerez également que l'oblitération de la carotide résultant de l'opération n'est pas complète, la racine de l'artère étant parfaitement perméable à son émergence de la tumeur.

On peut donc accepter le cas de M. Fearn comme la preuve qu'il est possible, par la double ligature périphérique, d'arrêter les progrès d'un anévrysme de l'innominée et de rendre le malade à la santé. Je désire également attirer votre attention sur le fait que, dans chacun de ces quatre cas, la ligature de la carotide a produit du soulagement, d'après l'opérateur, surtout quand il y avait des symptômes de compression de la trachée.

Ce ne peut pas être par une circonstance fortuite que la carotide a toujours été liée la première. Les rapports directs de l'artère liée avec le sac, donnent sans doute des chances plus grandes d'agir sur la tumeur que quand on opère sur la troisième portion de la sous-clavière.

Dans les trois derniers cas, l'opération échoua. Le malade de Malgaigne fut tellement soulagé par la ligature de la carotide, qu'il semble que, dans des circonstances plus favorables, il eût pu guérir; mais, à peine sorti de l'hôpital, le malade s'adonna à l'ivrognerie et à toutes sortes d'excès. La mort fut le résultat d'un érysipèle après la seconde opération, ce qui est une circonstance purement accidentelle. Dans le cas de Wickham, la première opération produisit une grande amélioration, mais la seconde semble avoir été sans effet sur la maladie, et le malade mourut de la rupture de l'anévrysme.

Dans le cas de Bickerstech, les choses se passèrent à peu près de la même manière, et la malade mourut, trois mois après la seconde opération, des progrès la maladie. Dans tous ces cas, l'anévrysme siégeait sur l'innominée ; mais, dans celui de M. Bickersteth, l'aorte était également affectée.

La seconde partie de la table contient huit cas, dont il faut à la vérité retrancher les deux premiers, comme ayant été opérés d'après le principe de l'opération de Brasdor, c'est-à-dire la ligature périphérique, sans laisser aucune branche entre le sac et la ligature.

Telle est, du moins, l'opinion qu'on se fait généralement du cas de Rossi, bien qu'il faille reconnaître que quelques descriptions en parlent comme d'une ligature de la troisième portion de la sous-clavière. C'est là une chose sans importance et qui offre peu d'intérêt, car l'opération se termina fatalement, et les renseignements qui nous ont été conservés sont si maigres, qu'ils sont sans aucune utilité pour la pratique.

Le cas de Hobart se termina aussi malheureusement par la mort, mais il est si intéressant que vous me permettrez d'y insister. «On supposa que c'était un anévrysme de l'innominée, et pour donner à la malade, qui était une jeune femme de vingt-cinq ans, une chance de guérison, on décida de faire la ligature périphérique. On fit une incision en V, dont l'une des branches était parallèle à chacun des vaisseaux, et le chirurgien put découvrir les artères sans difficulté. La sous-clavière fut liée entre l'innominée et l'origine de la première collatérale, et la carotide fut liée un pouce au-dessus de son origine. Le quatorzième jour après l'opération, la ligature de la sous-clavière tomba sans hémorrhagie et tout annonçait un résultat heureux, d'autant plus que les pulsations de la tumeur avaient complétement disparu. Le seizième jour, la malade, qui était d'un caractère violent, eut une querelle avec l'infirmière; elle s'élança hors de son lit, saisit un oreiller et quelques livres et les lui jeta. Dans ces efforts, il se produisit une hémorrhagie de la carotide, et la malade mourut peu de temps après. A l'autopsie, on constata que l'innominée était saine et la circulation n'y avait pas été interrompue, mais une tumeur pyriforme provenant de la crosse de l'aorte à gauche de l'innominée, avait dépassé et jusqu'à un certain point comprimait ce vaisseau. On vit qu'*une réunion parfaite avait eu lieu au point où la ligature avait été appliquée sur la sous-clavière*, mais on trouva une petite ouverture sur la carotide, par laquelle l'hémorrhagie avait eu lieu. La tumeur était remplie par un caillot résistant. La préparation est conservée dans le musée du collége de Cark.» (Flood, *On the arteries*, édité par Power. Dublin, 1860, p. 134.)

La préparation m'a été gracieusement confiée par M. Hobart, de Cork, neveu de l'opérateur. Fort malheureusement, la sous-clavière a été entièrement enlevée. Sous tous les autres rapports, la pièce justifie tous les détails de l'observation dont l'exactitude peut être attestée par des témoins oculaires encore vivants. Mais il eut été fort intéressant d'avoir sous les yeux une preuve palpable que la première portion de la sous-clavière est susceptible de réunion parfaite après avoir été divisée par une ligature, et que l'opinion généralement admise de l'inévitable fatalité de cette opération est incorrecte.

Comme ce sont les deux seuls cas qui aient été strictement opérés d'après le précepte de Brasdor, je puis admettre qu'il n'y a pas jusqu'à présent d'exemple de guérison d'anévrysme de l'innominée par cette opération; cependant, je n'ai pas le moindre doute que cette opération, si elle pouvait être faite sans accidents, ne puisse guérir la maladie.

Nous arrivons maintenant aux six cas dans lesquels la double ligature périphérique a été simultanément pratiquée d'après la méthode de Wardrop.

Le premier appartient à M. Heath, à l'esprit d'entreprise et à l'infatigable persévérance duquel la profession doit la réalisation du projet de Wardrop, qui, j'en suis certain, conduira à des progrès pratiques considérables dans le traitement des anévrysmes thoraciques.

L'opération n'a pas, jusqu'à présent, été constamment heureuse, mais dans le cas de M. Heath elle a été assez avantageuse pour qu'on soit encouragé à la renouveler. La préparation est conservée dans notre musée. Le cas est trop connu pour qu'il soit nécessaire de vous le lire en détail. Je crois qu'il est difficile de fournir une meilleure preuve du bénéfice pouvant résulter d'une opération que celle qui est fournie dans ce cas par la diminution de la dyspnée, la diminution du volume de la tumeur, au point qu'elle rentra dans la poitrine, laissant percevoir l'orifice qu'elle s'était ouvert dans la paroi thoracique, et enfin la prolongation de la vie pendant quatre ans entiers dans les circonstances les plus défavorables. Si la malade eut été calme, si elle eut observé après l'opération le régime qui lui avait été prescrit par M. Tufnell, il est possible qu'elle eût pu guérir; et sans la malheureuse administration d'un vomitif, il semble certain que l'accroissement fatal de la tumeur ne serait pas arrivé. Il ne faut pas oublier que, dans le cas de M. Heath, l'aorte seule était atteinte, le sac naissant de la crosse en avant de l'innominée et ayant son orifice tout près de ce vaisseau. L'amélioration doit être attribuée à la dérivation du courant sanguin dans la partie inférieure de la crosse, laissant ainsi du repos à la première por-

tion ou portion convexe du vaisseau. Mais il est clair que dans un anévrysme de l'innominée seule, tel que dans le cas de M. Fearn, l'effet serait bien plus direct et puissant.

Le quatrième cas, celui de M. Maunders, serait un des plus intéressants si l'observation avait été exacte et si la préparation avait été bien faite et bien conservée. La mort survint le sixième jour après l'opération, et il paraît qu'elle fut attribuée à ce que la coagulation du sang dans le sac s'étendit à l'aorte et l'obstrua. Cependant ce n'est pas ce que montre la préparation, car le caillot a été enlevé ou on l'a laissé tomber. Il est évident que ce fait aurait eu une grande importance au point de vue de la théorie de l'opération, si nous avions eu une preuve tangible qu'une coagulation aussi considérable pût se produire dans un sac aortique par la ligature périphérique.

Dans le cas de Sand, il n'y eut pas d'avantage marqué, bien qu'il sembla que la dyspnée avait diminué, mais il n'y eut pas non plus de résultat fâcheux. Le travail qu'a publié le docteur Sand dans le *New York medical Record* du 1er février 1869 est fort intéressant et mérite d'être lu. Dans ce cas également, comme me l'apprend une lettre que je viens de recevoir de M. Sand, l'affection était purement aortique. L'anévrysme prenait naissance au-devant de l'innominée et avait repoussé ce vaisseau à 4 pouces en arrière de la surface du corps, mais l'innominée elle-même n'était pas affectée. En somme, l'état des parties doit avoir ressemblé beaucoup à celui du malade de M. Heath.

MODIFICATIONS

SURVENUES DANS L'ÉTAT DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE PAR SUITE DE LA DISPARITION DE DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'INCITATIONS PÉRIPHÉRIQUES

Par le docteur LUYS.

M. Luys a présenté à la Société de biologie une série de cerveaux destinés à montrer les modifications qui surviennent dans les différents territoires de l'écorce cérébrale, lorsque certaines régions du système nerveux périphérique viennent à disparaître ou à cesser de fonctionner pour une cause ou une autre.

La première communication a pour objet la présentation du cerveau d'une amputée. La malade dont il est question a eu la jambe gauche amputée au tiers supérieur vingt ans avant sa mort, arrivée à l'âge de soixante-cinq ans.

A l'examen nécroscopique, on reconnut que le lobe droit était 0m,01 en longueur plus petit que le lobe gauche, et que, d'une autre part, une atrophie très-notable se faisait remarquer dans la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Celle-ci apparaît, en effet, sur la pièce présentée, très-manifestement amaigrie, et offre en arrière et en avant deux sillons de séparation très-notablement amplifiés. Cette atrophie de cette région spéciale de l'écorce cérébrale se révèle encore d'une façon bien nette en examinant le même lobe par sa face interne. On constate, en effet, au niveau du lobe paracentral une encoche bien nette avec résorption de substance nerveuse. Les autres territoires de l'écorce du même lobe ne présentent pas de modification très-notablement appréciable.

M. Luys fait encore remarquer, à propos des lésions d'origine périphérique qui se manifestent dans un lobe cérébral, que le lobe du côté opposé, précisément dans les points symétriques, présente des modifications apparentes concordant avec celles qui existent dans son congénère, mais à un moindre degré de développement. Ainsi, pour le cas en question, le processus atrophique qui s'était localisé principalement dans la frontale ascendante du côté gauche et les régions environnantes, a porté son action du côté opposé et s'est révélé par des manifestations atrophiques similaires. Et, chose remarquable, c'est par l'intermédiaire des fibres commissurantes que cette modification de tissu s'est produite. Sur la pièce qu'il présente, en effet, on voit que l'épaisseur du corps calleux (fibres commissurantes) est très-notablement amoindrie dans les régions qui correspondent à la frontale ascendante, si notablement diminuée de volume.

2° La seconde pièce est relative au cerveau d'une femme sourde, morte à soixante-quinze ans, et qui était sourde, paraît-il, depuis près de quarante ans.

Cette femme vivait parmi les pensionnaires de l'hospice et pourvoyait elle-même, comme toutes ses compagnes, à ses besoins journaliers ; elle allait, venait dans les cours sans aucune trace de paralysie. Elle était absolument sourde et n'entrait en aucune façon en communion avec ses semblables ; elle s'irritait souvent contre les personnes de son entourage, croyant qu'on lui adressait des injures ; et, après avoir fait deux fois par jour ses promenades dans la cour, elle rentrait, s'asseyait dans un coin, toujours le même, et s'absorbait dans la lecture de livres usuels. Entrée à l'infirmerie pour une maladie de poitrine, elle succomba très-rapidement.

L'autopsie de l'encéphale fit constater les particularités suivantes : 1° une atrophie bilatérale notable des racines acoustiques, dont les fibrilles sont très-délicates et grisâtres ; une atrophie similaire des fibrilles d'implantation des glosso-pharyngiens à droite et à gauche ; et, chose remarquable, la persistance notable, sous forme de tractus blanchâtre, de ces éléments nerveux décrits sous le nom de barbe du calamus. (L'examen intime du bulbe et des noyaux des hypoglosses sera ultérieurement indiqué). 2° L'examen du cerveau fit constater dans l'agencement des circonvolutions des particularités insolites se manifestant d'une façon symétrique dans le lobe gauche et dans le lobe droit.

Ces particularités consistaient surtout dans ce fait que les deux circonvolutions frontale et pariétale de chaque lobe, au lieu d'être isolées l'une de l'autre, et d'être séparées, comme cela a lieu ordinairement par toute la profondeur du sillon de Rolando, se trouvaient, au contraire, vers leur tiers supérieur anastomosées et reliées par un pont, véritable pli de passage, qui les faisait communiquer l'une avec l'autre.

Les deux pariétales étaient néanmoins toutes deux amaigries et les frontales, par compensation, relativement augmentées de volume. La frontale gauche était plus particulièrement interrompue dans sa continuité par une incisure.

La troisième circonvolution frontale gauche se présentait avec un caractère d'atrophie notable ; elle était quasi rudimentaire et privée des replis, qui la caractérisent si nettement dans les cas ordinaires ; elle était, en outre, séparée de la deuxième frontale par un sillon considérablement excavé. La deuxième et la première frontale dans le même lobe étaient également très-peu onduleuses. Les mêmes régions, étudiées dans le lobe droit, se présentaient avec des caractères identiques. M. Luys fait remarquer, en outre, que la circonvolution supplémentaire, dont il a entretenu précédemment la Société, n'existe nullement dans ce cerveau, et que les dispositions habituelles du pli courbe et du lobe occipital ne présentent pas de modifications bien notablement apparentes.

La troisième présentation, dans le même ordre d'idées, a pour objet le cerveau d'une femme amaurotique.

Il s'agit d'une femme âgée de soixante-six ans qui six ans avant sa mort, à la suite, disait-elle, d'excès de travaux de couture ayant nécessité qu'elle passât un grand nombre de nuits, perdit successivement l'œil droit et l'œil gauche, en même temps que des douleurs très-vives se manifestaient dans la région frontale. Cette femme fut emportée par une maladie aiguë sans qu'on ait pu faire l'examen ophthalmoscopique de ses yeux, et voici ce que fit constater l'étude de son cerveau. Les nerfs optiques étaient très-notablement atrophiés ; le droit était grisâtre ; les tubercules quadrijumeaux ainsi que les corps genouillés, également atrophiés. Il en était de même des couches optiques qui présentaient une teinte générale grisâtre sans que les noyaux se dessinassent d'une façon nette dans leur intérieur. Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, sauf quelques étranglements manifestes surtout à la région supérieure de chaque pariétale, se présentaient dans leurs rapports habituels. Mais où M. Luys constata des particularités remarquables, ce fut dans les circonvolutions frontales. En effet, la première et la deuxième frontale à environ deux centimètres au-dessus de leur

émergence du lobe sus-orbitaire présentaient des plaques ulcératives qui étaient constituées par un ramollissement très-notable de l'écorce en ces mêmes points. Elles étaient entourées d'un réseau vasculaire très-intense avec adhérence de la pie-mère aux tissus sous-jacents. M. Luys fait encore remarquer à propos de l'examen de ce cerveau, par comparaison avec celui de la sourde qui ne parlait pas, combien les troisièmes circonvolutions frontales sont nettement dessinées et abondamment pourvues de sinuosités, et signale encore la profondeur du sillon interpariétal dans chaque lobe et les irrégularités de contexture de chaque deuxième circonvolution temporale, qui est bosselée le long de sa continuité et comme fragmentée en tronçons successivement placés les uns au-devant des autres. Il ajoute que c'est actuellement là le troisième exemple qu'il rencontre de coïncidence de lésion frontale (ramollissement) avec altération de la vision.

La quatrième présentation est le cerveau d'une femme de vingt-huit ans, atteinte de rhumatisme chronique. Cette malade, qui avait commencé à subir les atteintes de son mal dans le courant de l'hiver de 1870, eut successivement toutes les jointures envahies, et, depuis trois ans, ses mouvements étaient devenus progressivement impossibles si bien que cette malheureuse, immobilisée dans son lit, ne pouvait plus faire aucun mouvement spontané, si ce n'est quelques vagues ébauches de motricité avec ses doigts. Les articulations de l'épaule, de l'avant-bras, des hanches et des genoux étaient littéralement ankylosées, et, dans les derniers temps, celles de la mâchoire inférieure étaient pareillement envahies. Cette malade succomba aux progrès d'une endocardite chronique. Il est à noter qu'elle n'était ni sourde ni aveugle et qu'elle n'avait présenté aucune manifestation de paralysie; son intelligence était intacte. Son cerveau, préparé suivant les procédés habituels, présenta les particularités suivantes : les circonvolutions frontales étaient très-richement pourvues de sinuosités multiples, mais la pariétale ascendante, surtout celle du côté gauche, présentait des déformations véritablement tout à fait imprévues, que M. Luys dit n'avoir pas encore rencontrées jusqu'ici. Ces déformations sont constituées par des renflements et des rétrécissements successifs le long de cette circonvolution, qui est ainsi tout à fait en dehors de sa configuration naturelle. La circonvolution similaire du lobe droit était bien moins troublée dans sa constitution.

Ainsi, en résumé, M. Luys fait remarquer que si la question des localisations cérébrales a fait ces derniers temps de très-notables progrès, il est néanmoins prudent de mettre une certaine réserve dans ses affirmations, attendu que les faits connus ne sont pas encore en assez grand nombre pour qu'on puisse se prononcer définitivement sur leur valeur. Les faits qu'il présente aujourd'hui sont comme les amorces de voies nouvelles à créer dans cette direction; ils sont destinés à montrer le parti que l'on peut tirer de l'étude de la suppression fonctionnelle de telle ou telle catégorie d'impressions sensorielles pour connaître quels sont les territoires de l'écorce qui peuvent, consécutivement, subir isolément la dégénérescence atrophique, et révéler ainsi leur signification physiologique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 juillet 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Modifications survenues dans l'écorce cérébrale par suite de la disparition de différentes catégories d'incitations périphériques. — M. Luys fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Altérations du sang consécutives à l'injection d'air dans les origines de la veine-porte. — M. Picard a étudié les altérations que l'on observe dans le sang à la suite de l'injection d'air dans la veine-porte ou de la ligature de cette veine. On sait que cette opération met le sujet en expérience dans les conditions d'une hémorrhagie. Or on constate habituellement, à la suite d'hémorrhagies, une augmentation de la fibrine dans le sang. Ici, au contraire, c'est une diminution de la fibrine que l'on constate, à la suite de l'expérience entreprise par M. Picard, et qui a pour résultat de s'opposer au passage du sang par la veine-porte à travers le foie. C'est donc à ce défaut de passage, à travers le foie, qu'il faut attribuer cette diminution de fibrine dans le sang.

M. Picard reviendra ultérieurement sur ces faits.

Appareil trachéen des insectes. — M. Künckel fait une communication sur le développement de l'appareil trachéen chez les insectes.

Paraplégie par mal de Pott. Pleurésie intercurrente. — Particularités intéressantes concernant la température. — M. Couty présente la moelle d'un malade mort dans le service de M. le professeur Villemin, au Val-de-Grâce, à la suite d'une paraplégie par mal de Pott.

A l'autopsie, on a constaté une destruction complète du sixième disque intra-vertébral, et une usure avec déviation angulaire des deux vertèbres correspondantes, sans abcès intra-vertébral, sans lésion macroscopique de la moelle ou des méninges, coïncidant avec des noyaux caséeux pulmonaires.

Les accidents paraplégiques n'ont duré que quatre mois, de février à juin. En mars, la sensibilité était déjà diminuée; en avril, les sensations caloriques sont seules perçues, et il y a des sensations associées; en mai, l'anesthésie est complète, mais elle cesse à la douzième, et non à la sixième paire dorsale.

La miction, gênée un mois après le début, est devenue involontaire au bout de deux mois : il y a eu des intervalles de distension et de contracture de la vessie.

En mai, l'urine, abondante, alcaline depuis quelques jours, très-chargée de phosphates ammoniacaux magnésiens et d'urate d'ammoniaque, redevient brusquement claire et acide, au moment où se produit une pleurésie hémorrhagique gauche ponctionnée, le 15 mai; et l'alcalinité des urines ne reparaît qu'aux derniers jours de la maladie. Pas de lésion des reins ou de la vessie; la sonde n'a pas été employée.

La paraplégie flaccide est complète le 20 mars; plus tard, se produisent des crampes, des contractures momentanées; enfin, en juin, contracture persistante.

Le volume de la cuisse a varié de 5 centimètres de mars en mai; la contractilité faradique des membres inférieurs a notablement diminué.

Enfin, il y a eu des troubles vaso-moteurs fort curieux, portant à la fois sur les membres supérieurs et inférieurs. On a constaté, au début, sur les extrémités, des sueurs assez abondantes, qui n'ont pas persisté; les membres inférieurs sont pâles; les mains et les avant-bras sont légèrement cyanosés, irrégulièrement violacés.

La température des pieds et des mains, variant de 21 à 30 degrés, a été de 6 à 8 degrés inférieure à la normale, jusqu'au moment où est survenue la fièvre, due d'abord à la pleurésie, ensuite à une thrombose de la veine iliaque gauche, plus tard à des eschares et inflammations diverses. Pendant la fièvre, la cyanose des mains a disparu; mais les extrémités sont restées relativement froides, et inférieures en moyenne de 2 degrés à la température axillaire; il n'y a pas eu chez ce malade cette égalisation presque complète des températures centrale et périphérique, que l'on observe constamment, comme M. Couty l'a montré récemment, sur les fébricitants normaux.

De plus, si on met en rapport les trois courbes thermométriques, axillaire, palmaire et plantaire, prises jour par jour sur ce malade, du 10 mai au 23 juin, on voit du 10 au 24 juin, la température axillaire s'élevant à 38 et 39 degrés, la température palmaire augmenter et varier entre 32 et 37° 5 ; au contraire, la température plantaire reste à peu près constante. Or, à ce moment la fièvre était due à la pleurésie gauche.

Plus tard, du 12 au 23 juin, par le fait d'inflammation et d'eschare de la cuisse et des parties postérieures, la fièvre devient assez violente, 39 et 40 degrés à l'aisselle; le pied, devenu plus chaud,

varie entre 33 et 40 degrés; au contraire, la main reste à son tour à peu près stationnaire.

On a donc, sur ce malade, ce fait curieux d'une lésion des parties supérieures de la plèvre, augmentant seulement la température des extrémités correspondantes, les mains; de même que plus tard, les pieds seuls deviendront plus chauds par le fait de lésions des parties inférieures; des observations semblables seraient d'un grand secours pour fixer le rôle thermique de la moelle et le mécanisme de la fièvre.

L'examen microscopique des pièces sera fait ultérieurement, et on verra si la compression de la moelle, dont l'existence est certaine, ne s'est pas compliquée de myélite centrale, comme pourraient peut-être le faire supposer quelques-uns des symptômes observés.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

III. — Programme des études de médecine et de chirurgie pour les élèves aspirant au titre de chirurgiens de ville et de chirurgiens de campagne. — Un certificat attestant que l'élève avait suivi les leçons du gymnase jusqu'à la quatrième classe; deux autres certificats, l'un d'un stage de trois ans chez un chirurgien praticien (*patronus chirurgiæ*); l'autre, constatant que l'élève avait une pratique suffisante des appareils et des bandages. Celui qui ne présentait pas ces pièces et qui entrait de suite dans une école ou dans une université (car la Faculté de médecine s'ouvrait immédiatement à ceux qui voulaient prendre ce degré) devait suivre à la fin de ses études un service hospitalier pendant plusieurs mois, avant d'être admis à se présenter au Rigorosum. Ces études avaient une durée de trois ans.

Pour la première et la seconde année, les mêmes matières que pour la maîtrise.

Dans la *troisième année* : pathologie spéciale, chirurgie spéciale, médecine légale, instruments et bandages, opérations, maladies des yeux, cliniques médicale et chirurgicale.

Toutes les leçons, pour ces divers degrés, se faisaient en langue allemande.

Les *chirurgiens de campagne* (degré correspondant alors aux chirurgiens de seconde classe en Prusse), subissaient aussi des Rigorosa sur l'anatomie, la chirurgie théorique et pratique, la médecine théorique et pratique, la médecine légale.

Comme on voit, la maîtrise et le patronat ès chirurgie n'étaient point des degrés dans la carrière médicale complète; c'était un ordre d'études et d'examens tout différents, en sorte que le maître en chirurgie, qui voulait devenir docteur, devait recommencer entièrement ses études.

Pour pouvoir pratiquer les accouchements, médecins et chirurgiens devaient encore subir un Rigorosum particulier. Dans ce but, ils étaient tenus de s'exercer à la pratique obstétricale pendant deux mois dans une clinique d'accouchements, qui existait d'ailleurs dans toutes les Facultés de médecine et les Écoles de chirurgie, où l'examen pouvait être aussi passé; ils étaient alors maîtres en accouchements, et ce titre s'ajoutait à celui de docteur en médecine et de chirurgie.

Quant à la *maîtrise d'oculistie,* les docteurs en médecine, les docteurs et les maîtres en chirurgie seuls étaient admis à s'y présenter, et le Rigorosum n'était soutenu que dans une université (1802-1872).

Nous ne ferons que mentionner les modifications de 1804, de 1810 et de 1833, lesquelles, ainsi que nous l'avons dit, eurent seulement pour but d'étendre les programmes des études sans modifier les dispositions générales et les désignations que nous avons indiquées et qui persistèrent jusqu'en 1872.

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 juillet.

Il faut arriver à l'année 1848 pour rencontrer des modifications plus importantes. Notre révolution française, en exaltant à cette époque les forces du libéralisme européen, eut en Autriche, et particulièrement à Vienne, le contre-coup que l'on sait. La chute du célèbre ministre qui personnifiait *l'ordre* en Autriche, comme l'Autriche personnifiait *l'ordre* en Europe, fit espérer pour l'instruction publique des jours meilleurs. Plusieurs décrets furent alors rendus, qui délivraient les universités autrichiennes de nombreuses entraves (30 sept. 1849, 1er oct. 1850) et leur donnaient des statuts vraiment libéraux, si on les compare à ceux qui étaient en vigueur auparavant, et à ceux des universités de l'Allemagne à cette date. Les étudiants étaient libres de choisir tel maître et de préférer telles leçons; ils n'étaient plus forcés de ne faire leurs études qu'en Autriche; sur les cinq années que duraient toujours les études médicales, ils pouvaient étudier seulement deux ans dans les universités autrichiennes; les trois autres années, ils avaient le droit de se rendre dans une université d'Allemagne. Les examens semestriels furent supprimés, ainsi que la thèse et la dispute qui précédaient la nomination du docteur; il est vrai que ces statuts prescrivaient une grande sévérité dans les examens, qui n'étaient passés qu'à la fin des études. Tous les examens furent rendus publics.

En 1851, quelques modifications furent apportées qui limitaient un peu la liberté des élèves; ils étaient astreints, en dehors des exercices pratiques, à suivre *dix heures* de leçons par semaine dans chaque semestre, et de plus, il fallait que ces leçons fussent des cours publics. A Prague (1858), nous voyons même que l'on n'admettait pas les étudiants dans les services de clinique; ils ne pouvaient présenter des certificats attestant qu'ils avaient suivi déjà les cours de chimie, d'anatomie, de physiologie, d'anatomie pathologique et de pharmacologie. Le collége des professeurs de Vienne, loin d'exiger ces certificats, préférait que les étudiants suivissent les cliniques sans rencontrer aucun obstacle, aucune formalité.

Depuis 1849, on avait assez vainement cherché à établir un ordre d'examens vraiment en rapport avec le programme des études. Beaucoup de projets avaient été faits, toujours discutés, et non appliqués. Ce ne fut qu'en 1872 qu'un nouvel ordre d'études, en rapport avec un nouveau plan de Rigorosa, fut arrêté et mis définitivement en pratique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 juin 1876 : M. Villemin, professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, a été nommé médecin principal de 1re classe; MM. Claudel, Lavigne et Costa ont été nommés médecins principaux de 2e classe; MM. Jourdan, Broussais, Didion, Ollier de Vergèze, Tardy, Bontemps, Boutonnier, Haro, Baudon, ont été nommés médecins-majors de 1re classe.

— M. Wallon, doyen de la Faculté des lettres de Paris, vient d'être nommé membre du conseil supérieur de l'instruction publique en remplacement de M. Patin, décédé.

— *Cours libre de l'École pratique.* — M. le docteur Migon reprendra son cours d'accouchement à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, le mardi 11 juillet 1876, à huit heures du soir, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il fera l'histoire complète de l'accouchement prématuré et de l'avortement provoqué.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1268 pages, chez Ve A. Delahaye et Ce. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Depaul a renouvelé devant l'Académie sa démonstration expérimentale, qui, en ce qui touche la possibilité d'un bruit de souffle assez intense dans les artères de l'utérus, est sans contredit très-probante.

Nous n'avons conservé de doute que sur un seul point, celui de savoir si un bruit de souffle produit par une pression exercée sur une artère extra-utérine devrait forcément se distinguer du souffle utérin par le présence de pulsations concomitantes.

Dans les expériences qui ont été faites par M. Depaul, sur son appareil en caoutchouc, à très-petits tubes, nous ne sommes pas parvenus à percevoir une différence de ce genre entre le souffle déterminé par une pression exercée sur un point de tube principal, et celui qui se faisait entendre sans aucune pression au niveau de la bifurcation de ce tube.

En effet, pour qu'un choc pulsatil soit senti, alors qu'un corps extérieur diminue sur un point le calibre d'un tube, il faut que ce corps soit soulevé par l'abord de l'ondée liquide.

La pression intra-vasculaire qui représente cette ondée se transforme alors en une force directement proportionnelle à l'étendue de la surface. Si le calibre est très-petit, la circonférence étant très-petite, l'impulsion donnée sera très-faible, et le corps étranger, s'il est un peu pesant, n'en sera pas soulevé. Il n'y aura donc pas transmission d'un choc pulsatil, alors que les ondées sonores du bruit de souffle concomitant pourront se transmettre à merveille.

C'est une question de proportion entre trois termes : 1° la force d'impulsion ; 2° le calibre du tube déprimé ; 3° inversement, le poids du corps extérieur qui déprime.

Les deux premiers termes concourent pour produire la force active : la troisième est la résistance. Si cette dernière l'emporte, il est bien évident qu'aucun mouvement ne sera perçu.

Or, vers la fin de la grossesse, le globe utérin est très-lourd; il est si lourd que s'il appuyait directement de tout son poids sur une artère de moyen calibre, il l'écraserait, sans doute, au point d'y intercepter le cours du sang.

Qu'arriverait-il donc s'il n'y porte qu'obliquement, indirectement, de manière à la déprimer légèrement, sans l'écraser? Il ne pourrait être soulevé par l'expansion de cette artère; on ne sentirait donc aucun choc; mais on entendrait un bruit de souffle, car la transmission d'un tel bruit ne dépend nullement du poids.

On voit que la question reste assez délicate après les très-belles expériences de M. Depaul.

Deux explications sont possibles : deux espèces de bruit de souffle sont admissibles en théorie ; mais, en pratique, on ne voit pas encore par quoi l'on pourrait discerner l'une de ces espèces de l'autre, avec complète certitude.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

De l'érythème (1).

(Leçon recueillie par M. E. Goetz, interne de service.)

II

Diagnostic. — Comme dans toutes les maladies de la peau, le diagnostic de l'érythème comprend deux points : 1° le différencier des affections qui pourraient être confondues avec lui; 2° établir sa nature.

I. *Diagnostic du genre.* — 1° Une affection avec laquelle l'érythème offre certaines analogies d'apparence est l'*érysipèle*. On y retrouve, en effet, la coloration rouge de l'érythème, disparaissant sous la pression du doigt ; mais cette rougeur, au lieu d'être diffuse, s'arrête nettement et tranche sur les parties saines non-seulement par la différence de couleur, qui est violacée, mais encore par une légère élévation de la peau, par un véritable bourrelet, qu'on ne trouvera jamais dans l'érythème. En outre, les parties malades sont le siége d'une sensation de tension bien plus douloureuse que dans l'érythème, et presque toujours on pourra constater l'existence d'adénites multiples. A ces caractères physiques, déjà bien suffisants pour différencier les deux affections, on peut ajouter les signes fournis par l'état général.

L'érythème, avons-nous dit, est apyrétique dans la plupart des cas, tandis que, dans l'érysipèle, il y a toujours un ou plusieurs frissons suivis d'une élévation notable de la température, des symptômes gastro-intestinaux, anorexie, vomissements, constipation, état saburral de la langue; chez certains

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 juillet.

sujets, du délire, de l'ataxie, ou un véritable état adynamique, comme dans la fièvre typhoïde. Tous ces signes, que nous ne pouvons que rappeler, suffiront pour différencier les deux affections à leur période d'état. Une fois la rougeur passée, on n'observera que dans l'érysipèle une desquamation en larges plaques bien différentes des lamelles furfuracées, qui n'existent pas même toujours dans l'érythème. Enfin l'érysipèle seul, dans ses formes phlycténoïdes, phlegmoneuses, œdémateuses, gangréneuses, pourra donner lieu à des ulcérations, à des eschares de la peau ou à des phlegmons.

2° Le diagnostic avec la *rougeole* se basera sur l'aspect des taches, qui sont déchiquetées, plus disséminées, plus généralisées que dans l'érythème; en outre, la coexistence de la bronchite du catarrhe nasal et oculaire avec l'éruption, les crachats nummulaires, la tuberculisation possible, sont des caractères qui appartiennent en propre à la rougeole.

3° La *scarlatine* a aussi ses grands traits, qui permettront de la reconnaître. Son angine du début, la brièveté de ses prodromes, l'élévation énorme de la température au moment de l'éruption, l'albuminurie qui l'accompagne presque toujours, et enfin la desquamation par lambeaux épidermiques étendus, suffiront pour éviter une erreur.

4° Avec la *roséole*, le diagnostic pourra être plus difficile. En effet, cette éruption saisonnière caractérisée par l'apparition de petites taches érythémateuses, sans réaction générale, sans fièvre, sans malaise, en imposera quelquefois. On peut cependant lui assigner comme caractères généraux : la fugacité de l'éruption, qui ne dure ordinairement que quelques jours, et sa généralisation plus grande que dans l'érythème.

5° Wilson appelait eczéma muqueux l'érythème intertrigo accompagné de sécrétion purulente. Cette dénomination est des plus défectueuses; elle implique une ignorance absolue de la façon dont se produisent les exsudats dans les deux affections. Dans l'*eczéma*, la sécrétion se fait dans de petites vésicules, qui se crèvent ou dans lesquelles le liquide se concrète; de là des croûtes. Dans l'intertrigo, il n'y a jamais de croûtes; le liquide s'exhale et s'évapore, comme la sueur, sans laisser de traces. En outre, l'intertrigo guérit ordinairement très-vite par des moyens simples, tandis que l'on voit l'eczéma procéder par poussées et résister souvent aux traitements les mieux entendus.

6° La *lymphangite*, surtout dans sa forme dite réticulaire, donne à la peau une coloration rosée, qui pourrait être prise pour un érythème. Mais en y regardant d'un peu plus près, au besoin en s'aidant d'une loupe, on reconnaîtra la disposition arborescente des lymphatiques enflammées. En outre, l'adénite est constante.

7° L'*urticaire* offre, avec certains érythèmes, un rapport de cause qui pourra induire en erreur sur le genre de la maladie; l'éruption des papules rosées, blanches au centre, succède, en effet, très-souvent à l'ingestion des mêmes aliments qui, chez d'autres individus, produisent des érythèmes artificiels mentionnés plus haut. Rappelons, comme signe distinctif, que l'érythème est absolument indolore, tandis que l'urticaire, comme son nom l'indique, est constamment accompagnée d'une sensation de démangeaison très-désagréable, d'une urtication véritable. Les lésions sont, en outre, beaucoup plus fugaces, disparaissent souvent en quelques heures.

8° Le *purpura* a pour lui un signe si caractéristique, qu'il suffit à lui seul pour établir le diagnostic différentiel des deux affections; ses taches violacées, produites par l'extravasation sanguine, ne disparaissent pas à la pression du doigt.

9° Enfin, il est une maladie très-rare de notre temps et dans nos climats, dont les lésions cutanées pouvaient être prises pour de l'érythème, nous voulons parler de la *lèpre*. Les taches, au lieu d'être rouges ou rosées, sont cuivrées, fines, recouvertes d'une desquamation légère et ne disparaissent pas à la pression. En outre, on constate à leur niveau un signe qui manque absolument dans toutes les affections que nous avons mentionnées, c'est l'anesthésie complète de la peau.

II. *Diagnostic de la nature de l'érythème.* — On comprend facilement toute l'importance de cette partie du diagnostic; ce n'est pas tout que d'avoir établi la lésion, il faut savoir, si l'on veut faire un traitement rationnel, sous quelle influence elle s'est développée. Aussi, faut-il avoir présente à l'esprit l'étiologie complète des érythèmes, et nous ne saurions que répéter ce que nous avons dit à ce sujet. C'est en se basant sur le siége, sur le mode d'apparition, sur les antécédents, que l'on reconnaîtra les érythèmes de cause externe, professionnels ou artificiels; en constatant les troubles généraux, la fièvre, l'état des organes digestifs, que l'on reconnaîtra les érythèmes produits sous l'influence d'excès de table ou de troubles gastriques; en interrogeant avec soin les antécédents du malade, que l'on établira la nature scrofuleuse, syphilitique ou herpétique de l'érythème.

Il en est de même pour le pronostic, dont la gravité repose tout entière sur la connaissance exacte de la cause et des symptômes concomitants. Les érythèmes de cause externe, liés à un trouble gastrique, ou accompagnant les fièvres éruptives exemptes de complications, sont ordinairement peu graves en tant que lésions de la peau, et disparaissent sans laisser de traces.

Il n'en est pas de même des *érythèmes læve* et *paratrime* qui, survenant chez un individu déjà débilité par une longue maladie organique ou à la suite d'une fièvre grave, indiquent un état de dénutrition déjà avancé, et peuvent être suivis d'ulcérations de la peau de très-mauvaise nature.

Enfin, de tous les érythèmes, les plus sérieux soit comme lésion cutanée, soit surtout comme symptômes d'un état constitutionnel grave, sont ceux que l'on observe dans la scrofule, la syphilis et la pellagre.

Traitement. — Il est impossible de donner un aperçu général de la thérapeutique de l'érythème; elle varie avec sa nature, et nous nous bornerons à indiquer les moyens de combattre ceux que l'on rencontre le plus souvent.

Les érythèmes artificiels cesseront d'eux-mêmes, si l'on supprime la cause externe qui les a produits; cela va de soi.

L'intertrigo est souvent plus rebelle. Outre le repos absolu de la partie malade et la recommandation des soins de la plus excessive propreté, on se trouvera bien de l'application de poudres desséchantes et isolantes, amidon, lycopode, bismuth, entre les parties enflammées. Si cela ne suffit pas, lotions émollientes, bains, cataplasmes de fécule; si, enfin, l'affection résiste à ces moyens palliatifs, modification de la peau par des liquides astringents, solution alumineuse, eau blanche, perchlorure de fer très-étendu.

L'érythème paratrime sera combattu par des frictions avec des liqueurs alcooliques, des poudres de quinquina, de tannin, des onguents excitants. Bien entendu, le traitement général, tonique et reconstituant, devra marcher de pair avec la tonification locale de la peau.

L'érythème pernio, les engelures, doivent être soignés par des moyens analogues; en effet, sous l'influence du froid prolongé, la peau a perdu sa vitalité; aussi, parmi les nombreux remèdes qui ont été proposés, ceux qui réussissent le mieux ce sont les frictions avec des alcoolats plus ou moins excitants,

alcool camphré, baume de Fioraventi, vin aromatique; l'eau froide et les frictions avec la neige agissent dans le même sens, en tonifiant la peau.

Dans les érythèmes symptomatiques d'une digestion imparfaite ou d'une irritation de l'estomac, un vomitif fera cesser tous les accidents, et l'éruption disparaîtra sans traitement local.

Les érythèmes syphilitiques ne réclament également aucune intervention locale; ils pâlissent et disparaissent dès que, sous l'influence du spécifique par excellence, le mercure ou l'iodure de potassium, l'état général a été modifié.

Il n'en est pas de même des érythèmes scrofuleux; non-seulement on leur opposera un traitement général, dans lequel on prescrira les amers, l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, mais encore un traitement local, qui aura pour but de provoquer une inflammation substitutive de la peau sur les points malades. Vous me voyez employer la teinture d'iode en applications répétées, ou mieux encore, la pommade que nous formulons ainsi :

Axonge. . . . . 20 grammes.
Biodure de mercure. . . . 5, 10 ou 20 —

Nous étendons une mince couche de cette pommade sur la partie érythémateuse. Le lendemain, elle a produit une éruption artificielle comparable à l'impétigo, que nous traitons ensuite par les émollients; plusieurs applications successives de ce topique sont ordinairement nécessaires pour remplacer la surface érythémateuse par une peau blanche, lisse et très-fine.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Dans le cas récent de M. James Lane, la tumeur s'étendait tellement haut dans le cou, qu'il n'y a pas de doute que l'innominée ne fut impliquée, quoi qu'il ait été impossible de s'assurer si l'aorte était oui ou non également affectée. Cependant le malade mourut quelques jours après être sorti de l'hôpital, la tumeur ayant continué de s'accroître et s'étant ouverte à l'extérieur. Comme on ne put pas faire l'autopsie, la valeur de ce cas pour l'étude que nous poursuivons est considérablement diminuée. Mais il ne faut pas oublier de noter que, dans ce cas, l'opération cependant, autant qu'on en peut juger par l'observation, s'est montrée tout à fait impuissante à arrêter les progrès de la tumeur. Je suppose que, malgré la situation élevée de la tumeur dans le cou, qui faisait croire que c'était un anévrysme de l'innominée, elle avait réellement son origine sur l'aorte.

Le cas de M. Durham est également incomplet, car la malade mourut le sixième jour après l'opération, sans doute par suite du choc traumatique. On ne trouva aucune lésion pour expliquer la mort. La tumeur était très-volumineuse et elle s'étendait tellement haut dans le cou que la carotide n'était accessible qu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Cependant, l'innominée était la seule artère affectée par l'anévrysme, malgré que le sac se soit développé à une aussi grande distance le long de la carotide; mais l'orifice d'origine de l'innominée était très-dilaté. En appliquant les ligatures, on remarqua que la ligature de la sous-clavière, qui fut liée la première, fut suivie d'une grande diminution dans l'intensité de l'amplitude des pulsations; celle de la carotide n'amena aucune modification. Pendant le peu de temps que le malade survécut, on remarqua que l'anévrysme était devenu plus petit et plus dur.

Le cas que j'ai opéré était fort intéressant sous plusieurs rapports; je me bornerai à donner à un court aperçu de ses traits principaux d'après l'excellente observation qui a été rédigée par M. Stirling, mon chef de clinique.

Le malade était un homme de cinquante ans envoyé dans mon service à Saint-George's Hospital par M. Wadham. La tumeur était en grande partie située derrière la première pièce du sternum, et elle s'étendait aussi à une petite distance au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Il n'y avait pas à hésiter sur sa nature anévrysmale; mais il n'y avait pas de bruit ni de différence sensible entre les pulsations des artères du côté gauche et du côté droit, car bien que le doigt semblait percevoir une certaine différence dans le pouls radial, le sphygmographe n'accusait pas cette différence. Le traitement interne par le repos absolu, régime léger sans stimulants, fut soigneusement suivi depuis le 28 avril, jour de l'admission jusqu'au 1er novembre.

L'amélioration temporaire qui se produit toujours au commencement de ce traitement, quand le pouls devient lent et régulier, disparut bientôt. On essaya d'arrêter les progrès de la tumeur en faisant, dans son voisinage, des injections d'ergotine, d'après le conseil de Langenbeck, par l'acétate de plomb longtemps continué jusqu'à l'apparition des symptômes caractéristiques, par des applications locales froides et par la compression; mais il devint évident que l'anévrysme s'étendait lentement à travers les parois thoraciques. Il fut donc reconnu que l'opération de la ligature périphérique était justifiée, et je fis remarquer à mes collègues qu'en comprimant fortement la sous-clavière de la carotide, il se produisait une remarquable diminution dans la force des pulsations, et que, en expérimentant l'effet de la compression de chaque artère isolément, l'effet était beaucoup plus grand quand la sous-clavière était comprimée que quand c'était la carotide. Si l'on eut observé le contraire, j'aurais recommandé la ligature de la carotide seulement; mais comme je n'ai aucune confiance dans la ligature de la troisième portion de la sous-clavière pour cette affection, et que cependant l'arrêt de la circulation dans ce vaisseau faisait cesser les pulsations de la tumeur, je proposai la ligature simultanée des deux artères. Elle fut faite le 16 novembre, les deux vaisseaux ayant été solidement serrés avec une forte ligature en boyau de chat phéniqué, les bouts coupés au ras du nœud. Je m'étais préalablement assuré, sur le cadavre, que cette ligature fortement serrée sur la sous-clavière avait divisé ses deux tuniques internes. Dans chaque opération, il fallut lier quelques petits vaisseaux superficiels, et l'on s'aperçut plus tard que, par inadvertance, on avait employé à cet effet de la soie dans la plaie faite pour la ligature de la sous-clavière, et peut-être aussi dans celle de la carotide. Les plaies furent réunies par une suture en surjet, au boyau de chat phéniqué, et pansées d'après la méthode de Lister.

Cependant le malade fut inquiet, il eut du délire pendant la nuit; et, le lendemain, les pansements avaient été dérangés, de sorte qu'il fallut renoncer à la méthode antiseptique. La plaie de la carotide donna un peu de suppuration, mais elle était définitivement cicatrisée le treizième jour. La plaie de la sous-clavière se réduisit en peu de temps à l'état d'une fistule de peu de longueur, et demeura ainsi jusqu'à la mort du malade. Un jour ou deux avant sa mort, l'apparition de l'une des liga-

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 juillet.

tures de soie révéla la cause de cette transformation fistuleuse de la plaie, et après la mort, on trouva un autre nœud de soie qui était libre et situé immédiatement au-dessous du petit orifice. La tumeur avait présenté d'abord une légère diminution dans les pulsations, mais elle revint bientôt à ce qu'elle était avant l'opération, et il était évident que la ligature n'avait été suivie d'aucun effet curatif. Dans les derniers jours de l'année, elle fit de rapides progrès, il survint de la dyspnée, et la peau s'amincit et prit une teinte livide.

La rupture devenant imminente, on se décida à essayer la galvano-puncture. On introduisit quatre aiguilles parallèles les unes aux autres et distantes de 1 pouce environ. Le docteur Althaus appliqua un courant provenant d'une batterie de Smee de 10 à 25 éléments disposés d'après le système de Foucaux. Le pôle positif fut d'abord appliqué à chaque aiguille, le pôle négatif étant en premier lieu appliqué sur la peau; puis le pôle positif fut appliqué à l'aiguille suivante, le pôle négatif étant appliqué à la première, et ainsi de suite toutes les cinq minutes. La séance entière dura vingt-cinq minutes. Le malade souffrait beaucoup, surtout au moment où l'on changeait les pôles de place. Le sang artériel s'échappa librement par les piqûres au moment où on retira les aiguilles, mais à l'aide de la compression, on put réprimer aussitôt cette hémorrhagie. Pendant les deux premiers jours, la tumeur diminua de volume, mais ensuite elle recommença à s'accroître, et les pulsations augmentèrent également; la rougeur et l'œdème s'étendirent dans toutes les directions, et le malade mourut le 10 janvier, à neuf heures du matin. La nuit précédente, voyant que la peau était blanchâtre et molle, et craignant qu'il n'y eût de la suppuration dans la tumeur, j'y avais fait une ponction profonde avec un bistouri étroit. Il ne sortit de la ponction qu'un peu d'écume sanglante et de gaz.

A l'autopsie, on trouva tout le tissu cellulaire dans le voisinage de la tumeur chargé de lymphe et très-induré. Cette inflammation diffuse s'étendait tout le long du cou, rendant la dissection fort difficile. Le sac anévrysmal comprimait tout le tronc de l'innominée et s'ouvrait dans l'aorte par un large orifice. Il était à peu près rempli de caillots sanguins, adhérant solidement aux parois du sac, mais ne présentant pas la moindre trace de stratification concentrique.

L'aorte était fort dilatée et très-athéromateuse. Le cœur était sain. Les artères naissant sur la tumeur paraissaient saines; leur continuité n'était pas interrompue au niveau des ligatures. Sur la carotide, entre elle et la veine, il y avait une masse, ressemblant à une petite glande, qui comprimait l'artère. Après l'avoir ouverte, on constata que son calibre n'était interrompu que par un caillot en plaque en partie décoloré; une rainure transversale marquait la place de la ligature, et en dessous, entre la ligature et le cœur, à une distance de 1/8 de pouce environ, il y avait deux petites ouvertures dans la tunique interne. L'une ne traversait pas la paroi du vaisseau; l'autre conduisait dans la masse mentionnée plus haut, qui consistait en tissu cellulaire et en débris de caillots au milieu desquels on ne trouva pas traces de la ligature, pas plus qu'ailleurs, du reste, si minutieuses qu'aient été les recherches.

Sur la sous-clavière il ne restait non plus aucun vestige de la ligature. La continuité de cette artère n'était pas interrompue au point où le fil avait été placé, mais elle était entièrement close par un diaphragme de moins d'un quart de pouce d'épaisseur.

Ce cas me semble conduire aux conclusions suivantes : que la double ligature périphérique n'amène pas la solidification d'un anévrysme de l'innominée s'il est en partie aortique, c'est-à-dire s'il s'ouvre dans l'aorte par un orifice très-dilaté. Que la galvano-puncture peut être employée dans ces circonstances, et qu'elle a pour effet de produire une solidification considérable; mais que si cette solidification est rapide, il y a lieu de craindre l'inflammation. Que les artères peuvent être liées avec la même sécurité en employant le boyau de chat phéniqué qu'en employant le fil de soie. Que ces ligatures se fondent dans la plaie et ne sont pas éliminées. Qu'une artère ainsi liée peut conserver sa continuité et que sa lumière est oblitérée au niveau de la ligature, et qu'ainsi on est à l'abri du danger d'une hémorrhagie secondaire après la ligature.

OBSTÉTRIQUE

De quelques difficultés d'accouchement inhérentes à la présentation du siége et de l'emploi du crochet mousse (1).

par M. Bailly, agrégé libre.

II

Il ressort clairement des deux observations précédentes que le temps d'engagement ou de descente du fœtus rencontre parfois d'invincibles obstacles dans la présentation du siége. Chez la seconde femme, cet engagement fait encore défaut trente-sept heures après le début du travail, et huit heures après la dilatation complète du col et l'écoulement des eaux. La première souffre jusqu'à ce que mort s'en suive, et sans que ses efforts aient opéré ce second temps du travail. Et cependant chez toutes deux le bassin était régulièrement conformé : l'indigente de la rue Tirechape avait eu plusieurs couches naturelles, et je me suis assuré que chez la cliente du docteur Frémineau le pelvis avait une ampleur normale.

D'où vient donc ici l'obstacle à l'engagement régulier de la partie fœtale, qui s'effectue si aisément et souvent longtemps avant tout travail quand l'enfant se présente par le sommet? Il n'est pas facile de s'en rendre compte exactement dans la plupart des cas, et les causes mentionnées par les auteurs pour expliquer cette élévation persistante du siége sont plutôt supposées que démontrées; en dehors toutefois des vices de conformation du bassin, que je laisse de côté à dessein. Ainsi, on a invoqué le volume considérable de l'extrémité pelvienne, dépendant d'un pelotonnement imparfait de ses éléments; le croisement d'un des membres inférieurs au-dessous de son congénère; une déflexion incomplète des jambes, qui s'arc-boutent contre la paroi utérine ou contre la paroi pelvienne, genre d'obstacle auquel Lachapelle ne croit guère; l'obliquité de la matrice et de l'enfant ou celle du siége seul, qu'elle admet volontiers et à laquelle elle fait jouer un rôle important dans la production de l'anomalie dont je m'occupe. Tout en admettant l'influence possible de ces diverses circonstances, qui paraissent d'ailleurs avoir été positivement constatées quelquefois, je crois qu'on doit surtout attribuer le défaut d'engagement du siége, dans la majorité des cas, à la réunion des trois éléments suivants :

1° L'inertie de la matrice spéciale à la présentation du siége, qu'on observe surtout dans la première période de l'accouchement et que caractérisent la rareté et la faiblesse des contractions utérines, leurs suspensions momentanées, et l'irrégularité du travail, dont la durée est généralement double ou triple de celle de l'accouchement par le crâne; inertie sur laquelle M. le professeur Depaul ne cesse d'appeler l'attention de ses élèves, et qui me paraît trouver son explication dans la diffi-

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er juillet.

culté que la partie fœtale éprouve, en raison de sa forme, à presser sur le col utérin, et à réveiller par cette excitation les contractions sympathiques du corps de l'organe.

2° La forme irrégulière et le volume intra-utérin de l'extrémité pelvienne, dont les diverses parties ne sont pas encore rassemblées, et qui, pour ce motif, ne se prête pas, comme le crâne, à un mouvement facile d'engagement dans le bassin maternel. Aussi, tandis qu'il est commun de voir l'extrémité céphalique descendre dans l'excavation dès la fin du huitième mois de la grossesse, surtout chez la primipare, le même mouvement de descente, avant le travail, est-il extrêmement rare quand il s'agit du siége. Je ne l'ai observé qu'une seule fois dans un espace de quinze années.

3° Peut-être aussi les conditions défavorables suivant lesquelles l'impulsion utérine se trouve transmise au siége tant que celui-ci se trouve mobile dans le grand bassin. L'effort vertical de la matrice agit alors difficilement sur l'extrémité pelvienne, mal soutenue, du fœtus, et celle-ci échappe, en se déplaçant, à la pression que lui transmet la colonne vertébrale. Cet effort devient certainement plus efficace lorsque l'extrémité fœtale, maintenue par un premier degré d'engagement, ne peut plus se soustraire à l'impulsion du rachis.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, que je ne propose qu'à titre d'hypothèse probable, des faits nombreux établissent, et les deux observations précédentes en sont une nouvelle preuve, que, chez des femmes régulièrement conformées d'ailleurs, l'extrémité pelvienne de l'enfant ne parvient pas toujours à effectuer son mouvement de descente; qu'elle se trouve parfois retenue sur le détroit supérieur ou dans l'excavation, d'où un arrêt définitif du travail, et l'obligation pour le chirurgien de terminer artificiellement l'accouchement.

Par quel moyen remédier à cette imperfection du travail, compléter le mouvement d'abaissement du fœtus et en opérer l'extraction, c'est une question de pratique importante et pleine d'intérêt que j'aborderai dans un instant, après avoir donné l'observation d'une autre anomalie, celle qui affecte le temps de rotation intérieure du siége.

Obs. III. — *Présentation du siége. — Arrêt de travail. — Extraction du fœtus au moyen du crochet angulaire. — Contusion de l'aine. — Suites de couches naturelles.*

Mme M..., trente-deux ans, arrivée au terme de sa seconde grossesse, commence à souffrir pour accoucher, le mardi 16 juillet 1872, vers la fin de la nuit. Elle perd les eaux ce même jour, à dix heures du matin, la dilatation du col étant fort incomplète. A deux heures de l'après-midi, le travail s'accentue sans être encore bien actif. A sept heures du soir, le col est plus ouvert, mais la partie fœtale, encore élevée, ne présente pas les caractères du crâne. Je crois à la présence du siége, idée que confirme le palper abdominal, qui permet de sentir une tumeur volumineuse, mobile, dure, dans l'hypochondre droit. Les pulsations cardiaques du fœtus sont perçues au-dessus de l'ombilic et à gauche. Les douleurs sont rapprochées, courtes, et ne présentent pas le caractère expulsif. — Le 17 juillet, à dix heures du matin, la dilatation est complète; il s'agit bien d'une présentation du siége, en position sacro-iliaque gauche antérieure. Le siége s'abaisse lentement sur le plancher du bassin et y reste. A neuf heures du soir, la partie fœtale restant au même point, je fais placer la parturiente transversalement sur son lit, et glissant le crochet angulaire de mon forceps derrière la cavité cotyloïde droite de la mère, je saisis l'aine gauche du fœtus, en ayant soin d'appuyer sur l'extrémité du crochet mon doigt indicateur gauche, glissé entre les cuisses pour les protéger. J'attire ainsi le siége à la vulve, et substitue au crochet les indicateurs recourbés sur chaque aine. Je dégage le siége, puis le reste de l'enfant (garçon), qui naît bien vivant. Délivrance naturelle au bout de trente minutes.

Malgré la précaution de contenir la pointe du crochet, l'enfant présente une excoriation de l'aine gauche. Cette blessure est légère et guérit promptement, ne laissant subsister aucune gêne des mouvements du membre. Suites de couches naturelles.

On saisit sans peine les différences qui séparent ce dernier fait des précédents. Dans ceux-là, c'est l'engagement qui fait défaut; la partie fœtale s'est trouvée arrêtée sur l'orifice supérieur du bassin ou dans le haut de l'excavation. Ici, au contraire, le travail est plus avancé, et le siége de l'enfant est descendu jusque sur le plancher du bassin; mais, parvenu en ce point, il a conservé sa direction diagonale au lieu de tourner sur lui-même et d'engager la hanche antérieure dans l'arcade des pubis, — évolution indispensable, ai-je dit, aux progrès ultérieurs et à la terminaison naturelle du travail. En effet, le fœtus, à moins d'être petit, ne peut aisément franchir le détroit inférieur dans la direction oblique qu'il affecte à la fin de son mouvement de descente, son diamètre bitrochantérien offrant ordinairement plus d'étendue que les diamètres obliques du détroit périnéal. Il faut donc que, parvenu en ce point du canal pelvien, ses rapports avec le bassin de la mère se modifient, et que ce même diamètre bitrochantérien vienne coïncider avec le diamètre antéro-postérieur, plus étendu, de l'ouverture inférieure du bassin maternel, faute de quoi la progression du fœtus se trouve encore arrêtée.

La faiblesse des contractions utérines paraît avoir été ici la cause principale de cette anomalie du troisième temps du travail, mais le mode de présentation de l'enfant n'y a pas sans doute été étranger. La forme irrégulière de l'extrémité pelvienne, qui s'oppose parfois à son mouvement de descente, doit aussi gêner celui de rotation. Le siége n'est ni aussi régulièrement arrondi, ni aussi bien adapté à la forme du bassin que ne l'est la tête, et son mouvement de pivot ne peut s'accomplir non plus avec la même facilité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. Combes, officier de santé à Gorre (Maine-et-Loire), relative à une épidémie d'angine diphthéritique observée dans cette commune durant les années 1874-1875.

2° Une lettre de M. le docteur Peter, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie interne.

3° Une lettre de M. Gourdon, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, qui sollicite le titre de membre correspondant dans la section de médecine vétérinaire.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Jules Guérin, à propos du procès-verbal, rappelle les observations qu'il a faites précédemment à l'Académie sur le pansement ouaté et son mode d'action. Il ne croit pas qu'il s'agisse d'une filtration de l'air, comme dans l'expérience de M. Pasteur; il fait remarquer à ce sujet :

1° Que le plastron du pansement ouaté ne se présente nullement dans les conditions de l'espace confiné du cylindre de M. Pasteur. En effet, il est presque immédiatement doublé à sa surface interne d'une couche de matières plastiques fournie par la plaie, et le retrait des surfaces qu'il recouvre empêche la coaptation hermétique.

2° Que l'air libre, qui enveloppe de toutes parts le pansement ouaté, n'est soumis à aucune pression, telle que l'insufflation employée pour faire traverser la ouate du cylindre.

M. Guérin fait donc rentrer le pansement ouaté dans les procédés généraux d'occlusion, dont il a donné le principe; et, comme démons-

tration, il cite les résultats obtenus par M. Ollier lorsque la ouate était revêtue, sur sa surface interne, de silicate de potasse, résultats pleinement comparables à ceux du pansement ouaté ordinaire.

DISCUSSION SUR LE BRUIT DE SOUFFLE DE LA GROSSESSE

M. DEPAUL renouvelle devant l'Académie la démonstration qu'il avait donnée la semaine dernière après la séance.

Il rappelle la distinction fondamentale suivant lui, qu'il importe de faire entre les bruits de souffle particuliers à la grossesse, et ceux qui sont dus à une pression exercée sur une artère de certain calibre. Le dernier genre de souffle s'accompagne toujours de pulsation; l'autre, au contraire, est toujours un souffle sans pulsation.

M. BOUILLAUD n'accepte pas cette distinction. Il n'a jamais donné au souffle de la grossesse le nom de *pulsation avec souffle*; il s'est simplement attaché à démontrer son identité avec le souffle que l'on produit par la compression d'une artère.

M. DEPAUL soutient que la compression d'une artère a pour résultat une pulsation avec souffle.

M. BOUILLAUD n'attache aucune espèce d'importance au caractère plus ou moins pulsatil du bruit de souffle.

M. DEPAUL rappelle par quelle série d'idées il a été conduit à imaginer son expérience fondamentale sur les tubes de caoutchouc qu'il met sous les yeux de l'Académie. Suivant lui, le souffle produit par une pression exercée sur le tube d'origine produit un souffle avec pulsations; tandis que le souffle qu'on entend, sans aucune espèce de pression, au niveau de la bifurcation de ce premier tube, ne s'accompagne d'aucune pulsation.

Il termine en adjurant ceux qui pratiqueront dans l'avenir une opération césarienne, de rechercher par l'auscultation de l'utérus, une fois mis à nu, s'il est vrai que le souffle se produise, en effet, dans l'épaisseur de cet organe, dans ses artères propres, et non dans des artères extérieures comprimées par lui.

COMMUNICATION SUR LES PROCÉDÉS D'OCCLUSION DES PLAIES

M. PIORRY raconte que, depuis longtemps déjà, on a mis en œuvre l'occlusion (sous diverses formes) dans le pansement des plaies. Un des meilleurs moyens est l'occlusion à l'aide de bandes de diachylon juxtaposées. Ce procédé, rapporté de Londres par Roux, vers 1815, a été souvent employé par lui, avec le succès le plus complet, dans les ulcères calleux, par exemple. Du temps où M. Hervey de Chégoin était son interne, et où M. Piorry était élève dans son service, l'application du diachylon sur les plaies était la méthode habituelle. Elle réussissait toujours; elle a toujours réussi depuis lors entre les mains de M. Piorry, quand elle était faite convenablement. Mais il faut savoir qu'il y a certaines précautions à prendre. Le diachylon des pharmaciens ne vaut généralement rien : il est dur, cassant, mince; et il se détache bientôt, du moins en partie, de la plaie qu'il doit recouvrir. Il n'est pas un obstable à l'abord de l'air. Or, l'essentiel est d'empêcher cet abord de l'air. Le diachylon que l'on prépare soi-même, que l'on étale en couche épaisse sur un tissu solide et souple, remplit beaucoup mieux son office. M. Piorry se propose de revenir bientôt sur cette question.

COMMUNICATION

M. PASTEUR donne de nouveaux détails sur une expérience dont il avait parlé, la semaine dernière, à propos du ferment organisé de l'urine.

« Qu'on sème, dit-il, le ferment organisé pur dont il s'agit dans un liquide nutritif, par exemple dans une décoction de levûre de bière, sans aucune addition d'urée, le ferment organisé se multiplie. On filtre et on précipite par l'alcool. Le précipité recueilli contient le ferment soluble de M. Musculus, prêt à transformer en carbonate d'ammoniaque une solution aqueuse d'urée. L'absence d'urée dans le milieu nutritif où se propage le ferment organisé empêche le ferment soluble de se détruire pendant la fermentation. Les conditions de cette expérience permettent d'établir en outre : 1° que l'urée n'est pas nécessaire à la production de ferment organisé; 2° que le ferment peut prendre naissance dans un tout autre milieu que l'urine, en dehors de toute présence de mucus vésical. Il est difficile, ce me semble, d'aller plus loin dans la preuve expérimentale des faits que nous avons publiés. »

LECTURE

M. LADREIT DE LA CHARRIÈRE, médecin en chef de l'Institution nationale des sourds-muets, lit une note sur le traitement de la teigne, par l'application de l'huile de croton sur le cuir chevelu.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III

Les examens de médecine en Autriche depuis 1872.

Ainsi qu'on le verra par le programme indiqué ci-dessous, les étudiants en médecine autrichiens n'ont à subir que ce que nous pourrions appeler proprement des examens de doctorat; ils n'ont pas à soutenir d'examens annuels, comme les étudiants en médecine français.

La thèse n'existe pas; la nomination comme docteur suit immédiatement le troisième Rigorosum.

Sous l'influence de M. C. Langer, professeur d'anatomie, le successeur de Hyrtl, les nouveaux examens ont pris un caractère pratique qu'ils n'avaient point avant 1872, en rapport, du reste, avec les nombreux exercices de laboratoires, devenus ainsi obligatoires. Comment faire la préparation microscopique, exigée au second Rigorosum, par exemple, sans s'y être exercé au préalable à l'institut du professeur Weld?

Enfin, tandis que, de 1849 à 1872, les examens des Facultés de médecine autrichienne étaient uniquement des *examens de Facultés* sans contrôle de la part de l'État; les examens actuels sont *des examens de Facultés surveillés par des délégués de l'État*. Nos professeurs français, en tant que membres de la Faculté et en tant que fonctionnaires de l'État, confèrent à l'étudiant du même coup un titre académique et le droit de pratique; cette solution est très-simple et en même temps pleine de garanties. Où trouver, en effet, des personnes plus compétentes pour juger, au nom de la science dont les intérêts se confondent, en ces matières, avec ceux du public que l'État représente? Les Allemands, afin de faire intervenir la main de l'État d'une manière plus ostensible dans les affaires académiques, ont tranché la question dans un sens plus compliqué.

Nous parlerons ultérieurement des examens de médecine en Allemagne et dans les universités de la Suisse allemande. En Autriche, dans les nouveaux Rigorosa, à côté des professeurs, des commissaires siégent au nom du gouvernement pour surveiller l'examen. Mais, comme ils n'ont ni voix consultative, ni droit de *veto*, on voit que leur rôle se réduit à bien peu de chose. Il faut avouer, d'ailleurs, que du moment que l'on pose, à la suite des vieux maîtres, ce principe que « les professeurs ayant donné l'instruction publique, doivent naturellement être examinateurs » (Van Swieten); que, du moment que ces professeurs sont membres d'instituts d'État, et par conséquent fonctionnaires d'État, toute cette discussion sur les *examens d'État* et les *examens de facultés*, a un côté un peu oiseux. Une discussion plus longue sur ce sujet est inutile.

Un dernier point à signaler, c'est que le nouveau programme laisse à l'étudiant autrichien une liberté entière pour choisir le moment où il veut se présenter devant ses juges. Généralement, le premier examen, ou examen préparatoire, se passe au bout de deux ans, les trois autres se passent à la fin de cinq années d'études, et les uns à la suite des autres, et, comme les étudiants français, passent ordinairement leurs examens de doctorat coup sur coup. Mais, nous le répétons, les statuts ne contiennent sur ce point aucune clause obligatoire, et le passage d'une année dans une année supérieure

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 juillet.

n'est point subordonné à une admission d'examen ou à un refus. L'étudiant est cependant obligé, pour se présenter aux examens vraiment médicaux, d'avoir satisfait à l'examen préparatoire.

Examen préparatoire ou examen des sciences naturelles.

Matières de l'examen : botanique, zoologie, minéralogie. Cet examen est complétement verbal, il a lieu devant le doyen de la Faculté de médecine, président, et devant les professeurs des cours sur lesquels l'étudiant sera interrogé. Nul commissaire d'État n'assiste à ce premier examen (*naturhistoriche prüfung*). L'élève, pour soutenir cet examen, n'a à présenter qu'un certificat de maturité (sortie du gymnase) et qu'à se faire inscrire au décanat (immatriculation) (1). L'examen préparatoire n'a lieu que dans les quatre semaines de chaque semestre.

Examen pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Cet examen est divisé en trois parties, trois *Rigorosa*.

Il peut être soutenu, ainsi que le précédent, dans toutes les Universités de l'Autriche-Hongrie qui sont dotées de Facultés de médecine. De même que nos examens de doctorat, ces examens peuvent être passés pendant toute l'année scolaire, — les vacances exceptées.

Pour être admis à passer le premier Rigorosum, l'étudiant autrichien doit présenter un certificat de naissance... et de baptême, un certificat de maturité gymnasiale, un certificat d'assiduité aux cours de la Faculté (c'est la seule restriction apportée à la liberté de l'étudiant, au point de vue du temps, mais elle n'a pas grande valeur puisque celui-ci doit faire cinq années d'études complètes). Chaque semaine, l'élève aura dû suivre au moins dix heures de leçons; il devra présenter un certificat attestant qu'il a disséqué pendant deux semestres; enfin un certificat d'admission à l'examen d'histoire naturelle.

Pour être admis à se présenter à la deuxième et à la troisième partie de l'examen, l'étudiant doit encore avoir les certificats suivants : un certificat général attestant qu'il fréquente la Faculté depuis cinq années entières; des certificats particuliers attestant qu'il a suivi, pendant quatre semestres au moins (analogue à notre stage), les services de clinique médicale et chirurgicale; pendant un semestre, la clinique ophthalmologique et celle d'accouchements; enfin un dernier certificat attestant qu'il a satisfait à la première partie de l'examen de doctorat.

(1) L'élève va se faire inscrire, à sa sortie du gymnase, au décanat de la Faculté (nom, prénoms, nationalité, langues parlées, adresse, famille ou correspondant); il doit remplir la même formalité à la questure ou secrétariat de l'Université : l'immatriculation est alors faite, l'écolier est devenu *étudiant, citoyen académique*. — Le diplôme d'études gymnasiales remplace nos baccalauréats.

Le jury d'examen se compose, pour chacun des Rigorosa, d'un président, le doyen ou quelque autre professeur choisi par le collége des professeurs chaque année, d'examinateurs ordinaires ou professeurs des matières sur lesquelles porte l'examen, enfin d'un coexaminatenr choisi par le collége des professeurs (le ministre de l'instruction publique doit approuver ce choix). Les coexaminateurs n'ont pas besoin d'être professeurs; d'habitude pourtant, les ordinaires les prennent dans le collége des professeurs extraordinaires. Les commissaires du gouvernement doivent être simplement docteurs en médecine. Ce qui montre, du reste, combien est peu digne d'attention cette discussion allemande sur les examens d'État ou de Facultés, c'est que les commissaires du gouvernement, qui ont pour mission de surveiller les examens, et les professeurs, qui les font passer, sont justement choisis par le collége des professeurs, et que le ministre n'a qu'à approuver les choix. Ces listes de commissaires sont dressées tous les ans; ceux-ci sont généralement choisis parmi les médecins chargés des services d'hygiène publique et de police sanitaire, conseils analogues à nos conseils d'hygiène, commission des logements insalubres, etc. Le commissaire, ainsi que nous l'avons dit, n'a même pas le droit de *veto* dans l'examen; si l'admission ou le refus d'un étudiant ne lui semblent pas motivés, il n'a qu'une ressource, c'est d'en référer au doyen ou au ministre.

Les trois Rigorosa sont publics.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 juillet 1876, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Racinet (Guillaume-Marie-Antoine), ancien chirurgien militaire, ancien membre de l'Assemblée constituante en 1848, 3 ans de services militaires, 3 campagnes (1812-1813-1814), 60 ans de services civils gratuits.

M. Pacull (Vincent-André-François), ancien chirurgien militaire, ancien médecin de l'hospice de Vinça (Pyrénées-Orientales); 7 ans de services militaires, 7 campagnes (1808-1814), 60 ans de services gratuits.

— *Erratum.* — Dans le numéro du 11 juillet, page 639, ligne 28, *au lieu de :* A Prague, nous voyons même que l'on n'admettait pas les étudiants dans les services de clinique; ils ne pouvaient présenter des certificats... etc.; *lire :* on n'admettait pas les étudiants dans les services de clinique *s'ils* ne pouvaient présenter des certificats attestant... etc.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 82. — SAMEDI 15 JUILLET 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 15 JUILLET 1876. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Varices de l'estomac et de l'œsophage. Diagnostic différentiel.

Nous avons rapporté, dans notre Revue clinique du 1er juillet, l'observation d'un homme, traité dans le service de M. Empis, à la Charité, et qui, durant la suppression momentanée d'un flux hémorrhoïdal, établi depuis plus de trente ans, avait présenté des hémorrhagies stomacales très-abondantes. Pour le ramener à son état de santé normal, il avait suffi de rappeler les hémorrhoïdes. Cet homme est sorti récemment de l'hôpital, se considérant comme radicalement guéri.

Ce fait remarquable est donc très-complet en ce qui touche le balancement possible d'une fluxion sanguine périodique entre la région de l'anus et celle de l'estomac. Il s'est passé là quelque chose de tout à fait semblable à ce qu'on a observé bien souvent chez des femmes, généralement hystériques, qui présentaient, au moment des règles, au lieu du flux cataménial par l'utérus, des hémorrhagies stomacales supplémentaires.

Maintenant, on peut se demander par suite de quel mécanisme ces hémorrhagies se sont produites chez le malade de M. Empis.

Ont-elles été le résultat d'une simple exhalation sanguine à la surface de la muqueuse de l'estomac ? ou existait-il antérieurement dans cet organe un état variqueux des veines prédisposant aux écoulements sanguins ?

Il n'est pas douteux que des varices soit de l'estomac, soit de l'œsophage, puissent donner lieu à des vomissements de sang considérables, parfois mortels.

A propos du fait rapporté par nous, M. Woillez nous a signalé plusieurs observations, qui prouvent sans conteste la possibilité de ces varices de veines stomacales ou œsophagiennes. Nous allons en donner un résumé rapide, en supprimant tous les détails qui nous paraissent étrangers à la question.

Celle qui se rapproche le plus de l'observation recueillie dans le service de M. Empis, par l'existence constatée d'un ancien flux hémorrhoïdal avant les vomissements de sang, a été d'abord publiée dans le *American journal of medical science*, octobre 1856, puis reproduite dans l'*Union médicale*, l'année suivante.

Il s'agit d'un enfant de dix ans et demi, de bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre intermittente vers l'âge de six mois, mais qui, depuis sa première enfance, présentait des hémorrhoïdes, souvent fluentes. Depuis la fièvre intermittente, la rate était toujours restée un peu grosse, et quelquefois, à de longs intervalles, on avait trouvé le matin sur l'oreiller de petites taches de sang, dont on n'avait pas reconnu la provenance. Il est probable que c'était tout simplement le résultat de ces petites hémorrhagies gingivales nocturnes qui ne sont point rares chez les enfants. Celui-ci, du reste, se développait bien, il était fort intelligent, et il ne se plaignait d'aucun malaise, lorsque soudainement, un dimanche, il fut pris de vomissements sanguins. Il rendit, en outre, des selles noires, *couleur de goudron*, ce jour-là et les jours suivants. L'anémie s'accentua, profonde. Pendant deux semaines on eut quelque espoir, le sang n'avait reparu qu'une fois dans cet intervalle, quatre jours après le début des accidents. Mais à partir du quinzième jour jusqu'au trentième, jour de la mort, les selles ne cessèrent plus d'être noires, et les vomissements sanguins se répétèrent coup sur coup, le pauvre enfant mourut exsangue ; dans les derniers temps, il s'était produit un peu d'ascite.

A l'autopsie, comme unique cause de la mort, on trouva, *dans l'estomac, à l'orifice cardiaque, une tumeur du volume d'un œuf de poule partagé selon la longueur, et consistant en vaisseaux dilatés, remplis de caillots sanguins. Les plus larges étaient de forme sphéroïdale et d'un diamètre d'environ trois quarts de pouce.* Ces vaisseaux paraissaient percés de petits orifices dans la cavité de l'estomac.

Chez ce malade, les varices avaient leur siége dans l'estomac ; elles se trouvaient dans l'œsophage, chez ceux dont nous avons maintenant à parler.

L'un de ces faits, qui ont été publiés, en 1858, dans le troisième fascicule des *travaux de la Société médicale d'observation*, avait été recueilli, dès 1837, par M. Le Diberder, dans le service de Louis.

L'homme qui fait le sujet de cette observation était un vieillard de soixante et onze ans, de grande taille, de forte constitution, ayant un certain embonpoint, et les muscles encore assez bien prononcés.

Il avait toujours joui d'une bonne santé, au milieu de conditions hygiéniques favorables, à l'abri de la misère, et n'ayant jamais commis d'excès, quand, à l'âge de cinquante-six ans, après un effort qui consistait à monter l'un après l'autre, dans

son grenier, des sacs de farine pesant chacun 150 kilogrammes, il éprouva un malaise général et vomit presque instantanément à pleine bouche, sans effort de toux, du sang noir, mêlé de caillots; l'hémorrhagie, abondante au point de l'affaiblir et de l'obliger de garder le lit pendant quelques jours, diminua dès le lendemain, mais ne cessa point complétement. Pendant toute l'année, il perdit, par la bouche ou par l'anus, une notable quantité de sang noir, mêlé de caillots. Cependant son appétit se soutenait, il maigrissait peu. Enfin les hémorrhagies cessèrent, et pendant quatorze ans cet homme parut parfaitement rétabli; toutes ses fonctions se faisaient bien, jamais de nausées, ni de vomissements; digestion très-régulières. Aucun symptôme du côté de la tête ou de la poitrine.

L'accident qui le fit entrer dans le service de M. Louis fut précédé, durant quelques jours, d'étourdissements fréquents. Le 28 décembre 1836, cet homme rentra chez lui, éprouvant seulement un froid général et de la gêne dans la respiration : il se mit au lit et vomit aussitôt du sang noir, mêlé de caillots, en quantité assez considérale pour remplir trois vases de nuit, en une demi-heure, sans qu'il s'ensuivit de syncope : il éprouvait seulement alors, à l'épigastre, une vive douleur, qui a cessé complétement après, de sorte que, sans une extrême faiblesse, il se serait trouvé parfaitement bien. Le vomissement ne se renouvela plus; mais, pendant sept jours, les selles continuèrent à renfermer du sang, en quantité plus ou moins notable. Dès le cinquième jour, cet homme s'était fait transporter à l'hôpital, l'état de ses forces ne lui permettant pas de se lever. Il n'y eut plus d'hémorrhagie à partir du 5 janvier; mais ce vieillard, épuisé par les pertes de sang qu'il venait d'éprouver, se remettait avec une extrême lenteur, lorsqu'il fut pris, successivement, d'une grippe, puis d'une pneumonie, qui, d'abord simple, devint double, et dont il mourut le 12 février, six semaines après le vomissement de sang dont il vient d'être question.

Nous ne reproduirons, des résultats de l'autopsie, que les détails qui se rapportent à l'état variqueux des veines de l'œsophage. Ce conduit, après un pouce de profondeur, prenait une coloration violacée, inégale, due au sang contenu dans ses veines; celles-ci, au nombre de deux, étaient dilatées au point d'offrir deux lignes de diamètre à trois pouces du cartilage cricoïde; et, un peu plus en descendant, leur développement le plus grand atteignait sept lignes. Ces veines étaient flexueuses, de manière à entourer toute la circonférence de l'œsophage; elles soulevaient la muqueuse et l'épithélium, et donnaient à sa surface interne un aspect inégal; leurs parois, demi-opaques, étaient assez fermes; sans présenter de plaques cartilagineuses, elles étaient épaissies, atteignaient un quart de ligne; leur surface interne était lisse, blanche; les valvules en rapport avec l'épaisseur des parois. Elles contenaient de petits caillots noirs, assez fermes, et une petite quantité de sang liquide. Ces varices, beaucoup diminuées à un demi-pouce de l'orifice cardiaque, offraient une seule dilatation qui se prolongeait en arrière, et venait faire une saillie de deux lignes de diamètre, à un pouce du cardia, sur la face postérieure de l'estomac. La veine dans ce point était remplie de sang, elle paraissait plus mince que partout ailleurs. La muqueuse qui la recouvrait laissait voir complète la couleur noire du sang, sans avoir perdu son aspect villeux. Sauf cette varice, rien d'anormal ne fut trouvé dans l'estomac ni dans les intestins.

Pour la dernière observation recueillie par M. Fauvel, en 1838, dans le service de M. Récamier, nous allons reproduire le résumé qu'en a donné M. Woillez, en y ajoutant seulement quelques détails plus circonstanciés sur les résultats de l'examen cadavérique, en ce qui touche les varices de l'œsophage.

Résumé. — Un homme de trente-neuf ans, cordonnier, d'une constitution faible, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 avril 1838. Il résulte des antécédents qu'il a toujours eu une santé débile; mais que jamais il n'a vomi de sang, que sa nourriture habituelle était bonne et qu'il se livrait rarement à des excès. Depuis plusieurs années, il était sujet à éprouver des douleurs lombaires, lorsqu'il avait beaucoup travaillé, et voyait en même temps ses pieds se tuméfier légèrement. Au mois d'octobre dernier, il éprouva tout à coup, sans cause appréciable, une violente douleur vers l'hypochondre droit; son ventre se tuméfia et il fut obligé d'entrer à l'hôpital. Lorsqu'il en sortit, au bout de trois semaines, il n'était pas guéri complétement, mais il put reprendre ses travaux, qu'il suspendit le 4 avril, époque où les accidents se renouvelèrent dans les mêmes circonstances, mais avec plus d'intensité qu'auparavant. Après avoir gardé le lit pendant huit jours, il entre à l'Hôtel-Dieu, se trouvant dans dans un état de dépérissement déjà avancé; il offre les signes d'un épanchement considérable dans le péritoine; les membres inférieurs sont œdématiés, ses urines précipitent abondamment par l'acide nitrique, et l'on constate l'existence d'un œdème à la partie inférieure des deux poumons. Trois jours plus tard, il est pris instantanément pendant la nuit d'une hématémèse excessivement abondante, qui le jette dans un état de faiblesse extrême et précipite la terminaison de la maladie. Le lendemain et le jour suivant, ces vomissements sanguins continuent; l'affaiblissement est porté au point de produire une aphonie complète, et ce malade meurt d'hémorrhagie le 17 avril. Le diagnostic pendant la vie avait été : affection granuleuse des reins, sans maladie du cœur.

A l'*autopsie*, on trouve une grande quantité de sérosité dans le péritoine. L'estomac renferme environ une livre de sang, et dans toute la longueur de l'intestin on voit des traces de ce liquide. Pour toute lésion remarquable dans le canal alimentaire, on constate la présence de veines variqueuses dans les deux tiers inférieurs de l'œsophage, sans ouverture appréciable.

La muqueuse est soulevée par des saillies noirâtres. En l'enlevant avec soin, on voit des vaisseaux dilatés remplis de sang, en partie liquide, en partie noirâtre et coagulé. Ces vaisseaux présentent des dilatations et des resserrements. Dans quelques points, leur volume égale celui d'une plume à écrire, mais ils sont généralement plus petits. Leurs parois sont extrêmement minces, leur surface interne est lisse, et offre des anfractuosités qui empêchent qu'un stylet introduit dans leur intérieur pénètre avec facilité. On dirait de véritables valvules veineuses; en somme, ce sont de vraies veines variqueuses. La muqueuse qui les recouvre n'est que légèrement injectée, elle n'a pas perdu de sa consistance.

Le reste du tube digestif n'offre ni ulcération, ni déchirure, ni aucune autre lésion appréciable qui puisse expliquer l'hémorrhagie. Le foie est petit, ratatiné, flétri, converti en un tissu jaunâtre granuleux, ayant une consistance fibreuse. La rate, d'un volume considérable, est renfermée dans une capsule fibro-cartilagineuse très-épaisse. Les deux reins présentent les traces de la maladie de Bright parvenue au deuxième ou au troisième degré. Le cœur est trouvé dans des conditions normales. Enfin les poumons sont affectés d'œdème dans leurs partie déclives.

Si maintenant nous rapprochons de ces trois observations celle du malade de M. Empis, nous voyons que, dans tous ces cas, l'hémorrhagie a apparu soudaine, inattendue, sans être précédée de douleurs notables dans la région de l'estomac.

Le malade de M. Empis se plaignait bien depuis quelques

jours de malaise, de maux de reins et de coliques, mais les coliques siégeaient surtout dans le bas-ventre, et ne pouvaient donc pas attirer l'attention vers l'estomac ou l'œsophage. L'absence de douleurs à l'épigastre se continue après le vomissement.

C'est là un précieux caractère pour distinguer ce genre d'hémathémèse de celles qui dépendent d'un ulcère *chronique* de l'estomac. J'insiste sur le mot chronique ; car il est des ulcérations passagères et superficielles de l'estomac, qui, bien que pouvant amener des hémorrhagies foudroyantes, se distinguent essentiellement des véritables ulcères chroniques par leur marche et par leurs symptômes, et éveillent fort peu de douleurs, quand elles en éveillent.

Ce sont des petites ulcérations en *coup d'ongle*, des sortes d'aphthes de l'estomac, très-dangereux quand le siége en est sur un vaisseau artériel, car les artères de l'estomac, une fois les parois mises à nu, paraissent facilement céder, vraisemblablement sous l'action du suc gastrique. J'ai vu, pour ma part, dans le service de Trousseau, un homme qui fut pris de vomissements de sang au milieu des apparences de santé les plus satisfaisantes, et qui mourut en quelques heures. On ne trouva, à l'autopsie, qu'une très-petite ulcération superficielle, ouvrant un vaisseau artériel dans l'estomac. La douleur avait été nulle, ou à peu près.

C'est là une des grandes difficultés dans le diagnostic différentiel des affections qui peuvent produire une hématémèse. Tandis qu'il est généralement assez facile de reconnaître l'ulcère chronique et de reconnaître le cancer, parce que les symptômes et la marche de chacune de ces affections offrent quelque chose de spécial : au contraire, lorsqu'il s'agit d'un vomissement de sang secondaire, survenant sans que l'estomac ait accusé antérieurement aucune souffrance, il faut que l'on soit éclairé, comme dans le cas de M. Empis, par d'autres commémoratifs, pour reconnaître la véritable cause de l'hémorrhagie.

On peut, en effet, se demander si l'écoulement sanguin dépend d'une ulcération en coup d'ongle, ou de varices soit de l'estomac, soit de l'œsophage, ou d'un mouvement fluxionnaire, sans ulcération ni varice.

Le doute existe alors même qu'il s'agit d'un vomissement de sang que l'on pourrait nommer accidentel, s'il est survenu, par exemple, à la suite d'un grand excès alcoolique, comme chez cet ivrogne dont nous avons rapporté dernièrement l'observation, ou lorsqu'il paraît déterminé par un effort musculaire excessif.

Souvent, en effet, l'ulcération de l'estomac ne s'est révélée par une hémorrhagie qu'à la suite d'une circonstance occasionnelle de ce genre. Il en est de même des varices de l'estomac ou de l'œsophage. Et quant au mouvement fluxionnaire, à l'épanchement sanguin par simple exhalation sur une muqueuse congestionnée, il est plus facile à supposer en pareil cas que dans tout autre.

Ainsi ces groupes d'accidents peuvent se ressembler, à s'y méprendre, par l'aspect, les antécédents, et, ajoutons-le, par les suites.

Si l'ulcération en coup d'ongle n'a pas amené la mort par la continuité ou l'abondance des hémorrhagies, elle guérit, très-vite en général.

Elle ne s'accompagne pas plus de vomissements alimentaires que de douleur horizontale ou xyphoïdo-rachidienne. Quand les vomissements de sang sont terminés, tout rentre dans l'ordre.

Il en est de même absolument en cas de varices de l'estomac ou de l'œsophage. L'observation de M. Le Diberder, que nous avons analysée plus haut, nous en fournit un bel exemple, puisque, deux fois, à quinze ans de distance, les vomissements de sang se sont produits, puis ont disparu, sans amener de troubles notables dans les fonctions gastriques.

Les hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel, que l'on ne rattache ni à la présence de varices, ni à l'existence d'une ulcération, se comportent encore de même.

Ce qui doit donc surtout attirer l'attention en cas pareil, c'est l'étude des circonstances extérieures, des commémoratifs.

C'est par les commémoratifs que M. Empis est parvenu à éliminer l'idée d'un ulcère superficiel, et à fixer en conséquence le traitement à suivre.

De même chez le malade observé par M. Le Diberder, lors de cette seconde série d'hémorrhagies qui, survenant quatorze ans après la première, l'a fait entrer dans le service de M. Louis, c'est par les commémoratifs que l'on pouvait être conduit à soupçonner l'existence de varices dans l'estomac ou dans l'œsophage.

En effet, cette deuxième fois, l'accident a bien eu la marche qu'il aurait eue en cas d'ulcération superficielle. Mais l'ulcération superficielle, sans douleur vive et sans trouble gastrique, ne se prolonge pas un an. Il fallait donc chercher une autre explication du phénomène. L'hypothèse d'un simple mouvement fluxionnaire, autonome pour ainsi dire, sans substratum, sans rien de permanent et d'organique pour le faire durer, devait être écartée, pour la même raison. Rien n'était donc aussi probable que la supposition de veines variqueuses, étant donnés la bénignité relative et la durée de la première atteinte, puis le retour de l'hémorrhagie après quatorze ans.

Mais, jusqu'ici, chez le malade de M. Empis on ne voit aucune raison déterminante pour préférer à l'hypothèse d'un mouvement fluxionnaire momentané, celle de varices permanentes.

Par l'une et par l'autre, on conçoit également bien le mécanisme d'une fluxion supplémentaire, le flux habituel étant supprimé.

Phosphure de zinc contre la paralysie saturnine et divers autres genres de paralysie ou de tremblement.

Le phosphure de zinc, préconisé d'abord par M. Delpech dans des paralysies de causes cérébrales, est employé journellement par M. Guéneau de Mussy, avec les meilleurs résultats, notamment contre les paralysies et tremblements par intoxication, soit saturnine, soit mercurielle, soit arsenicale.

Un malade, actuellement couché salle Saint-Bernard, n° 19, offre un bel exemple de la rapide efficacité de ce moyen. Nous allons donner brièvement son observation, en nous servant des notes que l'interne très-distingué de M. Guéneau de Mussy, M. Hirtz, a bien voulu nous communiquer.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, exerce son métier depuis l'âge de seize ans, et quand, le 21 juin dernier, il entra, dans le service de M. Guéneau de Mussy, il était loin d'en être au premier accident d'intoxication saturnine.

Il avait déjà eu cinq attaques de coliques, à quelques mois d'intervalles, puis vers la fin de l'année 1875, une encéphalopathie, caractérisée par des accès épileptiformes. Durant un mois de séjour qu'il avait fait alors à l'hôpital, il avait eu plus de trente accès de ce genre.

En outre, depuis environ douze mois, il se plaignit de douleurs arthralgiques, qui durent encore. Depuis dix mois, il commença à ressentir dans les poignets une faiblesse, qui alla toujours croissant et qui finit par rendre tout travail impossi-

ble. Après avoir subi, sans aucun bénéfice, un traitement de trois mois par l'électricité, avoir pris des bains sulfureux, etc., en désespoir de cause il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A ce moment, la paralysie des extenseurs était complète des deux côtés. Le malade ne pouvait se servir de ses mains à aucun degré. On remarquait, en outre, un léger tremblement des membres.

On prescrivit le phosphure de zinc à la dose de deux pilules, contenant chacune 1 centigramme de phosphure. L'effet ne se fit point attendre : dès le troisième jour, le malade pouvait relever son poignet et étendre ses doigts. La dose de phosphure fut portée à quatre pilules, et, aujourd'hui, ce malade, complètement guéri, se propose d'aller reprendre son travail.

A ce propos, M. Guéneau de Mussy nous a raconté plusieurs faits non moins merveilleux.

Par exemple, chez un malade que l'on soupçonnait atteint de sclérose, qui avait une démarche comparable à celle des ataxiques, mais sans qu'on augmentât les troubles musculaires en lui faisant fermer les yeux, dont les quatre membres étaient agités de tremblements et de secousses par saccades, on avait en vain employé depuis des mois toutes les médications possibles, sans produire aucune amélioration, aucun temps d'arrêt dans la marche toujours progressive de cette affection. M. Guéneau de Mussy eut recours au phosphure de zinc, et, par ce moyen, il fit disparaître en très-peu de temps le tremblement des membres supérieurs. Le tremblement des jambes diminua également ; et, pendant cinq semaines environ, l'amélioration continua à s'accentuer. Mais il y eut ensuite un temps d'arrêt, et l'attribuant en partie à la congestion qui accompagne le travail de sclérose, M. Guéneau de Mussy, tout en continuant l'usage du phosphure, y ajouta l'application de quatre cautères sur les côtés de la colonne vertébrale, deux près de la naissance des bras et les deux autres à la région sacrée.

Les révulsifs ne jouent qu'un rôle accessoire, suivant M. Guéneau de Mussy; mais en écartant une complication, ils rendent plus efficace l'action du remède employé.

Le fait est que l'amélioration a repris son cours après l'emploi de ces cautères. Maintenant cet homme, qui était obligé de se faire porter pour une distance de quelques pas à parcourir, fait facilement à pied un demi kilomètre.

Ce résultat est très-encourageant, d'autant plus qu'on ne connaît pas de médication efficace contre la sclérose des centres nerveux, quels qu'en soient le siége et la forme.

Hémi-analgésie saturnine.

Parmi les aspects que peut revêtir l'intoxication saturnine, il en est un, rare et mal connu, dont nous venons de voir un bel exemple à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres, dans le service de M. Daguet.

Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, journalier, qui n'avait jamais manié le plomb avant cette année. Il y a quatre mois environ, qu'il commença à travailler dans une fabrique de céruse. Il y fut bientôt pris d'une constipation opiniâtre, avec sensation douloureuse dans la région de l'estomac, comme d'une barre qui aurait pressé sur cet organe. Pour faire cesser cette complication, il prit de l'huile de ricin et, raconte-t-il, eut alors un vomissement de sang noir. Ce détail n'est pas très-certain, car cet homme, peu intelligent, semble porté à l'exagération.

Cependant le malade accusait une faiblesse, toujours croissante, dans tout le côté gauche, et une difficulté de plus en plus notable à mouvoir ses membres de ce côté.

Bientôt, ne pouvant plus continuer son travail, il entra à l'hôpital temporaire, où il occupe le dix-septième lit de la salle Sainte-Anne. Il n'était resté que deux mois dans la fabrique de céruse.

Lors de son entrée, il était encore constipé ; il se plaignait encore d'une sensation de barre à la région de l'estomac; mais ces phénomènes, peu marqués, ne rappelaient que de très-loin la vraie colique de plomb. Ce qui attirait surtout l'attention, c'était d'abord la parésie de tout le côté gauche. Les muscles du membre supérieur et du membre inférieur se mouvaient lentement, avec difficulté; ils présentaient un certain degré de rétracture. On rechercha l'état de la sensibilité, et on trouva, de ce même côté, l'hémi-analgésie la mieux limitée et la plus complète. Quand on pinçait le malade, ou quand on le piquait, il sentait bien qu'on le touchait, mais il n'éprouvait aucune espèce de douleur. De même l'acide acétique concentré, mis en contact avec une muqueuse, ne provoquait aucune sensation désagréable du côté gauche, tandis que, de l'autre côté, il produisait ses effets ordinaires.

La sensation de la température était supprimée également du côté gauche. Quand on touchait ce malade avec un objet froid, ou un objet très-chaud, il sentait le contact, mais rien de plus. Du côté droit, il se rendait parfaitement compte de la température.

La ligne médiane séparait très-exactement le côté analgésique de celui qui avait conservé la sensibilité normale à la température et à la douleur.

Cette limitation si précise rappelait bien ce qui se passe fréquemment chez les hystériques.

D'ailleurs, de même que dans les cas les plus nombreux d'hémi-analgésie ou même d'hémi-anesthésie chez les hystériques, il existait ici une sphère d'hyperalgésie. Le moindre contact produisait une douleur vive sur une surface assez étendue vers le centre du côté gauche, entre l'aisselle et le haut de la cuisse. Le malade accusait, en outre, des douleurs spontanées dans tout cet espace.

Il n'avait pas d'encéphalopathie proprement dite, pas d'accès épileptiformes, pas même de vertiges spontanés. Mais il se plaignait de la tête ; et quand il essayait de marcher, la douleur que lui occasionnait le mouvement des membres du côté gauche, remontait, disait-il, jusque vers le cerveau : et il se sentait tout étourdi.

Comme traitement, on lui donna du soufre mêlé à du miel, suivant la formule de M. Empis. Dès le troisième jour, la constipation avait cessé. Mais les phénomènes de parésie et d'hémi-analgésie gauches ne disparurent point en même temps. Ils persistèrent avec la même intensité durant environ quinze jours, suivant les dires du malade. Puis ils commencèrent à diminuer progressivement, mais avec lenteur. Aujourd'hui encore, les sensations de douleur et de température, bien qu'un peu perçues du côté gauche, y sont infiniment moins fortes. Du même côté, les mouvements sont encore lents et difficiles, bien que la marche soit possible. Il reste toujours un certain degré de mal de tête.

Dr Victor Révillout.

ÉTUDE SUR LES RÊVES MORBIDES

RÊVE PERSISTANT; ESCROQUERIES BIZARRES (1)

Par M. le docteur Faure

II

La femme P... m'est connue depuis plus de vingt ans. Je l'avais toujours vue, ouvrière honnête, lutter courageusement

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 juillet.

pour sa vie. En 1852, j'eus occasion d'aller chez elle assez fréquemment pour son mari malade. Elle me parut bien un peu excitée, mais rien n'indiquait l'apparition dans son esprit de l'idée insensée par laquelle elle est dominée aujourd'hui d'une façon exclusive.

Il y avait très-peu de jours que je l'avais vue, et son discours était alors parfaitement régulier, quand un matin je la rencontrai, marchant avec rapidité, un énorme rouleau de papiers à la main.

Sans préambule, elle m'apprit que son oncle G..., qui était son parrain, l'avait fait son héritière, *qu'il voulait qu'elle fût riche, qu'elle eût des domestiques pour la servir.* Mais qu'un autre oncle, frère de sa mère, qui avait été son tuteur, l'avait frustrée de cet héritage au bénéfice de sa fille à lui, en la déclarant comme morte, elle, Mme P..., née Olympe de Saint-Jean de Strasbourg. Cet héritage, qui devait lui donner des revenus énormes, consistait en une maison sise à Saint-Omer.

Elle avait eu la preuve de la scélératesse de son oncle. A Saint-Omer, où on lui avait montré, dans les bureaux de l'enregistrement, l'acte de donation, *rayé, biffé, annulé*, et cela par ordre de son oncle maternel.

C'est ici que se présente, pour moi, selon toute apparence, le rôle du rêve. A la manière convaincue, affirmative, invariable, dont elle parle de cet acte rayé et annulé par ordre de son oncle, sur un livre de l'enregistrement, il n'y a pas à en douter, elle a vu le bureau, l'employé, le registre, l'acte *rayé et annulé.* Son énoncé a un caractère de certitude qui ne peut reposer que sur la constatation d'un fait; non-seulement elle a vu l'acte rayé, comme ces papiers rayés à la règle dont on se sert pour écrire droit, mais elle a remarqué le folio et son numéro, seulement elle ne se les rappelle pas.

Ce fait tout entier est là : elle *a vu un papier rayé.* Cette vision était-elle une conséquence de préoccupations habituelles de grandeurs et de richesses bien naturelles chez une pauvre femme qui a tout à désirer; ces préoccupations ne sont-elles nées qu'après le rêve? Tout est possible.

Quoi qu'il en soit, ce papier rayé qu'elle a vu, ce ne pouvait être qu'un acte de donation à son profit; une main coupable l'a annulé. C'est là sa conviction.

Un tel procédé d'induction n'est pas rare chez ces sortes de sujets. Un exemple : Mme de M... a eu l'esprit cruellement ébranlé par un événement terrible. Elle est naturellement très-orgueilleuse. Une nuit, elle rêve qu'un domestique force une caisse. Elle voit cela. Or pour elle, cette caisse contenait ses titres à la couronne d'Espagne. Et depuis cette époque, il y a plus de vingt ans, elle vit avec cette conviction qu'elle devrait être sur le trône.

La femme P... est devenue le type de la solliciteuse. Il n'y a pas de magistrat, depuis le maire du bourg où elle est née, jusqu'aux préfets, sous-préfets, procureurs, jusqu'au maréchal président, à qui elle n'ait envoyé une minute, longuement détaillée, en plusieurs pages, d'une écriture fine et serrée, de l'exposition de son affaire, qui est devenue des plus compliquées, son imagination affaiblie aujourd'hui ajoutant indéfiniment des incidents nouveaux au fait primitif. Son air de bonne foi et de sincérité entière intéresse. Quelques personnages très-haut placés ont fait faire des recherches dans le sens qu'elle indique, ont fini par lui répondre qu'elle a *rêvé* tout ce qu'elle dit, qu'il n'y a pas un mot de vrai. Elle s'adresse ailleurs. Et cette femme, qui ne délire ni ne divague en aucune façon, qui même mène sa vie avec une adresse voisine peut-être de la fraude, vit avec cette pensée qu'elle doit un jour ou l'autre être plus que millionnaire.

Moi-même, sur sa demande instante, j'ai écrit à l'un des parents de la dame P..., à Saint-Omer. Il a répondu qu'il serait le premier heureux que ce qu'elle dit fût vrai, puisqu'il est son héritier direct; mais que tout est imaginaire d'un bout à l'autre. Il est constant qu'elle n'a pas quitté Paris depuis bien des années et qu'elle n'a pu voir par conséquent l'acte dont elle parle à Saint-Omer. Enfin, chacun sait que les actes de l'enregistrement ne se laissent pas annuler aussi facilement qu'elle semble le croire.

Enfin, cet exemple a cela de particulier, que la conception maladive énoncée par cette femme, loin de ne trouver que des oreilles incrédules chez ceux à qui elle s'adresse, a été acceptée, ainsi que cela arrive assez souvent, on le sait, pour les aliénés, par un certain nombre d'individus avec assez de facilité pour qu'il s'en soit suivi des avances de fonds, ce qui, on peut bien le dire, est la plus haute marque de la confiance humaine. En effet, la femme P... annonce qu'elle poursuit une succession considérable dont elle a été frustrée par des parents. Rien de ce qu'elle avance n'a le sens commun, mais elle promet aux uns de les faire ses intendants, aux autres elle fait espérer une partie de cette fortune; elle prend des engagements, signe des billets pour des sommes dix fois supérieures à ce qu'elle a reçu; en définitive, des subsides sérieux lui sont versés, elle est logée pour rien, etc.

Comme tous les malades de ce genre, elle a des instants de lucidité, où elle entrevoit l'inanité de ses conceptions et le mal fondé de ses espérances. Elle ne le confesse pas, mais cela est reconnaissable à certaines tergiversations de son discours, qui font contraste avec son assurance habituelle, on assiste à son doute. Mais alors, par une composition de l'esprit, visible pour l'observateur; elle repousse les avertissements de sa conscience, la donnée générale de son idée fausse l'emporte sur ces scrupules d'un instant, et elle continue sa voie de réclamations judiciaires et de demandes d'argent. Il est curieux de voir un simple rêve devenir ainsi le point d'appui d'une série de duperies plus ou moins conscientes, selon les moments.

Détail qui montre combien ce qui domine chez elle est bien plus l'idée du dommage causé par l'annulation d'un acte que la notion exacte de la valeur de l'héritage en question, c'est que, de son propre aveu, de la définition qu'elle en donne elle-même, ce domaine, dont la possession devait lui permettre d'avoir des intendants, des équipages, toutes les félicités de la vie opulente enfin, n'est autre autre chose, en somme, qu'une misérable bicoque, à un rez-de-chaussée et un étage avec quatre fenêtres sur la façade, et située dans une petite rue dont elle ne peut pas seulement dire le nom.

J'ai dit plus haut qu'il lui est impossible de donner le numéro du folio où se trouve l'acte rayé, bien qu'elle l'ait parfaitement vu. Ce manque de mémoire sur des points d'une importance aussi capitale dans son affaire, est caractéristique : il montre bien qu'elle dit ce qu'elle a vu, mais qu'elle ne dit que cela; elle ne saurait pas compléter l'image par une invention; or il est bien peu d'aliénés de l'espèce commune qui resteraient embarrassés pour si peu. En pareil cas, ils donneraient dix indications plutôt qu'une.

Mais, dira-t-on, où est la preuve que ceci résulte plutôt d'un rêve pendant le sommeil, que du travail d'un cerveau malade dans la vie éveillée? L'ordre de choses auquel appartient le phénomène en question ici, n'est pas de ceux où il est facile de découvrir la vérité par une expérience de laboratoire. Le diagnostic repose uniquement sur la comparaison, et c'est précisément par la comparaison d'un grand nombre de faits,

que je n'hésite pas à croire que la conception erronée avancée par la veuve P..., a positivement pour origine un rêve.

Ce qui est certain, c'est qu'il y a une étrange différence entre ce genre d'individus, qui, surpris par une idée fausse, s'y maintiennent en quelque sorte comme sur le sommet d'un pic, fixes, invariables, ainsi que s'ils avaient toujours devant les yeux la chose dont ils parlent, exempts d'ailleurs de toute autre manifestation déraisonnable, et ces aliénés à invasion également rapide du délire, qui, même lorsqu'ils paraissent dominés par une idée particulière, ne peuvent demeurer quelques minutes seulement dans leur cadre, sans obéir par paroles ou par gestes aux mille impulsions désordonnées qu'enfante la folie.

Je voyais bien encore un homme qui pourrait être considéré comme un type dans cette dernière espèce.

Il avait été arrêté la veille, sur la voie publique, criant qu'il était le président de la République.

Comment le savez-vous? lui disais-je. — C'est le garde champêtre qui me l'a dit. — Quand cela? — Vous le saurez quand Mac-Mahon vous l'aura dit. — Vous êtes des canailles. — Je donne quatre millions. — Je vous ferai fusiller tous les huit. — Laissez-moi tranquille, vous m'ennuyez.

En résumé, il s'agit ici simplement d'un symptôme. Mais ce symptôme délicat, insidieux, difficile à reconnaître, a été, l'expérience le prouve, le premier indice de la folie incurable, manie ou paralysie, et il mérite toute l'attention des observateurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juillet 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Un travail de M. Aug. Voisin intitulé : *Nouvelles observations sur le traitement curatif de la folie*;

3° Un article de M. Broca, extrait de la *Revue d'anthropologie*, sur la topographie *cranio-cérébrale*, ou sur *les rapports anatomiques du crâne et du cerveau*;

4° Une note de M. Vassége (de Liége), sur le *crochet mousse articulé* ;

5° Une observation manuscrite intitulée : *Rupture périnéale complète; deux opérations successives; restauration fonctionnelle intégrale*, par M. Jude Hue (de Rouen).

RAPPORT

M. Verneuil donne lecture d'un rapport sur une observation intitulée : *Plaie pénétrante du crâne par arme à feu chez un sujet atteint d'intoxication paludéenne ; névralgie intense ; traitement par le sulfate de quinine ; guérison*, par MM. Lebourdelès et Guérard de la Quinerie, médecins de la marine au Tonkin. M. le rapporteur conseille de s'abstenir de recherches dans les cas de blessures par un petit projectile. Le plus souvent son séjour dans la plaie est inoffensif, même dans le cerveau, comme le démontre l'observation qui fait le sujet de ce rapport, tandis que les explorations déterminent des accidents graves.

M. Tillaux n'est pas aussi exclusif que M. Verneuil, mais est cependant d'avis qu'on doit s'abstenir de recherches au voisinage des articulations et des cavités splanchniques, comme dans le crâne.

Des remerciments seront adressés aux auteurs de la communication, et leur observation sera déposée aux archives.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Anger a observé plusieurs fois chez des petits enfants atteints de pied-bot, un certain degré de genu-valgum, qui n'est pas congénital. Il présente un moule pris sur un enfant de six ans, qui avait, à sa naissance, un pied-bot très-accentué, et dont les genoux sont cagneux. Comment survient cette déformation? On observe d'abord une certaine laxité des ligaments, par suite de laquelle on peut faire exécuter à l'articulation quelques mouvements de rotation et de latéralité, même dans l'extension; peu à peu le condyle interne du fémur se développe, et le pied est déjeté en dehors. Quant à la cause, M. Anger cherche à l'expliquer par le poids des appareils que l'on applique à ces enfants, ou par l'habitude que ceux-ci prennent d'écarter les jambes pour que les pieds ne butent pas l'un contre l'autre en marchant, ou enfin par l'arrêt de développement de certains muscles que l'on observe fréquemment chez des enfants nés avec un pied-bot. M. Anger pense que si l'on opérait les pieds-bots dès la naissance, les genoux ne deviendraient pas cagneux.

M. Le Dentu n'admet cette explication que pour ce qui concerne le pied-bot varus.

M. Anger a vu très-rarement le pied-bot valgus. Chez les petits idiots de Bicêtre qu'il a eu l'occasion de visiter récemment et chez lesquels on observe souvent le pied-bot, il n'a trouvé qu'un valgus sur quatorze pieds-bots.

M. Houel confirme aussi la rareté du valgus.

M. de Saint-Germain a vu rarement au Bureau central la coïncidence du pied-bot varus avec le genu valgum. Les récidives du pied-bot varus équin opéré trop jeune sont très-fréquentes, comme l'avait bien reconnu Duval, qui a été obligé quinze ou vingt fois de faire une seconde opération. M. de Saint-Germain conseille d'attendre un an.

M. Sée préfère opérer quinze jours après la naissance.

M. Tillaux pense aussi qu'il vaut mieux opérer les petits enfants avant qu'ils ne commencent à marcher. D'ailleurs, ce n'est pas l'époque de l'opération ni l'opération elle-même qui assure le redressement du pied bot, c'est le traitement ultérieur par les appareils.

M. Marjolin pense qu'il ne faut pas opérer trop tôt, pour que les enfants puissent supporter l'opération, ni trop tard pour que les tissus n'aient rien perdu de leur souplesse. L'âge de deux ou trois mois semble le moment le plus favorable. D'ailleurs, si la déformation est peu prononcée, la malaxation par la main d'une mère intelligente suffit pour la faire disparaître en quelques mois.

M. Blot a vu le pied-bot talus, très-fréquent au moment de la naissance, et qui n'est que l'exagération de l'attitude de l'enfant dans le sein de sa mère, guérir, dans l'espace de quatre à six mois, par la simple application de ouate et d'une bande. Bien souvent une opération n'est pas nécessaire, le développement naturel des membres tendant à effacer les malformations des os.

M. de Saint-Germain a vu des accidents suivre la ténotomie, qui d'ailleurs ne suffit pas toujours. Duval faisait deux opérations, la section de l'aponévrose plantaire, et plus tard celle du tendon d'Achille. L'opération du pied-bot est inutile tant que l'enfant ne marche pas, et lorsqu'on l'a faite il ne faut que six semaines de repos, et non plusieurs mois comme on l'a dit. Si on les opère trop jeunes, les soins consécutifs sont très-minutieux et ne peuvent être donnés que par des parents intelligents et dévoués, comme on en voit de temps en temps. L'enfant manque de ces soins dans la généralité des cas; c'est pourquoi l'opération faite lorsqu'il peut déjà marcher a cet avantage qu'il fait faire lui-même par la marche le massage qui entretiendra la liberté des mouvements.

M. Tillaux pense que l'opération est nécessaire lorsqu'il y a une rétraction considérable des muscles. Quant au moment favorable, il faut attendre que l'enfant *vienne bien*.

M. Marjolin. C'est en effet, quand la vie de l'enfant paraît assurée, qu'on peut faire une opération si elle est indiquée. Mais souvent la malaxation peut suffire si elle est faite régulièrement et patiemment. M. Bouvier a dit : *Étant donné, un enfant atteint de pied-bot, mais d'ailleurs bien portant, il faut se hâter de l'opérer parce que le squelette ira toujours se déformant.* Mais il ne faut pas confondre les déformations dont il est ici question avec ces incurvations légères des membres qui se redressent seules, par suite du développement de l'enfant.

La séance est levée.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1876.

105. Maldant. Des relations de l'érysipèle avec les maladies des voies urinaires.

107. Marche. De l'intoxication par le sulfure de carbone.

108. Letard. Des lésions des organes génitaux externes chez les nouvelles accouchées et de leur influence dans le développement de la septicémie puerpérale.

109. Coste. De la myocardite puerpérale comme cause la plus fréquente des morts subites après l'accouchement.

110. Dubain. Essai sur l'hépatite suppurée de nos climats.

111. Nicolas. Essai sur l'emploi des eaux minérales pendant la grossesse.

112. Jaupitre. Tumeurs du corps thyroïde.

113. Komorowski. Des injections intra-utérines et de leurs indications dans les suites de couches.

114. Torito. Recherches sur quelques cas de tétanie survenant pendant la convalescence des fièvres graves.

115. Jacquet. Étude sur la dyspepsie des enfants à la mamelle.

116. Persillon. De la polyurie consécutive à la rétention d'urine.

117. Vouters. Étude sur les décollements de la rétine.

118. Dubois. De l'influence des liquides alcooliques sur l'action des substances toxiques.

119. Ricard. De la paraplégie curable dans le mal de Pott.

120. Peyrot. Étude expérimentale et clinique sur la pleurotomie.

121. Hubert. Étude sur le développement de la cornée et sur les opacités congénitales de cette membrane.

122. Legrand. Des abcès des parois du thorax, causes ou conséquences de lésions des organes thoraciques.

123. Tissot. Des paralysies laryngées.

124. Cotté. De la compression dans le traitement des anévrysmes poplités.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Avis. — Le concours, pour deux emplois de chef de clinique médical et pour un emploi de chef de clinique obstétricale, s'ouvrira le mardi 18 juillet 1876. — MM. les candidats sont priés de vouloir bien se rendre ledit jour à la Faculté (salle des actes), à trois heures précises.

— Le doyen a l'honneur de rappeler à MM. les étudiants que tous les examens de fin d'année doivent être subis dans la session de juillet, et que nul ne sera admis en novembre, à moins d'une autorisation spéciale.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Didelot, préparateur de chimie, est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Charbonnel-Salle, démissionnaire.

M. Bonnet (Antoine), professeur de physique et de chimie au collége d'Agde, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Didelot.

— *École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.* — M. Herbelin, suppléant des chaires de sciences naturelles, est nommé en outre chef des travaux chimiques et pharmaceutiques pour une période de six années.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 23 juin 1876, ont été promus :

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Guillemin, Martino, Penot, Sendral, Ocana, Gabriel, Coze, Dionis du Séjour, Bernard, Aron, Grandjean, Benoît, Ringeisen.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe, M. Judicis.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe, M. Camus.

— *Distinctions honorifiques.* — Les membres du service de santé militaire, professeurs à l'École du Val-de-Grâce, dont les noms suivent sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. Gaujot, médecin principal de 1re classe, professeur de clinique chirurgicale; — Paulet, médecin principal de 1re classe, professeur d'anatomie des régions; — Villemin, médecin principal de 2e classe, professeur de clinique médicale.

Officiers d'Académie. — MM. Vallin, médecin-major de 1re classe, professeur d'hygiène et de médecine légale; — Leplat, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé; — Arnould, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé; — Spillmann, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé; — Jaillard, pharmacien principal de 2e classe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. — Se composera d'environ 30 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages, avec figures intercalées dans le texte. Prix de chaque volume : 10 francs.

Les tomes I à XXII sont en vente. — Le tome XXII comprend 800 pages avec 99 figures. — Principaux articles : *Médiastin*, par Dieulafoy; *Médicament*, par Hirtz; *Mélanémie*, par Hallopeau; *Mélanose*, par Heurtaux; *Méninges*, par Jaccoud et Labadie-Lagrave; *Menstruation*, par Stoltz; *Méphitisme*, par Hallopeau; *Mercure et mercuriaux*, par Hérard et Barralier; *Métrorrhagie*, par Siredey; *Microscope*, par Mathias Duval; *Migraine*, par Hirtz; *Moelle épinière*, par Hallopeau, etc., etc. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Soüef.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

De l'amygdalite caséeuse chronique.

Il y a quelques années, je fus appelé pour voir l'enfant d'un avoué de Paris, qui avait dans la gorge sur une amygdale une plaque blanche énorme et persistante, qui était fixée là depuis quinze jours et qui ne produisait pas autre chose qu'un peu de toux, sans fièvre et sans râles bronchiques.

On ne savait pas, au juste, depuis combien de temps existait cette lésion qui n'avait été découverte que par hasard.

L'enfant avait eu fréquemment des angines fébriles, folliculeuses, pultacées, de la nature de celles que Bretonneau appelait des angines couenneuses communes. Cette fois-ci elle n'avait rien de semblable.

Je prescrivis des collutoires au borax, puis des insufflations d'alun; je fis quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent. Aucun de ces moyens ne réussit. Alors avec une spatule je voulus enlever ce produit que je trouvai très-adhérent, mais, après plusieurs tentatives, j'enlevai un fragment énorme profondément enchassé dans l'amygdale. Cette exsudation avait le volume d'une petite noisette allongée, plate du côté du pharynx, en arrière, elle était couverte d'aspérités assez fortes implantées dans un trou de l'amygdale. Elle était formée de matière blanche, crémeuse, compacte, sans odeur, dure sur un point et ramollie, caséeuse, sur d'autres. C'était de la matière grasse condensée.

L'enfant ne souffrit aucunement de cette extraction, puis l'exsudat se reproduisit au bout de quelque jours, fut enlevé et ne reparut plus.

Aucun fait de ce genre n'a été signalé, et, comme depuis lors j'en ai observé plusieurs autres, il m'a semblé qu'il y avait là une forme d'amygdalite chronique utile à signaler.

Cette année, j'en ai vu quatre nouveaux exemples. L'un d'eux appartient à une vieille dame de soixante-dix ans, et les trois autres ont été observés chez des enfants.

Dans un de ces cas, la petite fille avait douze ans et elle fut prise comme son frère, son père et sa mère d'une angine couenneuse commune avec des exsudations blanchâtres, pointillées, folliculaires. Tout le monde guérit, si ce n'est elle qui après la période aiguë conserva pendant plusieurs mois la même exsudation qu'il fallut arracher fragment par fragment. Pendant toute cette période, l'enfant mangeait et sortait, comme de coutume, sans être aucunement malade. Elle fut assez bien pour aller à la retraite de son catéchisme et faire sa première communion.

Chez une autre petite fille, la seconde de cinq enfants de la famille, et qui eut, comme ses frères et sœurs, une angine couenneuse commune, il resta après guérison de l'état aigu une production blanche de l'amygdale droite que j'enlevai une ou deux fois par semaine pendant trois mois.

Chez les enfants et chez les adultes, il y a donc une angine tonsillaire chronique caractérisée par la persistance d'un exsudat blanchâtre, plus ou moins volumineux, formant une petite masse enchâssée dans les lacunes de l'amygdale.

Cette angine chronique est toujours la terminaison de ce que l'on appelle, depuis Bretonneau, l'angine couenneuse commune.

Elle produit des symptômes à peine appréciables de gêne dans la gorge, de chatouillement qui provoque un peu la toux, mais elle ne fait aucun obstacle à la déglutition. Elle n'est jamais accompagnée de fièvre de courbature, ni de perte d'appétit. En un mot il n'y a pas de phénomènes généraux, et je n'ai constaté chez les malades qu'un peu d'état saburral de la langue.

Comme phénomène local il y a donc, soit un, soit plusieurs points blancs situés sur les amygdales au niveau des follicules. Ces points blancs sont quelquefois assez petits, larges comme une petite lentille, et, quand ils sont plus gros, ils ont le volume d'un gros pois. On ne les observe souvent que d'un seul côté. Quand ils sont gros, ils offrent un certain relief, mais, lorsqu'ils ont un petit volume, ils forment plaque peu saillante. C'est en profondeur qu'ils s'étendent le plus. Ils pénètrent dans les lacunes ou follicules de l'amygdale par un prolongement plus ou moins considérable, et c'est là ce qui produit leur grande adhérence. Ceux qui séjournent longtemps et qui grossissent sur place dilatent alors le follicule de l'amygdale en tous sens et peuvent acquérir le volume d'une petite mûre, avec des aspérités qui représentent le moule de la cavité tonsillaire.

J'en ai ainsi retiré sans les briser qui avaient cette forme presque épineuse, et qui étaient durs comme des aspérités cartilagineuses.

Cette matière est molle ou dure, selon son ancienneté. Récente elle est caséeuse comme du tubercule ramolli que l'on écrase sous le doigt, et elle a quelquefois une odeur infecte. J'en ai vu un exemple. Plus ancienne, elle acquiert une dureté

presque cartilagineuse. Enfin, après son ablation, elle se reproduit avec la plus grande facilité. Elle est formée de matière grasse sous l'apparence de fines gouttelettes huileuses, mêlées à des cellules épithéliales et parfois à des cristaux de cholestérine solubles dans l'éther. C'est une sorte de matière sébacée.

Tous les topiques alcalins et acides, toutes les applications de nitrate d'argent, sont inefficaces contre cette forme d'amygdalite pour faire disparaître l'exsudation folliculaire persistante dont je viens de vous parler. Rien n'y fait, et il n'y a que l'extraction de la matière sébacée qui puisse guérir les malades.

Malheureusement, comme après l'enlèvement le produit se reforme assez vite, il faut recommencer, et c'est en insistant sur ce procédé que l'on arrive à un bon résultat. Il m'est arrivé de faire cette petite opération une ou deux fois la semaine jusqu'à guérison. Pour cela, avec l'extrémité recourbée d'une sonde cannelée mousse ou avec une petite curette courbe, on enlève l'exsudat qui se brise s'il est trop mou, mais que l'on a tout entier s'il est un peu résistant.

Chaque fois que le follicule se remplit, on le vide de la même manière, et ensuite avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent (50 centigrammes pour 30 grammes) on lave la cavité sécrétante.

Si ce moyen ne suffit pas pour empêcher la reproduction de l'exsudat, il faut alors faire l'excision de l'amygdale malade.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

Dans le *Boston medical and surgical journal* du 6 août 1868, le docteur Hodges publie un fait dans lequel ces artères furent liées pour un anévrysme présumé de l'innominée et de l'aorte. Le malade mourut onze jours après l'opération. A l'autopsie, qui fut faite d'une manière précipitée et imparfaite, on ne trouva d'anévrysme sur aucune de ces deux artères, bien qu'elles fussent toutes deux dilatées. La tumeur constatée pendant la vie *était sans doute le tronc trachéo-céphalique dilaté et repoussé en haut vers le cou par l'aorte dilatée elle-même et indurée.*

Le docteur Cheevers cite, dans le même journal du 6 mai 1869, un fait dans lequel il tenta sans succès la ligature de ces artères. Le malade fut anesthésié et presque tué par l'éther. Il en absorba pendant vingt minutes, et, à la fin, son sang avait pris une couleur sombre comme du sang veineux. L'incision sur la carotide ne permit pas d'atteindre ce vaisseau, à cause de l'écoulement du sang veineux qui masquait toutes les parties et ne permettait pas à l'opérateur de les distinguer. Il en fut de même pour la sous-clavière; on ne put rien voir; il y eut une hémorrhagie veineuse considérable; l'opérateur essaya de s'assurer de l'artère par le toucher; en passant l'aiguille sous l'artère, à ce qu'il supposait, il blessa la veine; il essaya alors de lier aussi la veine à l'aide d'une large dissection, et même à la fin en sectionnant la clavicule, mais tout cela inutilement. Le malade mourut deux heures après. L'anévrysme n'affectait que l'innominée; il contenait une certaine quantité de caillots, et la vertébrale était oblitérée. C'était donc un cas qui présentait d'excellentes conditions pour l'opération.

Telle est l'expérience que nous avons aujourd'hui de la double ligature périphérique. C'est évidemment une opération formidable qu'il ne faut pas entreprendre à la légère. Il y a les difficultés opératoires qui, dans une tumeur aussi volumineuse que celle à laquelle M. Durham avait affaire, par exemple, seront quelquefois très-considérables; il y a également les chances d'une erreur de diagnostic, comme dans le cas du docteur Hodges, où il n'y avait pas traces d'anévrysme, dans ceux de M. Heath, M. Maunder et du docteur Sand, où l'anévrysme était purement aortique et où la ligature de la carotide seule eut probablement pu suffire; enfin, il y a le danger d'être dans l'impossibilité de terminer l'opération. Chez le malade du docteur Cheevers, l'insuccès semble avoir été amené par la congestion veineuse extrême produite par l'éther. Dans un second cas, où M. Heath tenta la double ligature, il ne put pas atteindre la sous-clavière, parce qu'elle était recouverte par un lobe de la tumeur remplissant le triangle sous-clavier. Et cependant, ici encore, l'anévrysme était purement aortique, remarquable exemple de l'impossibilité où nous sommes, dans l'état actuel de nos connaissances, de porter un diagnostic absolument exact entre un anévrysme aortique et un anévrysme de l'innominée.

Mais passons aux cas de la troisième classe, dans lesquels la carotide seule a été liée entre les capillaires et la tumeur. Ici, je pense, les bienfaits de l'opération sont si évidents, dans quelques cas, que j'ai le droit d'en conclure que cette opération est formellement indiquée dans les cas auxquels elle est appropriée.

Il est convenable de séparer ici les cas où l'anévrysme affectait l'innominée d'une manière certaine ou bien dans lesquels il y avait de bonnes raisons de croire qu'il en était ainsi, et ceux dans lesquels il affectait l'aorte dans sa totalité ou en partie; je n'insisterai que sur ceux qui sont connus avec suffisamment d'exactitude pour m'autoriser à en tirer des conclusions précises.

Ceux qu'on donne comme n'affectant que l'innominée sont au nombre de onze; ce sont les cas de Aston Key, de Hutton, de Dohlkoff, de Wright, de Newson, de Broadbent, de Neumeister, de Scott, de Ordile, et les deux cas de Nussbaum. A première vue, et pour quelqu'un qui suivrait la méthode improprement nommée statistique, rien ne semble plus désastreux que l'expérience apportée par ces onze cas, puisque tous les malades sont morts au plus tard peu de semaines après l'opération. Mais, dans quelques-uns de ceux que nous connaissons avec le plus d'exactitude, nous voyons une preuve suffisante du pouvoir curatif de l'opération pour nous encourager à la répéter, et je dirai même plus, pour nous en imposer l'obligation.

Le cas qui est peut-être le plus frappant et le plus convaincant est celui du docteur Wright (de Montréal). Je n'en puis donner qu'une très-courte esquisse; mais je recommande, aux chirurgiens qui désirent se faire une opinion sur la valeur de la ligature périphérique dans les anévrysmes de l'innominée, d'étudier l'excellent travail que M. Wright a publié sur ce fait et de comparer la préparation, qui est représentée ici, avec le dessin auquel j'ai déjà fait allusion, d'un anévrysme de cette nature guéri spontanément (musée de l'hôpital Saint George). Comme cette importante brochure est peu connue, j'ai engagé le docteur Wright à en envoyer des exemplaires aux bibliothèques de ce collége et de la Société royale de médecine et de chirurgie.

Le malade de M. Wright était un homme de soixante-dix ans. La tumeur se présentait dans le creux sus-sternal à peu près dans la ligne médiane. On l'avait prise pour un abcès et

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juillet.

on y avait appliqué des cataplasmes; mais elle présentait les pulsations et le bruit caractéristique des anévrysmes, et, de plus, elle était sur le point de se rompre, la peau recouvrant le sommet de la tumeur était très-amincie et légèrement excoriée. La ligature de la carotide fut suivie de la disparition immédiate de la tumeur et de la consolidation rapide de sa partie la plus proéminente. Et ce qui est un fait unique, autant que je sache, c'est que cette peau amincie céda le second jour après l'opération, et, pendant plus d'une semaine, il s'écoula par l'ouverture ainsi formée une grande quantité de sérum du sang qui sourdait du caillot sous-jacent, et, pendant plus de trois semaines, la fistule qui en résulta ne put pas se fermer. La tumeur disparut graduellement, et au bout d'un mois elle n'était plus perceptible. Mais, trois semaines environ après l'opération, le malade fut frappé d'hémiplégie; et, après avoir traîné dans un état précaire pendant longtemps, il mourut quatre-vingt-sept jours après la ligature, ayant des abcès dans le cerveau.

Ces effets immédiats de l'opération parlent d'eux-mêmes: anévrysme sur le point de se rompre avant l'opération; affaissement immédiat de la tumeur et diminution des pulsations; rupture de la peau le lendemain de l'opération, sac tellement rempli de caillots que ce qui s'en écoule n'est pas du sang, mais du sérum; retrait continuel de la tumeur à mesure que le caillot devenait plus ferme et plus stratifié; cicatrisation finale de la fistule quand la tumeur se fut effacée. L'opération fut fatale par les résultats qu'elle eut sur le cerveau, le malade mourant avec des abcès dans l'hémisphère cérébral, comme il est arrivé à la suite de quelques autres ligatures de la carotide. Mais l'état des parties montre clairement que si le malade eut survécu, l'anévrysme lui eut fait éprouver très-vraisemblablement aussi peu d'inconvénients qu'en éprouva le malade du docteur Bence Jones à la suite de l'oblitération de la carotide par la fixation d'un caillot. L'analogie est, en réalité, frappante. Dans le cas du docteur Wright comme dans celui du docteur Bence Jones, on voit la carotide oblitérée depuis son origine dans la tumeur jusqu'à sa bifurcation. Toute la partie supérieure et antérieure du sac est remplie par un caillot solide, et la seule partie qui reste non oblitérée est le canal resté perméable pour la transmission du sang de l'aorte à la sous-clavière.

Le cas du docteur Hutton est intéressant surtout à cause de la suppuration du sac qui survint et qui fut la cause de la mort. Dans ce cas, on avait essayé le *traitement de Valsava* avant d'en venir à l'opération; et, si par cette expression on entend la phlébotomie à outrance et la déplétion peu judicieuse que recommandait ce chirurgien, nous sommes en droit de supposer que le manque d'union qui se montra dans la portion de l'artère comprise dans la ligature et l'absence de coagulation solide dans le sac ont été la conséquence de l'impression fâcheuse produite sur l'organisme. Dans ce cas, la sous-clavière était en partie oblitérée par des caillots, ce qui eut sans doute été une circonstance favorable à la guérison, si le malade eut possédé une force vitale, une puissance de guérison suffisante. De ce que chez ce malade la réunion de l'artère et la consolidation du sac n'ont pas pu se produire, il n'en faut pas conclure que ce double résultat soit improbable chez un sujet en possession d'une constitution plus vigoureuse.

En continuant l'examen de notre table de ligatures périphériques de la carotide, nous arrivons aux anévrysmes désignés comme anévrysmes mixtes de l'innominée et de la carotide ou de la sous-clavière, qui sont au nombre de sept: les cas d'Evans, de Morrisson, de Rompani ou de Vilardebo, le premier cas de Pirogoff, dans lesquels on jugea que la carotide était également affectée; les cas de Mott, de Fergusson et de Porta, dans lesquels la sous-clavière était impliquée.

RÉTINITE ALBUMINURIQUE

Par M. le docteur M. F. Poncet (de Cluny).

M. Poncet résume ainsi le résultat de ses recherches dans cinq cas d'albuminurie.

Les lésions qui atteignent les membranes profondes de l'œil dans certaines variétés d'albuminurie se rencontrent sur la rétine, dans le corps vitré, dans la choroïde et dans le nerf optique.

Sur la membrane nerveuse se produisent des hémorrhagies, des exsudats liquides, des plaques fibrineuses, des taches de dégénérescence colloïde-graisseuse.

Les *hémorrhagies*, nées dans les couches les plus internes de la rétine, s'étalent à sa surface, en suivant l'expansion des fibres du nerf optique, ou fusent dans l'épaisseur le long des travées de Müller. Les globules sanguins peuvent atteindre les bâtonnets.

L'*exsudat liquide* se produit surtout dans la couche des fibres du nerf optique, qu'il dissocie et refoule par paquets contre le tissu conjonctif, en laissant de larges loges vides. Ce liquide ne contient pas d'éléments figurés. C'est l'œdème simple.

Les *plaques d'exsudation fibrineuse* se présentent sous une forme caractéristique, quoique variable, suivant le niveau ou la fibrine s'est déposée.

Entre les fibres du nerf optique, l'exsudat fibrineux, coagulé par le liquide de Müller, apparaît sous l'aspect d'un fin réseau, irrégulier, à fibres à double contour, anastomosées, sans noyau. Cette masse et le liquide exsudé chassent les fibres du nerf optique contre la couche des cellules ganglionnaires, détruisent la disposition régulière des fibres connectives de Müller, et les déchirent en partie.

Dans les couches inférieures, l'exsudat fibrineux peut s'étendre partout, mais il occupe surtout l'intervalle entre les deux couches des grains. Là encore, il écarte un certain nombre de fibres radiées, qui forment une espèce de loge où le fin lacis fibrillaire est mélangé à quelques travées de Müller brisées. Ces pelotons isolés sont disposés presque régulièrement entre les bandes des grains qui diminuent elles-mêmes de hauteur.

Enfin l'exsudat peut atteindre les bâtonnets et les cônes. Ces éléments s'atrophient alors, deviennent granuleux et forment un magma colloïde, semi-transparent, où les franges des bâtonnets et des cônes ressortent encore avec la plus élégante régularité. Plus bas, l'exsudat décolle la rétine de la choroïde: il se mélange de cellules pigmentaires altérées.

Dans certains points de la rétine, si l'exsudat ne se coagule pas en fibrilles, il forme des plaques granuleuses, englobant toutes les parties voisines, et au centre desquelles on retrouve la lumière d'un fin capillaire.

Les *taches graisseuses*, si remarquables par leur aspect brillant, ont donné lieu à bien des interprétations différentes (Müller, Heymann, 1856; Wagner, 1857; Charcot, Lecorché, 1858; Nagel, 1860; Schweiger et Graefe, 1860-1871; Hulke, 1862; Robertson, Argyll, 1870; Rosenstein, 1874). Donnant à la rétine une épaisseur cinq à six fois plus grande qu'à l'état normal, ces plaques siégent d'une façon absolue dans la couche des fibres du nerf optique, en dedans des cellules ganglionnaires et des grains. Ces deux derniers éléments n'y prennent aucune part.

Sur des préparations plates, amincies au pinceau et colorées, la plaque blanche apparaît sous les fines fibres de l'expansion du nerf optique qu'elle dissocie, pour montrer de gros éléments irréguliers plongeant vers la profondeur et peu colorés. Au centre de ces éléments ronds, ovoïdes, fusiformes, on reconnaît souvent soit une apparence de noyau rouge, mais sans nucléole, soit un corps central cylindrique, déformé, qui se perd dans le fond de la préparation.

Sur les dissociations de ces taches, il est aisé de distinguer deux éléments particuliers: 1° des fibres de l'expansion de la papille à renflements, fusiformes, énormes et devenues granulo-colloïdes, 2° d'autres fibres commençant par un large entonnoir conoïde, se

terminant en un mince filament, après plusieurs renflements graisseux. Au centre de l'entonnoir peu coloré, plonge un cylindre-axe très-vivement carminé, et, suivant que ce cylindre-axe est examiné plus ou moins de face ou de côté, on voit une sorte de noyau central homogène ou un noyau suivi d'une portion de cylindre.

Sur des coupes perpendiculaires, les plaques blanches, refoulant tout à leur périphérie, apparaissent composées d'une série de sections plus ou moins rondes, ayant à leur centre une seconde section plus ou moins oblique d'un corps également cylindrique. La partie externe se colore difficilement; le cylindre central, très-aisément par le carmin. Entre ces sections perpendiculaires des fibres du nerf optique existent des fibres connectives de Müller peu altérées. On trouve aussi de la graisse en petites vésicules isolées ou en gros globules granuleux.

Les plaques blanches graisseuses sont donc constituées par la dégénérescence colloïde et graisseuse avec hyperthrophie des fibres du nerf optique, et par la même lésion portant sur l'infundibulum interne des travées de Müller. Les coupes et les dissociations démontrent la présence d'un cylindre-axe, soit au milieu des plis du nerf optique altéré, soit dans l'infundibulum de certaines travées radiées de Müller. Le cylindre-axe ressort nettement dans ces cylindres colloïdes, et on a pris pour des cellules les sections plus ou moins perpendiculaires des fibres radiées ou nerveuses, dégénérées.

Les plaques exsudatives et les taches graisseuses peuvent se combiner sur un même point de la partie la plus interne de la rétine.

Les altérations des vaisseaux rétiniens se rattachent à l'endartérite granulo-graisseuse des gros vaisseaux et des plus fins capillaires.

Les lésions précédentes de la rétine amènent dans le corps vitré une prolifération ou une migration des gros éléments cellulaires, sur la limitante interne où ils peuvent former relief.

Le nerf optique, à la papille, offre souvent toutes les lésions de la névrite en saille. Ce renflement pathologique amène la destruction d'un certain nombre de bâtonnets et de cônes, près de l'anneau sclérotical. Les hémorrhagies et les taches graisseuses dans la papille, ne dépassaient pas dans les cas observés la limite de la lame criblée.

Nous avons constaté une endartérite avec oblitération complète de l'artère centrale du nerf optique par un caillot, dans un cas de cécité albuminurique, qui s'etait ensuite notablement amélioré. La rétine ne présentait pas alors les lésions précédemment décrites.

La choroïde n'échappe pas aux altérations générales. Les capillaires et les gros vaisseaux sont irrégulièrement pris de dégénérescence colloïde, sur une très-grande étendue. De là des hémorrhagies interstitielles, une choroïdite généralisée et des exsudats en dehors de la rétine, avec décollement de cette dernière membrane.

DE L'INFLUENCE DES PURGATIONS

ET DE L'INANITION SUR LA PROPORTION DES GLOBULES CONTENUS DANS LE SANG

Par M. Brouardel, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Vu l'importance qu'a prise la numération des globules rouges et blancs du liquide sanguin depuis les travaux de MM. Malassez et Hayem, M. Brouardel a cru utile de noter un fait qui peut, dans certains cas, être une cause d'erreur, et qui d'ailleurs est intéressant par lui-même.

Lorsqu'une purgation est administrée à un malade, la concentration du sang augmente en quelques heures dans une proportion très-notable. Du jour au lendemain, le chiffre qui représente le nombre des globules rouges peut s'élever de 1 million par millimètre cube. Ordinairement la variation n'est pas aussi considérable, mais M. Brouardel l'a toujours trouvée supérieure à 200,000. Il n'est pas nécessaire que la purgation ait été suivie de garde-robes très-nombreuses, une, deux, quatre selles suffisent pour enlever au sang une quantité de sérum suffisante et amener cette concentration.

L'élévation du chiffre des globules rouges précède même le moment de la première évacuation alvine; vingt-quatre heures après la purgation, le chiffre qui représente le nombre des globules rouges est le même que celui du jour qui précédait la purgation.

L'influence des purgations sur le chiffre des globules blancs est plus variable. Dans ses leçons, M. Ch. Robin dit qu'une simple diarrhée, l'administration d'un purgatif suffisent pour amener une augmentation notable dans le nombre des leucocytes qu'on trouve mêlés aux disques rouges. Les recherches de M. Brouardel n'ont pas absolument confirmé cette remarque qui, d'ailleurs, a été faite avant l'emploi des hématomètres de précision. Il a trouvé tantôt une augmentation, tantôt une diminution du chiffre des globules blancs, sans qu'il ait pu en déterminer la cause.

Bien que le chiffre des globules blancs n'ait pas toujours varié dans le même sens, le chiffre qui indique le rapport entre les globules rouges et les blancs a toujours subi une augmentation.

En résumé, une purgation concentre le liquide sanguin, le dépouille de son sérum; cette action est transitoire, mais très-marquée. Elle soustrait au sang une partie de ses éléments; elle est l'analogue de ce que l'on eût appelé autrefois une saignée blanche.

Cette influence méconnue pourrait être une cause d'erreur dans l'interprétation des courbes de variations des globules dans les maladies.

M. Brouardel rapproche de ces faits ceux qu'on observe dans l'inanition. Il rappelle la communication faite par M. Lépine à la Société de biologie sur la mensuration des globules chez les nouveau-nés. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 15 février 1876, page 150.)

M. Brouardel traduit ainsi les faits constatés par M. Lépine, sur le nouveau-né : l'enfant, à la diète le premier jour, mange son sérum, l'enfant, nourri les jours suivants, emmagasine du sérum, et le rapport des globules et du sérum se trouve renversé. A l'appui de cette proposition, M. Brouardel cite un exemple emprunté à M. Lépine, et l'exemple suivant qui lui est personnel; un homme de quarante-huit ans boit par erreur une gorgée d'acide sulfurique. Dans les deux mois qui suivirent, il lui est impossible de garder aucun aliment solide ou liquide. Le cathétérisme ne dénote aucun obstacle dans l'œsophage et le malade meurt littéralement de faim quatre mois après l'accident. L'autopsie montre que le pylore avait été le siége d'une ulcération. La cicatrisation avait amené un rétrécissement de l'orifice, tel qu'à peine un stylet pouvait y passer. Deux jours avant la mort, la numération des globules donnait : globules rouges 4,849,395; globules blancs 7,852; le liquide sanguin était tellement visqueux, qu'à l'autopsie le sang tombait d'une coupe du foie comme un sirop épais.

L'inanition et la spoliation purgative ont donc le même effet, diminution du sérum, augmentation proportionnelle du chiffre des globules rouges. Si l'on voulait, ajoute M. Brouardel, rendre par une formule ultra-paradoxale le résultat de ces recherches, on pourrait la traduire ainsi : Voulez-vous rendre un homme pléthorique, mettez-le à la diète et purgez-le.

Cette conclusion, révoltante pour le bons sens, prouve que la numération des globules ne donne que des résultats relatifs. Les variations qu'on observe n'ont de valeur que suivies peu à peu, et que si on tient compte d'une foule d'autres phénomènes.

M. Brouardel, en terminant, ajoute que ces numérations ont été faites par un de ses externes, M. Bastard, qui a pris soin d'écarter toutes causes d'erreur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 juillet 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Localisations cérébrales. — M. Charcot présente des pièces anatomiques qui confirment l'opinion qu'il a déjà soutenue relativement à certaines localisations cérébrales. On sait qu'il divise les localisations cérébrales en profondes et en corticales ou superficielles. Parmi les premières, il n'en connaît qu'une seule de parfaitement

déterminée, c'est celle dont le siége est en arrière de la capsule interne, et qui se traduit toujours par de l'hémi-anesthésie. C'est là la seule localisation qu'il admette dans les couches profondes du cerveau.

Parmi les localisations corticales ou superficielles, il ne connaît bien que la localisation des lésions qui siégent dans le système du lobe paracentral et qui se traduit par des troubles moteurs. M. Charcot comprend dans ce système non-seulement le lobe paracentral lui-même, mais aussi la circonvolution frontale ascendante, et la pariétale ascendante dont, au reste, le lobe paracentral n'est que l'épanouissement à la face interne.

Érythème des nouveau-nés. — M. PARROT fait une communication sur ce sujet. On sait, dit-il, que l'érythème des nouveau-nés occupe généralement les fesses, les cuisses et les jambes, c'est-à-dire les parties qui sont irritées par le contact des matières et de l'urine. Cette affection, chez le nouveau-né, revêt deux aspects difrents : le plus communément, ce sont de petites vésicules entourées d'une auréole rouge, finissant par se grouper les unes les autres en masses rouges plus ou moins étendues, par se détruire et par laisser à leur place une surface rouge plus ou moins grande.

Mais il est une autre forme, plus rare, qui consiste en petites papules, dont la saillie peut atteindre 1 millimètre et qui présentent une coloration violacée, un aspect luisant, qui s'excorient et finissent par s'ulcérer. En résumé, M. Parrot reconnaît deux formes d'érythème, l'une vésiculeuse et l'autre papuleuse.

Il a étudié, au microscope, les lésions de chacune de ces formes. Voici quelles sont celles de la forme vésiculeuse :

Quand on a fait durcir la peau par les procédés habituels, on constate, sur une coupe, d'abord un léger soulèvement de la couche cornée, appréciable à un grossissement de quelques diamètres. Cette couche est, en outre, épaissie, doublée ou même triplée de volume. Le corps muqueux de Malpighi est également doublé. Au lieu d'y trouver les cellules aplaties qu'on observe à l'état normal, on constate que ces cellules ont pris une forme sphéroïdale, qu'elles présentent un volume double ou triple de leur volume normal. Cette augmentation de volume s'observe jusque dans les couches profondes, mais en devenant de moins en moins appréciable, à mesure que l'on s'éloigne de la couche cornée. Les cellules ne se colorent plus par les réactifs; elles sont devenues *hydropiques*, c'est-à-dire qu'elles se sont remplies d'une certaine quantité de liquide. Voilà ce qui a lieu pour les cas légers. Dans des cas plus graves, les noyaux et les nucléoles ne se distinguent plus les uns des autres et finissent par disparaître. La couche cornée s'amincit alors, finit par se briser et par disparaître complétement. Cette période correspond à l'ulcération. Telles sont les lésions de la forme vésiculeuse.

M. Parrot fera connaître, dans une prochaine communication, quelles sont les lésions de la forme papuleuse.

Rétinite albuminurique. — M. PONCET fait une communication sur l'anatomie pathologique de la rétine albuminurique. (Voir plus haut.)

Conformations du pied consécutives aux diverses espèces de paralysie. — M. ONIMUS à l'aide d'un procédé très-simple, qui consiste à fixer sur du papier noirci, avec du noir de fumée, la forme du pied du malade dans la position exacte qu'il a lorsqu'il appuie sur le sol, est arrivé à démontrer que la conformation du pied varie suivant l'affection à laquelle elle est due. Il reviendra prochainement sur ce sujet.

Influence de l'air comprimé sur les organismes vivants. — M. PAUL BERT, dans les communications antérieures qu'il a faites sur ce sujet, n'a envisagé la question qu'au point de vue chimique. Le côté physico-mécanique de la question, c'est-à-dire la compression proprement dite, a été jusqu'ici laissé de côté à dessein par lui. A ce point de vue, la question a été particulièrement étudiée par un physiologiste étranger dont nous n'avons pu saisir le nom. Ce physiologiste s'appuie, pour démontrer l'action mécanique de l'air comprimé sur les organes vivants, sur une expérience sans valeur et qui ne prouve rien, parce qu'il a recours aux solides et aux liquides pour sa démonstration, tandis qu'en pareil cas c'est aux gaz seuls qu'il faut s'adresser. Voici l'expérience à laquelle a recours M. Paul Bert : on tue un chien, on mesure sa capacité pulmonaire qui est, par exemple, de 300 centimètres cubes. Dans la trachée de ce chien pénètre un tube en Y dont une branche est libre et dont l'autre, munie d'un robinet, aboutit à une vessie de caoutchouc vide d'air. Par la branche libre on introduit, sous l'influence d'une pression déterminée, 600 centimètres cubes d'air. Si on décomprime brusquement et qu'on ouvre le robinet, on trouve dans la vessie de caoutchouc 700 centimètres cubes d'air. La capacité thoracique s'était étendue de 300 à 350 centimètres cubes; l'augmentation de la quantité d'air n'est pas absolument proportionnelle à la pression.

Au point de vue thérapeutique, c'est-à-dire des bains d'air comprimé, il résulte de l'expérimentation et de l'observation clinique, que le diaphragme, par suite d'une véritable gymnastique, s'habitue, en quelque sorte, à s'abaisser et conserve cette habitude, même après la cessation des bains.

Influence de l'éthérisation sur les végétaux. — M. CL. BERNARD a entrepris une série d'expériences tendant à prouver que l'éthérisation agit aussi bien sur les végétaux que sur les animaux. En effet, étant démontré qu'elle agit finalement sur tous les tissus des animaux et, en dernier lieu, sur le système nerveux central, si les plantes ont des tissus, l'éthérisation doit également agir sur elles. C'est, en effet, ce qui a lieu. Tous les actes vitaux, qu'ils se passent chez l'animal ou le végétal, peuvent être anesthésiés. C'est ainsi que, chez les plantes, la germination s'arrête sous l'influence de l'éther. M. Cl. Bernard introduit dans deux tubes identiques du cresson, qui, comme on sait, germe du jour au lendemain; dans l'un de ces tubes il verse de l'éther, et, dans ce tube, la germination s'arrête, mais non pas définitivement, car aussitôt qu'on retire l'éther elle reprend. On n'a donc pas tué la graine, on a seulement endormi la plante; ce n'est pas une mort, c'est une anesthésie. Ce fait ne s'observe pas seulement sur les plantes, il s'étend à tout ce qui est vivant et aux ferments eux-mêmes, aussi bien qu'aux plantes et aux animaux. Ainsi la levûre de bière, en contact, pendant vingt-quatre heures, avec de l'éther, est parfaitement endormie, de même que la plante, elle reprend aussitôt qu'on cesse l'éthérisation. M. Paul Bert, dans les expériences qu'il a communiquées à la Société, relatives à l'influence de l'oxygène sur tout ce qui vit, tue la levûre de bière, M. Cl. Bernard se contente de l'endormir.

L'anesthésie, est donc un fait général, commun à tout ce qui vit, animal, plante ou ferment.

M. PAUL BERT fait observer que pour ce qui a trait à la sensitive, il faut distinguer ses mouvements provocables et ses mouvements spontanés. Sous l'influence de l'éthérisation, les premiers seuls s'arrêtent, les autres n'en continuent pas moins à se produire.

Hémorrhagie du plancher du quatrième ventricule, albuminurie, glycosurie. — M. DUTRAY communique l'observation d'un malade, qui, à la suite d'une hémorrhagie du plancher du quatrième ventricule, a très-manifestement présenté de l'albuminurie et de la glycosurie.

La séance est levée à six heures moins un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juillet 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADE

Ulcération tuberculeuse de la langue. — M. FÉRÉOL présente un malade atteint d'une ulcération probablement tuberculeuse de la langue. C'est un homme de soixante-deux ans, ouvrier forgeron, dont le père est mort phthisique, et qui, à dix huit ans, a eu un chancre pour lequel il n'a suivi aucun traitement spécifique. Depuis ce temps, il n'a présenté aucune manifestation syphilitique. Il n'a jamais eu non plus de traces de scrofule. Par contre,

cet homme a eu deux pneumonies, l'une à trente-deux ans, l'autre à cinquante-sept. Depuis, il n'a pas cessé de tousser. Il présente aujourd'hui des signes manifestes de tuberculisation pulmonaire.

Tout en admettant qu'il s'agit dans ce cas d'une ulcération tuberculeuse, M. Féréol fait observer qu'il y avait lieu d'hésiter entre cette affection et une gomme syphilitique.

COMMUNICATIONS

De l'influence des purgations et de l'inanition sur la proportion des globules rouges contenus dans le sang. — M. BROUARDEL lit une note sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Anémie essentielle. — M. LÉPINE lit un travail sur ce sujet. Depuis quelque temps, dit-il, l'attention a été appelée sur une espèce, prétendue nouvelle, d'anémie qu'on a désignée sous les noms d'*anémie essentielle maligne*, *essentielle fébrile*, etc., et que l'on s'accorde généralement à nommer aujourd'hui *progressive pernicieuse*, mauvaise dénomination que repousse M. Lépine.

Il passe en revue tous les travaux qui ont été publiés sur ce sujet depuis celui de Gusserow (1871). Presque toutes les observations présentées depuis cette époque ont trait à des femmes, âgées de dix-huit à cinquante ans, qui, la plupart du temps sans cause appréciable, d'autrefois dans le cours d'une grossesse ou à la suite d'hémorrhagies répétées ou de fatigues excessives, ont rapidement succombé après avoir présenté tous les caractères d'une profonde anémie, sans que, pendant la vie, aucune diathèse, ni après la mort, aucune lésion organique pût expliquer cette anémie.

Les principaux de ces travaux depuis celui de Gusserow, le premier en date, sont de MM. Biermer, Immermann, Broadbent, Schule, Pepper, Pye Smith et Scheby-Buch. En outre, des cas analogues avaient été déjà observés par beaucoup de cliniciens, notamment par Piorry, Beau, Addisson, Wilks, Trousseau, etc.

M. Lépine ayant eu l'occasion d'observer récemment un cas de ce genre, le communique à la Société. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, lingère, qui entra à l'hôpital Beaujon et y a accouché, le 25 novembre, d'un enfant venu avant terme. Cette femme, de constitution délicate, n'a jamais eu de maladie grave; elle avait seulement, à plusieurs reprises, souffert de maux d'estomac. Elle a déjà eu deux grossesses; le début de sa maladie actuelle coïncide avec le début de sa troisième grossesse. Elle a débuté par une augmentation insolite de l'appétit, de la dyspepsie, des douleurs dans la région épigastrique. Le malade maigrissait, sa peau prit une teinte terreuse, ses forces diminuèrent progressivement. Ses jambes étaient enflées jusqu'au mollet, deux mois déjà avant son entrée à l'hôpital. Depuis la même époque, elle a eu constamment de la diarrhée. Dès le début de sa grossesse, elle s'est mise à tousser; cette toux était suivie d'une expectoration muqueuse; mais jamais de crachement de sang. Cet état persista après l'accouchement, sauf la diarrhée, qui a beaucoup diminué. La palpation de l'abdomen ne révèle l'existence d'aucune tumeur; l'examen des organes thoraciques aucune lésion; l'auscultation du cœur seulement un souffle systolique (anémique). La numération des globules donne 909,000 par millimètre cube; pas d'augmentation des globules blancs; pas de tuméfaction des ganglions lymphatiques; apyrexie complète; jamais d'hémorrhagies; l'urine pâle ne renferme pas d'albumine (gouttes noires et viande crue).

Les gouttes noires arrêtent la diarrhée et font cesser les douleurs. Le chiffre des globules remonte à 1,129,500. Après quelques jours d'amélioration, pendant lesquels cependant la malade a toujours conservé son aspect cachectique, elle pâlit davantage, perd de plus en plus ses forces; le nombre des globules va chaque jour en diminuant. Un peu plus de deux mois après son entrée à l'hôpital (10 janvier), la cachexie a fait des progrès considérables; on constate de l'œdème des paupières, de l'œdème des malléoles; la peau est cireuse, somnolence, faiblesse considérable, notable affaiblissement de la vue; plus de souffle au cœur, souffle intermittent au cou; pouls radial insensible, 20 respirations par minute, pupilles un peu dilatées, muqueuses tout à fait décolorées, selles pâles et fétides; température du vagin, 34°,8; nombre des globules, 378,750. Mort, le lendemain matin, 11 janvier.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, sauf quelques lésions relativement insignifiantes de broncho-pneumonie unilatérale, on n'a trouvé, après l'examen le plus minutieux de tous les organes, qu'une dégénérescence graisseuse assez circonscrite du muscle cardiaque (lésion secondaire) et une anémie à sa dernière limite.

Les résultats négatifs de cette autopsie permettent de conclure qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une anémie idiopathique.

M. Lépine fait suivre la relation de cette observation de considérations de physiologie pathologique. D'après lui, l'action longtemps prolongée de mauvaises conditions hygiéniques, d'une inanition relative, d'une dyspepsie, d'un catarrhe intestinal *chez certains sujets prédisposés*, notamment chez les femmes enceintes qui, physiologiquement présentent un certain degré d'anémie (Andral, Cazeaux, Regnauld), suffit pour expliquer aussi bien qu'une lésion organique (tubercule ou cancer) le développement et la marche fatale d'une anémie. Il faut remarquer ensuite qu'on pourrait établir des formes suivant que les malades ont présenté ou non de la fièvre, des hémorrhagies, suivant qu'elles succombent dans un état d'embonpoint ou d'émaciation. Mais ce sont, dit-il, des *variétés symptomatiques* sans grande importance.

M. GUBLER ne doute pas que chacun de ses collègues n'ait le souvenir de quelques faits analogues à celui que vient de communiquer M. Lépine. Il a, quant à lui, parfaitement présents à la mémoire plusieurs cas de ce genre, c'est-à-dire des cas où l'autopsie n'a donné que des résultats absolument négatifs; mais à côté de ces faits, M. Gubler fait observer qu'il y a un certain nombre de cas où ces anémies sont entièrement copiées, menties, pour ainsi dire, par des anémies tout à fait semblables, se montrant avec les mêmes particularités jusqu'au moment où apparaissent certaines lésions, où se manifestent certaines diathèses, en particulier les diathèses cancéreuse ou tuberculeuse. C'est ainsi qu'on voit des malades subir une profonde altération de leur santé, de grands changements dans leur état, en un mot, présenter tous les caractères d'une profonde anémie, sans qu'il soit possible de constater chez eux aucune lésion. Mais un an ou deux après seulement, apparaissent tous les symptômes rationnels d'un cancer de l'estomac. Ou bien ce sont des jeunes filles profondément chlorotiques, chez lesquelles on ne constate aucun signe particulier, et qui n'en sont pas moins profondément tuberculeuses. Enfin, chez des sujets, entachés pour la plupart héréditairement de certains vices, comme disaient les anciens, l'anémie seule se montre, anémie qui reconnaît les mêmes causes que celles dont il vient d'être question.

M. LÉPINE fait ressortir toute l'importance de la remarque de M. Gubler et croit qu'il serait bon d'appeler l'attention des cliniciens sur ce fait de l'existence d'une disposition diathésique pouvant être la cause de ces anémies dites essentielles.

M. LAVERAN demande à M. Lpine s'il a examiné la moelle des os chez sa malade.

M. LÉPINE répond affirmativement et déclare n'y avoir rien trouvé.

M. FÉRÉOL demande à M. Lépine pour quelle raison, dans ce cas, il n'a pas fait la transfusion.

M. LÉPINE répond que, dans les cas analogues, la transfusion n'a donné aucun résultat. Ensuite il n'a porté le diagnostic d'anémie essentielle que dans les quinze derniers jours, à une époque où la transfusion ne pouvait plus servir à rien. Jusque-là il soupçonnait l'existence d'un cancer de l'estomac.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES

Tuberculose aiguë. — M. LAVERAN présente des pièces anatomiques recueillies chez un malade mort dans son service d'une tuberculose aiguë. Tous les caractères anatomiques de cette affection sont très-évidents sur les pièces présentés par M. Laveran.

ÉLECTION

M. le docteur Lacassagne, médecin militaire, est élu membre de la Société.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour discuter certaines questions relatives aux services de médecine dans les hôpitaux.

VARIÉTÉS

—

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV

Premier Rigorosum.

Physique, chimie, anatomie, physiologie. Cet examen est à la fois théorique et pratique. En anatomie, il faut faire une préparation, et subir plusieurs interrogations sur un cadavre; en physiologie, il faut faire de même des préparations histologiques, et même des analyses. Dès la fin de la quatrième année l'étudiant peut se présenter à ce premier Rigorosum; cet examen est purement oral.

Second Rigorosum.

La seconde et la troisième partie de l'examen sont passées à la fin de la cinquième année d'études. Elles sont simplement orales comme la première.

Pathologie générale, thérapie, matière médicale (pharmacologie, toxicologie, art de formuler).

Anatomie pathologique : 1° examen pratique avec dissection et démonstration de pièces; 2° examen théorique.

Pathologie interne : 1° examen pratique au lit du malade; 2° examen théorique.

Troisième Rigorosum.

Pathologie externe : 1° examen clinique au lit du malade, application de bandages et d'appareils, opération chirurgicale sur le cadavre; 2° examen théorique.

Ophthalmologie : 1° examen théorique; 2° examen clinique au lit du malade; 3° opération sur le cadavre.

Accouchements et gynécologie : 1° examen clinique (cas de grossesse ou de gynécologie), démonstration sur le mannequin; 2° examen théorique.

Médecine légale : examen verbal.

La promotion, pour le doctorat en médecine, est un acte d'université et non de faculté, qui se fait en présence du doyen et du recteur, par un professeur ordinaire. Le diplôme délivré est en langue latine.

Le doctorat en médecine *complet*, qui supprime les titres et les programmes spéciaux pour le doctorat en chirurgie, la maîtrise en accouchement et en ophthalmologie, donne le droit d'exercer dans tout l'empire Austro-Hongrois. Avant 1848, les docteurs de la Faculté de Vienne seuls pouvaient pratiquer dans tout l'Empire. Ceux des autres Facultés, seulement dans la province qui était du ressort de l'université où ils avaient reçu leur diplôme.

Ainsi qu'on le voit par la lecture de ce nouveau programme, ces examens reproduisent presque exactement nos examens de doctorat (2).

L'examen portant sur les sciences accessoires, peut être passé dès le début des études, à la sortie même du gymnase. Nous y trouvons, comme dans notre premier examen de fin d'année, la botanique et la zoologie, étudiées à un point de vue plus particulièrement médical. Ces matières, une fois passées en revue, l'étudiant n'a plus à y revenir, elles ne reparaissent pas au premier Rigorosum. Nous voyons que le programme autrichien comporte, de plus que le nôtre, l'étude de la minéralogie. L'immatriculation sur les registres de l'université a pour unique condition, la présentation du *certificat de maturité*, obtenu à la sortie du gymnase, certificat analogue à nos baccalauréats. L'étudiant en médecine passe d'ordinaire cet examen d'assez bonne heure, afin de pouvoir se consacrer à l'étude de la médecine proprement dite.

Cet examen préparatoire passé, l'élève peut se présenter au premier Rigorosum. Cette première partie de l'examen doctoral général présente ce caractère de n'avoir point l'unité, l'harmonie qu'offre notre second examen de fin d'année, et notre premier examen de doctorat. La chimie et la physique, au lieu de prendre place dans l'examen préparatoire ou dans un examen spécial, viennent de pair avec l'anatomie et la physiologie, disposition qui pourra paraître plus ou moins logique. Ce premier Rigorosum peut être passé au bout de deux ans de séjour à l'université. Des étudiants préfèrent le passer avec les deux derniers Rigorosa, à la fin de leurs études, afin de ne se laisser distraire par aucune préoccupation étrangère à l'étude de la médecine proprement dite. Dans cet examen, le candidat a ici à faire, comme en France, une préparation anatomique, et à soutenir sur l'anatomie un interrogatoire simplement théorique. Le programme de 1872 a ajouté, dans la partie physiologique, la préparation de pièces histologiques.

Le second et le troisième Rigorosa, ne peuvent être passés qu'à la fin de la cinquième année. Le candidat est interrogé dans le second Rigorosum sur la pathologie interne, sur la pathologie générale et sur la matière médicale tout ensemble. L'examen de médecine est double : par la partie clinique, il rappelle notre cinquième examen de doctorat, par la partie théorique, le troisième de fin d'année et le deuxième de doctorat. La matière médicale le rapproche de notre quatrième de doctorat : par la partie pratique (dissection et démonstration des pièces morbides) de l'anatomie pathologique il s'éloigne de nos programmes. La pathologie chirurgicale est rejetée dans le troisième Rigorosum.

Faculté de médecine. — *Avis.* — Le doyen a l'honneur de prévenir MM. les étudiants qui désirent soutenir leur thèse avant les vacances, qu'ils doivent déposer leur manuscrit au secrétariat de la Faculté, avant le 1er août.

MM. les étudiants qui déposeront leur manuscrit après cette date, ne pourront soutenir leur thèse qu'à partir du 15 octobre.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juillet.

(2) Dans l'esprit du décret de 1872, l'entrave des examens semestriels n'existant pas, cette modification constitue pour l'étudiant et pour le professeur ce que l'on peut appeler, d'une certaine façon, la liberté d'enseignement. Un des bons côtés de cette suppression serait de *former le caractère* de l'étudiant, en lui apprenant à travailler sans être sous la menace incessante du refus à l'examen semestriel : le professeur-examinateur ayant toujours la ressource d'atteindre l'élève dans un Rigorosum sévère, et de le renvoyer s'il trouve son savoir insuffisant.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous n'entrerons pas dans la discussion des hypothèses qui viennent d'être émises à propos du pansement ouaté de M. Alphonse Guérin.

Le passage de l'air à travers l'appareil est-il réellement utile, ainsi que M. Pasteur tend à le supposer?

L'oxygène pur, sur une plaie, influerait-il avantageusement sur le travail de nutrition locale et de réparation?

Ce travail de réparation serait-il vraiment comparable à celui qui reconstitue les cristaux brisés que l'on plonge dans une solution saturée de même sel?

Les organismes microscopiques que l'atmosphère tient en suspension seraient-ils les seuls agents nuisibles qu'il puisse porter sur une plaie?

Toutes ces questions ne sont pas assez mûres pour qu'il y ait réel avantage à s'y arrêter longuement.

La discussion sur les bruits de souffle de la grossesse se continue à bâtons rompus.

Aujourd'hui, M. Depaul a mis sous les yeux de l'Académie la démonstration anatomique de ce qu'il avait avancé relativement aux artères utérines, à leur développement, leur disposition, leur forme, chez la femme enceinte.

Il est certain que le calibre de ces artères s'accroît rapidement, à mesure qu'elles s'élèvent sur les côtés de l'utérus, et que bientôt il dépasse de beaucoup celui des tubes en caoutchouc dont M. Depaul s'est servi pour ses expériences : tout en restant inférieur, il est vrai, à celui des artères iliaques ou des carotides.

L'ablation de la rate a réussi deux fois entre les mains de M. Péan. Ses deux opérées, qu'il a présentées à la fin de la séance, se portent à merveille, et n'ont éprouvé aucune espèce d'inconvénient de la privation de cet organe.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL NECKER. — M. HARDY.

Cyanose due à la persistance du trou de Botal.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

Vous avez pu voir ces jours derniers, couché au n° 1 de la salle des hommes, un jeune homme dont l'étude était extrêmement intéressante. Ce malade a succombé samedi soir, et j'ai fait mettre sous vos yeux ses pièces anatomiques. Mais avant de les examiner ensemble, je tiens à vous dire quelques mots sur son observation qui est non-seulement curieuse, mais encore d'une grande instruction pour vous.

C'était un jeune garçon de dix-sept ans, pâle, maigre, et qui avait toujours été d'une santé délicate. Depuis son enfance, il avait conservé une diarrhée pour ainsi dire continue, et telle qu'il ne se passait pas un jour sans qu'il allât quatre ou cinq fois à la garde-robe. Néanmoins, il pouvait encore se livrer à quelques occupations, il était employé chez un libraire en qualité de commis. Mais, il y a trois mois, il s'aperçut qu'il s'affaiblissait davantage; en même temps, il voyait survenir sur les différentes parties de son corps, une teinte d'un bleu noirâtre. Enfin la faiblesse augmentant sans cesse, la diarrhée persistant, l'appétit diminuant de plus en plus, il se décida, le 17 mai, à entrer à l'hôpital.

A ce moment, nous avons constaté l'état suivant. Nous avons trouvé un garçon assez grand, d'une maigreur excessive, et dont le système musculaire ainsi que les organes génitaux étaient peu développés. En même temps, il avait une diarrhée abondante, nécessitant sept ou huit selles par jour et caractérisée par des matières jaunes, liquides, au milieu desquelles on apercevait quelques parties plus solides. Enfin, et c'était le phénomène qui frappait tout d'abord, ce malade présentait une teinte bleuâtre des téguments, surtout marquée aux oreilles, aux pommettes, sur le bout du nez, aux mains et aux pieds. D'autre part, il présentait un peu d'œdème des malléoles, le ventre lui-même n'était pas aussi rétracté en bateau qu'il l'est ordinairement chez les sujets maigres et donnait par la palpation une légère sensation de flot, témoignant qu'une petite proportion de liquide était épanchée dans le péritoine.

Continuant l'examen de l'abdomen, nous ne trouvions ni gargouillement, ni douleur à la pression. A la poitrine, la sonorité était normale; il n'existait dans le poumon ni râle, ni altération quelconque du murmure respiratoire. Au cœur on ne percevait pas de souffle, seulement les bruits, normaux, étaient extrêmement faibles, et, en palpant la région précordiale, on était frappé de ce fait que la pointe manquait complétement d'impulsion. En même temps, du côté des artères

périphériques et surtout à la radiale, on notait une irrégularité du pouls et particulièrement une faiblesse considérable des pulsations. Les autres organes n'offraient rien de particulier; on trouvait seulement une légère proportion d'albumine dans les urines, qui d'ailleurs étaient claires, ni abondantes, ni rares. L'intelligence était parfaitement conservée.

En face de ce garçon ainsi atteint de diarrhée, présentant de l'albumine dans les urines et cette teinte bleuâtre de la peau, nous nous sommes demandé quelle était la maladie dont il était affecté. Il était évident d'une part qu'il était atteint d'abord de diarrhée chronique et que, vu l'œdème des extrémités inférieures et la présence de l'albumine dans les urines, nous étions en droit de penser à un léger degré de néphrite albumineuse.

Quant à la teinte bleuâtre des téguments, si nous en recherchions la nature, nous reconnaissions qu'il y avait là une cyanose bien manifeste. Mais quelle était la cause de ce symptôme?

La cyanose est un phénomène que l'on rencontre quelquefois, et il est bon que vous sachiez quelle est sa valeur et quelle interprétation on doit donner à cette teinte bleuâtre des téguments. Elle est caractérisée, non-seulement par cette coloration particulière de la peau, surtout marquée aux extrémités, où, sous l'influence de la moindre attrition, elle peut être suivie de véritables ecchymoses sous-cutanées et cutanées, mais encore elle s'accompagne de phénomènes particuliers qui sont, en général, une tendance très-prononcée au refroidissement. C'est, en effet, ce que nous avons observé chez notre malade, qui se plaignait assez facilement du froid et qui présentait d'ailleurs, dans l'aisselle, une température de 57 degrés au-dessous de la normale. A plus forte raison en était-il de même de celle des parties périphériques, où l'on constatait un abaissement de la chaleur très-appréciable.

La cyanose se rencontre fréquemment chez les individus atteints de tuberculose pulmonaire et de maladie du cœur, et dans ces cas encore on constate le même abaissement de la température. De plus, quand elle dure depuis quelque temps, elle coïncide avec une diminution assez considérable des masses musculaires, et en même temps avec une tendance particulière aux lipothymies, parfois même aux syncopes. Enfin, il n'est pas rare, suivant la cause qui l'a déterminée, de voir la cyanopathie s'accompagner de battements de cœur exagérés. Disons, toutefois, que ceux-ci n'existaient pas chez notre malade, qui ne présentait d'ailleurs aucune gêne de la circulation.

La cyanose est donc un phénomène, un symptôme qui se rencontre dans un certain nombre de maladies, et, de là, la nécessité d'établir deux sortes de cyanose: l'une, momentanée, qui ne dure que quelques heures, quelques jours, l'autre prolongée qui persiste pendant des mois. La première se rattache à un trouble momentané de l'hématose, soit que la cause de cette gêne de la circulation réside dans le poumon ou dans le cœur. De là cette conséquence, qu'on la trouve dans les maladies des organes respiratoires qui amènent l'asphyxie, à la fin de la tuberculose, par exemple, alors que, le poumon étant complétement envahi par les tubercules, il n'y a plus place pour l'hématose. De là encore sa fréquence dans les affections du cœur et principalement dans la cachexie cardiaque, alors qu'il y a asystolie, et que l'organe central de la circulation n'envoie plus assez de sang dans le poumon.

Ce symptôme se rencontre encore dans d'autres circonstances, chez les asphyxiés, dans la dernière période du choléra dans laquelle il existe une altération particulière du sang, qui amène une cyanose excessivement marquée.

Il est évident qu'ici nous devons laisser de côté cette première variété, qui n'a d'autre valeur que d'accuser un trouble dans l'hématose.

La cyanose prolongée, au contraire, dure souvent pendant des mois. Elle se rattache le plus ordinairement, à une affection particulière du système circulatoire, et, sous ce rapport deux opinions différentes ont été émises. L'une fait de la cyanose un phénomène commun qu'on rencontre toutes les fois qu'il existe une stase veineuse très-prolongée. C'est l'opinion de Louis, de M. Bouillaud et de la plupart des auteurs modernes.

L'autre a été soutenue en premier lieu par Sénac, et, actuellement, elle a pour défenseur M. Gintrac, de Bordeaux, qui en fit l'objet de sa thèse inaugurale, et qui dix ans plus tard environ, publia un mémoire très-intéressant sur ce même sujet. Suivant cet auteur, la cyanose persistante, prolongée, complète, serait toujours le résultat du mélange des deux sangs, artériel et veineux, déterminé par une communication anormale entre les deux systèmes de l'appareil circulatoire, que celle-ci ait lieu dans le cœur ou dans les vaisseaux.

Cette opinion est certainement exagérée. En effet, on a rapporté des cas de cyanose observée chez des femmes sous l'influence de l'aménorrhée: Biard, d'Angers, cite le fait d'une femme chez laquelle la coloration bleue des téguments coïncidait simplement avec un trouble des fonctions menstruelles. Néanmoins, en élaguant ces cas particuliers, on se trouve en face de cette opinion de M. Gintrac qui, généralement, est vraie.

Voyons maintenant quels étaient, chez notre malade, les symptômes physiques qui pouvaient nous guider dans le diagnostic anatomique de la lésion qui produisait la cyanose. Du côté des vaisseaux, il n'existait absolument rien, si ce n'est les signes exprimant la faiblesse de l'impulsion cardiaque, l'insuffisance de la circulation. De même, à la région précordiale, on percevait des bruits parfaitement normaux, mais excessivement affaiblis, indiquant encore que l'impulsion du cœur était presque nulle.

En présence de ces faits, j'ai pensé immédiatement à une atrophie du muscle cardiaque, laquelle me paraissait marcher de pair avec l'atrophie musculaire générale. Cette opinion, cependant, ne me rendait pas compte de la cyanose, et je pensais que, pour expliquer cette dernière, le cœur se contractant mal, il fallait probablement l'attribuer à un défaut d'hématose déterminé lui-même par l'insuffisance de sang. Mais elle était trop prononcée pour que l'on pût invoquer une cause semblable. Je me demandai alors si la coloration bleue des téguments n'était pas le fait d'un rétrécissement de l'orifice pulmonaire, comme le veulent certains auteurs. Mais, dans ces cas, la lésion d'abord est toujours une congestion, puis elle s'accompagne d'un bruit de souffle au premier temps, très-rude, très-prononcé, absolument semblable à celui du rétrécissement aortique, et qui n'a pour caractère particulier que ce fait, qu'il existe plus à droite qu'à gauche. Ce bruit de souffle se rencontre également quand, au-dessus de l'artère pulmonaire, il y a un rétrécissement; et, dans ce cas, il existe généralement, non pas de la faiblesse, mais des battements exagérés, des bruits très-forts, en rapport avec l'hypertrophie du cœur droit. Or nous n'avions aucun de ces signes chez notre malade, et nous ne pouvions, par conséquent, pas admettre un rétrécissement de l'orifice pulmonaire ou du calibre de l'artère elle-même.

Peut-être, alors, y avait-il rupture de la cloison interposée

entre les deux oreillettes et communication des deux cavités, mais il était impossible de l'affirmer. Même doute, au sujet d'une communication entre l'aorte et une partie voisine de la veine cave supérieure.

Enfin, après avoir présenté des symptômes très-marqués de congestion pulmonaire, ce jeune homme finit par succomber. Il est mort, comme meurent les individus atteints d'insuffisance cardiaque, dans une syncope. Les deux derniers jours de la maladie, la cyanose avait été portée à un degré extrême.

Voici ce que l'autopsie nous a montré. En premier lieu, le cœur est très-peu développé; l'atrophie est telle qu'au lieu d'être de la grosseur du poing, il présente environ un tiers de volume de moins que dans l'état normal.

On constate en outre qu'il y a entre les deux oreillettes une communication due à la persistance du trou de Botal, communication assez grande pour livrer passage, sans la moindre difficulté, à un crayon, à une pince. Nous avons donc là un fait confirmatif de l'opinion de M. Gintrac.

Ici, cependant, se présente une difficulté. Le trou de Botal devait persister depuis la naissance : la communication entre les deux oreillettes était probablement congénitale, et alors comment expliquer cette cyanose survenue seulement depuis trois ou quatre mois. Il y a cependant, je crois, un moyen de résoudre le problème. Il est probable, en effet, que cette communication des oreillettes a persisté depuis la naissance, mais vous savez qu'il existe alors à l'insertion du ventricule droit, une valvule qui vient fermer complétement l'orifice et empêcher que le sang ne pénètre dans l'oreillette gauche. Pendant longtemps cette valvule a suffi pour empêcher la communication; mais, sous l'influence de la diarrhée perpétuelle dont il était atteint, ce jeune homme a perdu ses forces, son cœur s'est ramolli, il s'est affaibli, et cet affaiblissement de la fibre musculaire du cœur s'est étendu également à la valvule qui obstruait le trou ovale. Il en est résulté alors une insuffisance de cette dernière, un agrandissement du trou de Botal, d'où communication des deux oreillettes et passage du sang d'une cavité dans l'autre. Je ne saurais affirmer que les choses se soient passées de la sorte, mais toujours est-il que nous avons là une explication du mélange des deux sangs et, par suite, de la coloration bleue des téguments.

Quand on voit, en effet, un phénomène bien tranché se manifester, et qu'il existe, à côté, une lésion anatomique positive, il est rationnel de rattacher le symptôme à la lésion, et l'on doit penser que l'un est la conséquence de l'autre. Ici nous avions une ouverture tellement large, d'autre part, la cyanose était si prononcée, que nous devions établir la relation de cause à effet, et penser que la coloration des téguments était due au mélange des sangs artériel et veineux. Cette manière de raisonner était fondée sur l'observation.

Quant à la cause de la mort, évidemment elle doit être attribuée d'abord à la cachexie cardiaque, et à la diarrhée continuelle dont notre malade était affecté. Celle-ci ne coïncidait pas d'ailleurs avec des altérations bien marquées dans l'intestin, et c'est un fait fréquent dans la diarrhée chronique où l'on constate simplement de la pâleur et l'amincissement de l'intestin. Ici nous ne trouvons qu'un peu d'hyperémie, qu'un léger degré de vascularisation.

Enfin, à cette double cause de mort, il faut en joindre une troisième, provoquée par l'état des reins, lequel se traduisait, pendant la vie, par la présence de quelques flocons d'albumine dans les urines. En effet, pour expliquer ce symptôme et l'œdème des malléoles, nous avons trouvé dans les reins des lésions très-avancées qui se rapportent au second degré de la maladie de Bright : à savoir, une décoloration très-marquée de la substance corticale, qui ne laisse aucun doute sur la dégénérescence graisseuse dont cet organe était le siége. Enfin, outre ces altérations macroscopiques, nous avons trouvé dans des parcelles du rein, que nous avons soumises à l'examen microscopique, tous les caractères bien tranchés de la néphrite albumineuse au second degré.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. AD. PÉCHAUD.

Sur un cas de kératite parenchymateuse.

Peu d'affections oculaires ont un début aussi insidieux, et se présentent avec des caractères moins tranchés. Il en est peu également qui résistent avec autant d'opiniâtreté aux moyens thérapeutiques.

Rien n'est défini d'ailleurs par rapport au traitement de la kératite parenchymateuse : ce qui a donné des résultats satisfaisants dans un cas, cesse d'en donner dans un autre cas analogue, et il serait hasardeux de vouloir établir une méthode générale servant à guider le praticien dans le plus grand nombre de circonstances.

Un jeune homme de seize ans, Désiré C..., m'est adressé le 4 mai dernier, de Nogent-sur-Marne, par mon confrère et ami, le docteur Liébaut.

Il est ouvrier à la fabrique de bleu, de Nogent, et son travail consiste à charger dans les fours incandescents un mélange de soufre, de soude, de résine et de terre de Prusse. Il est donc constamment exposé à l'action du feu, et je ne répondrais pas que cette action prolongée de la chaleur ne fût pour quelque chose dans la maladie dont il est atteint.

Dans les premiers jours d'avril, il a éprouvé, en travaillant, un peu de lourdeur et d'embarras dans les paupières de l'œil droit. La gêne a continué deux ou trois jours, puis il a remarqué que sa vue s'affaiblissait, et c'est alors que, justement préoccupée de ces symptômes, sa mère l'a amené auprès du docteur Liébaut.

Je passe, pour y revenir plus tard, sur les circonstances qui ont précédé l'entrée du malade à ma clinique (3 mai 1876).

A ce moment, je constate, en présence de deux de mes confrères, les symptômes suivants : en ouvrant largement les paupières demi-fermées, la première chose qui frappe le regard, est une injection péri-kératique intense et un trouble énorme de la cornée. Cette membrane a conservé son poli habituel.

Je ne puis pas mieux comparer son aspect qu'à celui d'une vitre sur la face extérieure de laquelle on aurait soufflé de très-près, et où la vapeur se serait brusquement condensée. L'opacité est blanchâtre, nuageuse, uniforme. Il y a bien, çà et là, quelques parties où le nuage est un peu plus accentué, lorsqu'on examine avec beaucoup d'attention; mais cette différence est à peine appréciable.

A travers ce trouble, on devine plutôt qu'on ne découvre l'iris, dont il est impossible de suivre exactement le contour interne; et la pupille, qui tranche pourtant par sa coloration noire, se montre comme à travers un opale transparent.

Tout en haut de la cornée, on dirait d'un épanchement de sang; ce sont de petits vaisseaux, extrêmement fins, déliés, serrés entre eux, qui empiètent d'un demi-centimètre sur la cornée et simulent, à s'y méprendre, une extravasation sanguine.

Il existe une légère déformation de l'œil; la cornée est un

peu plus bombée à droite qu'à gauche. La tension est égale des deux côtés.

Vision presque complétement abolie. Le malade, de son œil atteint, distingue bien les mouvements de la main promenée à un mètre devant lui; il ne peut pas compter les doigts.

Jamais la moindre douleur ne s'est produite dans cet œil. L'autre œil est parfaitement sain.

L'affection, ai-je dit, a débuté au commencement d'avril.

Dès les premiers jours, le traitement institué par le docteur Liébaut a été des plus énergiques. Le 5, insufflations, trois fois par jour, d'un collyre d'atropine à la dose de 2 centigrammes pour 10 grammes d'eau. Une potion : bromure de potassium, 5 grammes; iodure de potassium, 10 grammes; eau, 300 grammes. Une cuillerée avant chaque repas. En outre, un verre d'eau de Sedlitz, chaque matin.

Repos absolu de l'œil.

Le 7, frictions résolutives à l'onguent napolitain et à l'extrait de belladone.

Le 14 avril, deux pilules, chaque matin, de calomel à la vapeur, de résine de jalap et de scammonée, 5 centigrammes de chaque.

Une fois par jour, insufflations, sur la cornée, de poudre de calomel.

Le 21, un verre d'eau de Pullna, le matin. Potion à l'iodure de potassium.

Le 28, deux pilules écossaises. Collyre au borax et à l'eau de lavande.

Enfin, à la date du 2 mai, un vésicatoire camphré derrière l'oreille droite.

Ce traitement, on le voit, est des plus rationnels, il est surtout antiphlogistique; et s'il a échoué entre les mains de mon confrère, le docteur Liébaut, si aucune amélioration n'a été obtenue, il faut bien se convaincre, pour expliquer cette inactivité de la médication, que la kératite parenchymateuse diffuse est, de toutes les affections oculaires qui peuvent guérir, la plus rebelle assurément, celle qui se prolonge le plus. Généralement on doit s'estimer heureux, lorsque un mois ou six semaines suffisent pour en débarrasser le malade. Le plus souvent, il faut s'attendre à ce que sa durée soit de plusieurs mois. Dans certaines circonstances même, surtout lorsqu'on a affaire à un sujet débilité, la maladie peut dépasser une très-longue période; à peine la guérison est-elle obtenue au bout de deux ans.

Après avoir relevé les différents symptômes objectifs chez Désiré G..., la première fois qu'il s'est présenté à ma consultation, j'ai constaté, outre la diminution de la vision, un défaut de sensibilité et de réaction de la part de la cornée. Cette membrane, bien qu'enflammée, supporte facilement les influences extérieures, telles que l'air vif et la lumière. Il y a peu ou il n'y a point de photophobie. Le toucher pratiqué légèrement n'est point douloureux.

De plus, cette cornée n'absorbe que faiblement; et on s'en rend facilement compte, en faisant des instillations d'atropine. Une, deux, trois, quatre instillations, à une heure d'intervalle, produisent à peine une dilatation sensible de la pupille.

Le lendemain, pareille inertie de la cornée.

Que faire, en présence de ce défaut absolu de réaction?

Je soumets le malade à un régime fortifiant, pendant toute la durée de son séjour à ma clinique. Dès le deuxième jour, autant pour calmer quelques symptômes de photophobie, que pour exercer un peu de compression sur la cornée, qui a une certaine tendance au développement staphylomateux, j'applique sur l'œil trois ou quatre tours de bande légèrement serrés.

Instillations fréquentes d'atropine.

Le 8 mai, aucune amélioration ne s'étant produite, j'enlève par intervalles le bandage compressif, et je commence à faire des applications de compresses, trempées dans une infusion de sauge et de camomille très-chaude.

Ces compresses aromatiques, maintenues à une température égale pendant une demi-heure, deux fois par jour, ont eu pour premier résultat d'augmenter peut-être le trouble de la cornée, mais elles ont amené une injection périkératique plus intense, et ont développé rapidement dans la membrane atteinte un surcroît de vitalité, dont la conséquence a été l'absorption facile des liquides instillés dans l'œil, la dilatation énorme de la pupille avec l'atropine.

Déjà, à la date du 10 mai, les compresses chaudes étant continuées avec régularité, le trouble cornéen a diminué, et le malade, au travers de l'opacité, distingue nettement les mouvements de la main, à un mètre, et commence à compter les doigts.

Le 15, la cornée s'éclaircit à la partie inférieure. Je supprime le bandeau compressif.

Application des compresses chaudes pendant une heure chaque fois, au lieu d'une demi-heure.

A partir de ce moment, une amélioration progressive se fait dans cet œil, et on peut déjà prévoir une guérison prochaine.

Le 22 mai, la cornée est transparente sur presque tous ses points. Un nuage très-léger au centre et un peu à la partie supérieure de cette membrane.

De concert avec mon assistant et ami, le docteur Guichard, j'ordonne au malade de prendre, au milieu de chaque repas, pendant quinze jours, une pilule ainsi composée :

Iodure de potassium.	0g 25
Extrait mou de quinquina	0 75
Extrait de gentiane.	q. s.

Pour une pilule.

En outre, trois heures par jour d'applications chaudes.

Le malade retourne chez lui.

20 juin. — La guérison est complète. Bien que la transparence ne soit pas parfaite, toute trace d'inflammation a disparu, et on ne doit considérer le léger trouble qui persiste, que comme étant la conséquence forcée du travail morbide auquel la cornée a été soumise si longtemps.

Pour un observateur attentif, surtout s'il a soin de faire une comparaison minutieuse entre les deux yeux, il y a, à n'en pas douter, à droite, une exagération de la courbure de la cornée. Nous ne devons pas nous en étonner. Cette membrane a été affaiblie par de nombreuses poussées inflammatoires, et on doit toujours s'attendre à ce que, en pareil cas, soit par la perte de sa tonicité naturelle, soit par la destruction de quelques-uns de ses éléments superficiels, elle ait été dépourvue d'une partie de sa force de résistance, qu'elle cède plus facilement à la pression qui lui vient de l'intérieur de l'œil, et qu'elle accuse, en fin de compte, un peu de déformation ou de développement staphylomateux.

HYPERTHROPHIE DE LA RATE.

TROUBLES GRAVES DE LA DIGESTION, DE LA RESPIRATION ET DE LA CIRCULATION; DOULEURS INSUPPORTABLES. — SPLÉNOTOMIE. — GUÉRISON.

par M. le docteur PÉAN.

Mme D..., boulevard d'Italie à Paris, vingt-quatre ans, assez bien constituée, pas de trace de scrofule, peau pâle, mate, un

peu grisâtre, teinte ictérique des conjonctives, un peu de bouffissure de la face : mariée à dix-sept ans avant d'être réglée : quatre accouchements : deux à terme ; les enfants morts peu après ; un à sept mois, l'enfant n'a pas vécu ; une fausse couche de quatre mois. N'a vu que huit fois ses règles en sept ans.

Le début mal déterminé a été reconnu pour la première fois il y a dix-huit mois. Depuis, développement rapide. Il s'est traduit d'abord par une pesanteur dans l'hypochondre gauche, puis par des douleurs vives, revenant par crises avec paroxysmes. Appétit diminué, vomissements au moindre effort, obligation de garder le lit, toux quinteuse, hématémèses, perte des forces, vomissements de plus en plus fréquents, douleurs atroces, cauchemars affreux.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois en février 1876, la tumeur remplissait presque toute la cavité abdominale. Elle était ferme, dure, charnue, mobile, partait de l'hypochondre gauche pour descendre jusqu'à l'excavation pelvienne et envoyait un prolongement dans la fosse iliaque droite. Pas d'ascite. En avril, nous la revoyons pour la deuxième fois.

La surface antérieure de la tumeur est entièrement convexe, sans sillons ni dépressions, sans bosselures ni division sur les bords. Sa forme est celle d'un ellipsoïde dont l'une des extrémités émerge de l'hypochondre gauche, l'autre venant s'appliquer sur la fosse iliaque droite. Par en bas, la tumeur plonge dans l'excavation pelvienne ; la peau ne présente point de vascularisation. La tumeur est toujours ferme et charnue ; nulle part de fluctuation ; les parois abdominales partout mobiles à la surface ; pas de bords tranchants reconnaissables au palper ; pas d'ascite.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est normal et indépendant, que les cul-de-sac ne le sont pas, et il est très-difficile d'atteindre la tumeur avec le doigt. Rien dans la région ni à droite, ni à gauche.

A cette époque, la malade ne vient pas nous demander si une opération peut être utile : elle nous supplie de la pratiquer. Son mari lui-même nous prévient qu'elle est disposée à se suicider, pour se soustraire à ses souffrances, si je refuse encore de l'opérer.

MM. les docteurs Rouhier et Petit, qui nous ont présenté la malade, nous pressent de consentir, se fondant sur l'état général de Mme D..., sur les douleurs qu'elle endure, sur la marche rapide de la tumeur et sur ce fait que d'autres chirurgiens, croyant à un kyste de l'ovaire, étaient sur le point de l'opérer.

Opération le 25 avril, dans la maison des Sœurs-Augustines, n° 29, rue de la Santé. — Incision sur la ligne blanche depuis 8 centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'à 6 centimètres au-dessus du pubis. Les vaisseaux divisés sont saisis avec des pinces. Incision correspondante du péritoine, et pinces sur les vaisseaux ouverts. La tumeur apparaît, entièrement coiffée par l'épiploon ; celui-ci relevé de bas en haut est refoulé à droite de la tumeur sous l'hypochondre droit ; on s'oppose à son issue ainsi qu'à celle des intestins, en les contenant avec une série d'éponges et de serviettes chauffées. La tumeur se montre alors avec une couleur d'un rouge violacé qui ne permet plus de douter qu'il ne s'agisse de la rate. Saisie à son extrémité inférieure, soulevée sur les doigts, elle est ensuite engagée de champ entre les lèvres de la plaie. Ce dégagement se fait graduellement. Lorsqu'il est complet, la rate malaxée repose sur le dos des mains des aides qui maintiennent les parois, l'épiploon et les intestins les recouvrent entièrement. Aucun organe ne s'est échappé du ventre avec la rate. L'épiploon gastro-splénique a environ 0,15 centimètres de large au milieu du hile. Il contient des vaisseaux sanguins et lymphatiques énormes, notamment une veine splénique du volume de l'index.

Nous jetâmes alors une ligature en masse avec un fort fil métallique sur l'épiploon gastro-splénique, apportant tous nos soins à respecter le pancréas. Cette ligature convenablement serrée, une couronne d'éponges est disposée autour du pédicule, puis nous excisons d'un seul coup la rate au niveau du hile en la renversant vivement en dehors. Près d'un litre de sang s'échappa en un gros jet des cellules spléniques, mais rien ne tomba dans le ventre. A part cela, la malade n'avait pas perdu 30 grammes de sang pendant l'opération.

Il n'y avait pas d'adhérences, pas d'ascite ; les autres organes étaient sains ; nous retirâmes les éponges, étendîmes le grand épiploon en avant des intestins, puis refermâmes le ventre en fixant le pédicule entre les lèvres de la plaie à la partie supérieure. — Le sang de tous les vaisseaux était noir. (Durée, une heure et demie.)

Examen de la tumeur. — Vidée de sang, elle pesait 1,125 grammes. Diamètre longitudinal, 22 centimètres ; transversal, 12 centimètres ; épaisseur, 8 centimètres ; longueur de la face convexe, 27 centimètres. Réduite de moitié dans ses dimensions, par suite de l'issue du sang. Hypertrophie générale portant sur le parenchyme ; la capsule non hypertrophiée ; consistance charnue, ferme comme du foie, partout égale, non friable.

Suites. — Bonne chaleur des extrémités ; faciès excellent ; réveil dix minutes après avoir été reportée dans son lit ; souffre peu ; soif ; très-peu de fièvre ; appétit très-vif dès le troisième jour. A cette même époque, pouls de 80 à 100 ; urines rouges contenant des globules sanguins ; commencent à diminuer le quatrième jour et disparaissent complétement les jours suivants. Un vomissement bilieux le neuvième jour (dû à un écart de régime), qui ne se reproduisit pas). Le 2 mai, chute du pédicule. Une suture sèche, collodionnée, avait été établie dès le deuxième jour. Le 6 mai, fut retirée la dernière épingle. Un petit abcès se fit dans la paroi, au niveau du trajet de celle-ci. La malade est toujours très-gaie ; elle sent ses forces revenir assez rapidement. Le 13 mai, elle se lève pour la première fois ; à partir de ce moment, elle se lève chaque jour. Elle quitte la maison de la Santé le 22 mai, pour rentrer chez elle complétement guérie.

Aujourd'hui, trois mois après l'opération, elle n'éprouve aucune difficulté à reprendre ses travaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un exemplaire du 5e volume du *Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France.*

2° Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de l'Orne, en 1875. (Commission des épidémies.)

3° Une demande en autorisation d'exploiter pour l'usage médical une source minérale située sur le territoire de Chorance (Isère). (Commission des épidémies.)

DISCUSSION SUR L'APPAREIL OUATÉ

M. Pasteur, en réponse aux observations formulées par M. Jules Guérin dans la dernière séance, insiste de nouveau sur ce point que, dans l'appareil ouaté de M. Alphonse Guérin, il y a bien réellement pénétration de l'air, et de l'air filtré, à travers la ouate. M. Jules Guérin semble croire qu'il n'y a pas de changement de pression dans l'appareil et, par conséquent, pas de motif pour une circulation d'air. Mais sur ce point l'erreur est évidente, car la température de l'air enfermé dans l'appareil, très-différente de celle de l'air extérieur, occasionne une différence de pression des plus appréciables. Si l'on porte par hypothèse un volume d'air de 0 à 273 degrés, il devient double, et pour se maintenir à son volume primitif, il faut, d'après la loi de Mariotte, exercer à sa surface une pression de deux atmosphères, si le volume primitif avait une atmosphère de force élastique. Une différence de température de 15 degrés correspond à une différence de pression dont la valeur est exprimée par la fraction $\frac{15}{273}$ de 762 millimètres de mercure, ce qui fait 42 millimètres de mercure, ou à très-peu près. Or, entre l'air enfermé à la surface d'un membre, et l'air ambiant d'une salle d'hôpital, la différence peut être souvent de 15 degrés : 35 degrés contre le membre malade, 20 degrés à peu près dans la salle. On voit que la différence de pression est plus que suffisante pour faire circuler l'air à travers la ouate. Il ne s'agit donc pas d'une simple application de la méthode d'occlusion, comme le prétend M. Jules Guérin, mais d'un procédé de filtrage, sans occlusion. Quant à l'abord de l'oxygène à la surface de la plaie, M. Pasteur, *a priori*, le regarde plutôt comme devant être utile, quand il s'agit d'oxygène pur, sans organismes d'aucune sorte.

M. JULES GUÉRIN dit que les idées que vient d'émettre M. Pasteur peuvent se résumer en deux chefs :

1° Le pansement ouaté permet le passage de l'air et, par conséquent, son contact avec la plaie ;

2° Essai de l'action des différents mélanges de gaz (air oxygène pur) sur les plaies.

M. Jules Guérin, en ce qui concerne le premier point, répond que l'air ne circule pas à travers la couche de ouate ; car, s'il devait pénétrer à l'intérieur du pansement, c'est par les bords qu'il trouverait un accès plus facile. L'appareil présenté par M. Pasteur ne réalise donc point ces conditions de l'expérience. De plus, le savant chimiste, se fondant sur les données de la physique, établit qu'au contact de la plaie la pression gazeuse est inférieure à celle de l'atmosphère ambiante. Il n'en est rien. M. Guérin a démontré, il y a bien longtemps, que la pression était, au contraire, augmentée, et cela tenait au développement des gaz provenant de la plaie.

Quant à la question relative à l'action de l'air sur les plaies, il y a quarante ans que M. Guérin a montré que, dans l'ouverture des abcès par la méthode sous-cutanée, on n'obtenait pas de suppuration. Celle-ci existe, au contraire, lorsque les plaies sont exposées au contact de l'air. Enfin, quelle serait l'utilité de l'oxygène pur en contact avec la plaie? Aucune, car l'oxygène n'empêcherait, pas plus que l'air, la suppuration. M. Jules Guérin exprime le regret que M. Pasteur soit trop entré dans le domaine de la chirurgie, et qu'il ait fait une application trop expresse des lois de la physique à un appareil qui ne rentre pas dans les conditions de l'appareil imaginé par M. Raulin.

M. PASTEUR maintient ce qu'il a dit dans la note qu'il vient de lire à l'Académie. M. Jules Guérin nie la circulation de l'air à travers le pansement ouaté. M. Pasteur pense avoir démontré que cette circulation a lieu ; la sécrétion plastique qui se fait à la surface de la plaie se trouve constamment en contact avec de l'air pur.

M. Pasteur est loin de contester les avantages de la méthode sous-cutanée de M. Jules Guérin. Mais il faut convenir cependant que cette méthode ne résout pas toutes les questions. Suivant M. Pasteur, loin d'être nuisible à la cicatrisation des plaies, l'air exerce, au contraire, sur cette cicatrisation une influence bienfaisante, à la condition qu'il soit pur. Il croit que si, par un artifice quelconque, on pouvait, sans pansement, mettre une plaie quelconque, immédiatement après sa formation, en contact avec de l'air pur, privé de germes, on obtiendrait les meilleurs résultats. M. Jules Guérin prétend que, à l'abri de l'air, il n'y a pas de suppuration, mais le chirurgien Lister obtient le même résultat en mettant les plaies en contact avec de l'air mélangé à des vapeurs d'acide phénique.

Si les gaz exhalés par la peau s'accumulent sous le pansement ouaté, comme le prétend M. Jules Guérin, cela doit tenir en partie, suivant M. Pasteur, au mode d'occlusion.

M. Pasteur compare la cicatrisation des plaies à ce qui se passe dans un cristal dont un angle a été brisé. Si le cristal est placé dans l'eau-mère, il se fait au niveau de la mutilation un travail de réparation extrêmement actif; la balance montre que le dépôt de la substance minérale a lieu en ce point avec incomparablement plus d'abondance que sur le reste du cristal.

Suivant M. Pasteur, les phénomènes de la cicatrisation des plaies sont de même ordre. L'oxygène de l'air a une telle importance dans l'ensemble des actes de la nutrition et, plus généralement, dans tous les phénomènes physiques ou chimiques qui se passent au sein de la nature vivante ou morte, qu'il est impossible que cet agent n'ait pas une très-grande influence sur les actes de réparation organique et de la cicatrisation des plaies.

M. Pasteur pense que les idées, longtemps reçues en chirurgie, qui touchent l'influence nuisible de l'air sur les plaies sont absolument erronées; ces craintes sont légitimes quand il s'agit d'un air imprégné de poussières et de germes, mais non pas quand on considère l'air composé d'oxygène et d'azote purs.

M. JULES GUÉRIN fait remarquer que ces prétendues lacunes, signalées par M. Pasteur, ont été comblées depuis longtemps. M. Jules Guérin d'abord, plus tard MM. Demarquay et Leconte ont démontré expérimentalement que l'oxygène est un des agents les plus actifs de la suppuration des plaies. M. Jules Guérin a signalé également, depuis longtemps déjà, les différences d'action de l'air pur et de l'air contaminé sur les plaies; il a montré que l'air chargé de miasmes engendre la putréfaction dans les plaies; mais il a montré aussi que l'air pur n'empêche pas la suppuration. A l'origine de ses expériences d'occlusion, M. Jules Guérin avait remarqué que la peau, en contact avec de l'air confiné sécrétait une quantité de gaz dont l'accumulation déterminait une tension qui finissait par être supérieure à la tension de l'air atmosphérique. C'est pourquoi M. Jules Guérin a cherché et a réussi à réaliser une occlusion complète, l'occlusion qu'il a appelée *pneumatique*.

M. PASTEUR dit qu'il a eu deux choses en vue dans sa note : 1° une vue de l'esprit, qui reste à vérifier par l'expérience; 2° un fait qui lui paraît absolument démontré, à savoir que le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin permet parfaitement la circulation de l'air à la surface de la plaie à travers la ouate et que, par conséquent, ce mode de pansement n'appartient pas à la méthode d'occlusion.

M. ALPHONSE GUÉRIN déclare que M. Jules Guérin s'est complétement mépris en pensant que le pansement ouaté n'est qu'une déduction de la méthode d'occlusion. Le pansement ouaté repose sur un principe absolument différent. En effet pour M. Alphonse Guérin l'air est très-utile aux plaies, et la preuve c'est que toutes les plaies guérissent à la campagne, parce que l'air y est plus pur qu'à la ville.

Les doctrines émises par M. Jules Guérin, il y a quarante ans, ne peuvent plus être soutenues aujourd'hui, car la science a marché et a montré combien l'opinion de M. Jules Guérin était erronée. Aujourd'hui, aucun chirurgien n'a plus peur de l'air. Est-ce que M. Lister en a peur, lui qui veut au contraire baigner la surface des plaies avec de l'air chargé de substances antiseptiques? M. Alphonse Guérin, pour sa part, a insufflé de l'air à travers le pansement ouaté de manière à le faire arriver en abondance à la surface des plaies, et jamais dans ses expériences il n'a eu à constater la moindre douleur ni la moindre irritation dans les plaies. M. Pasteur a fait à M. Alphonse Guérin l'insigne honneur de suivre sa visite dans son service à l'Hôtel-Dieu, il sait donc, mieux que M. Jules Guérin, comment le pansement ouaté doit être pratiqué. Ce sont les chirurgiens qui ne connaissent pas le pansement ouaté ou qui le font mal, qui laissent pénétrer l'air sur les confins. Quand le pansement ouaté est réussi, l'air pur seul pénètre jusqu'à la plaie à travers la ouate, jamais alors il ne se développe de vibrions, jamais les plaies ne suppurent. Mais il faut bien prendre garde que la ouate a une élasticité limitée; elle résiste d'abord, puis elle cède, et alors l'air extérieur passerait sur les confins, entre la ouate et la peau, si le chirurgien ne surveillait pas attentivement le pansement. Mais le chirurgien, qui connaît cette circonstance, l'empêche de se produire en ajoutant de la nouvelle ouate. M. Jules Guérin prétend qu'il se produit toujours à la surface de la plaie, sous le pansement ouaté, un magma, une croûte, qui empêche l'air de passer. Mais cette croûte ne se produit pas dans les premiers jours, et l'air arrive alors à la plaie. M. Alphonse Guérin met au défi M. Jules Guérin de trouver cette croûte dans les premiers jours sous le pansement ouaté.

En étudiant sa méthode, M. Alphonse Guérin a parfaitement vu que le contact de l'air, tamisé par la ouate, n'empêchait nullement la cicatrisation par première intention. L'air pur n'est donc pas nuisible aux plaies. Autrefois on considérait une articulation ouverte comme un cas d'amputation. Aujourd'hui M. Alphonse Guérin, M. Lister et une foule de chirurgiens ouvrent sans crainte les articulations, ou du moins ils pansent les articulations ouvertes et les voient guérir sans suppuration, parce que l'air arrive à elles, débarrassé de ses germes, soit par le filtrage à travers le pansement ouaté, soit par l'acide phénique du pansement de Lister. Dans les cas de plaies avec ouvertures des gaines des tendons, M. Alphonse Guérin obtient également sous son pansement ouaté la cicatrisation sans fusées purulentes, sans suppuration. Ainsi les progrès modernes de la chirurgie ont ruiné de fond en comble les doctrines de M. Jules Guérin.

M. JULES GUÉRIN proteste vivement contre les paroles de M. Alphonse Guérin, et demande la création d'une commission académique devant laquelle seront faites les expériences et qui les jugera.

C'est, suivant lui, le seul moyen d'éclaircir l'importante question qui s'agite devant l'Académie.

M. PASTEUR proteste de son côté au nom des principes physiques sur lesquels reposent ses doctrines, et qui ne permettent pas d'admettre les opinions de M. Jules Guérin. Quant au pansement ouaté, M. Pasteur répète encore une fois que ce pansement laisse parfaitement filtrer l'air et empêche les suppurations, ainsi que M. Pasteur a eu souvent l'occasion de le constater dans le service de M. Alphonse Guérin.

RAPPORT

M. LABOULBÈNE, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel sur le service médical des eaux minérales de France pendant les années 1872 et 1873. Les conclusions de ce rapport sont réservées pour le comité secret.

DISCUSSION SUR LE BRUIT DE SOUFFLE DE LA GROSSESSE.

M. DEPAUL. L'Académie sait que la théorie proposée par moi pour expliquer la production du souffle utérin repose sur une disposition anatomique qui se constate sur les artères de la matrice pendant la gestation, et surtout quand elle touche à sa fin. Cette disposition consiste en ce que les troncs des artères utérines et ovariennes augmentent peu de volume dans la première partie de leur par cours, tandis qu'on les voit s'élargir à mesure qu'elles fournissent des branches au tissu de l'organe.

Dans ma dernière argumentation, n'ayant pas de pièces anatomiques, j'avais dû espérer que vous voudriez bien vous en rapporter à mon affirmation, et j'avais fait appel à vos connaissances anatomiques, bien sûr que je ne serais pas démenti. Je viens aujourd'hui mettre sous vos yeux l'utérus d'une femme morte très-peu de temps après l'accouchement, et dont les artères de la matrice ont été injectées. Cette pièce m'a été envoyée de Lyon par M. le docteur Glénard, pour nous faire voir une des anastomoses qui s'établissent entre l'utérus et l'épigastrique. On sait que c'est dans cette large anastomose qu'il a dernièrement placé le siége du souffle utérin.

Quant à moi, je m'empare de cette pièce anatomique, préparée par un autre que par moi, et je m'en sers pour vous donner la démonstration de la disposition artérielle sur laquelle j'ai fondé ma théorie.

Que voit-on, en effet? Une artère utérine naissant de l'iliaque utérine, restant grêle, depuis son origine jusqu'à son arrivée sur les parties collatérales de l'utérus, et là, au moment où elle commence à fournir des branches, augmentant progressivement de volume et ne tardant pas à présenter au moins le double du volume noté jusque-là, sans compter que presque toutes les branches qui naissent et qui s'enfoncent dans le tissu utérin, sont elles-mêmes plus grosses que le tronc à son origine et dans une partie de son trajet. Quant à l'artère ovarienne, elle offre des dispositions absolument semblables.

M. BOUILLAUD. Je demande que les paroles de M. Depaul soient textuellement écrites au procès-verbal. J'en demande autant pour celles que je vais prononcer. Après avoir bien examiné ces pièces avec M. Depaul, je lui ai demandé si telles qu'il me les montrait, les artères utérines et ovariques, même là où elles étaient les plus grosses, n'avaient pas un volume bien inférieur à celui des artères carotide, sous-clavières, iliaques primitives, iliaques externes et même à celui de l'artère crurale ou fémorale. Or, M. Depaul est convenu aussitôt et sans la moindre hésitation qu'il en était réellement ainsi. A la tribune même de l'Académie, il a répété cet aveu, j'en ai pris acte, non sans ajouter que sa déclaration était un véritable coup de massue porté à la théorie utérine.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. PÉAN présente à l'Académie deux malades auxquelles il a pratiqué la splénotomie pour des tumeurs volumineuses de la rate. La première a été opérée par lui, le 6 septembre 1867, à la maison des Sœurs-Augustines, rue de la Santé. Il s'agissait d'une rate volumineuse hypertrophiée qui remplissait l'abdomen et le bassin et simulait un kyste multiloculaire de l'ovaire. La malade fut présentée à l'Académie quelque temps après: depuis lors sa santé n'a rien laissé à désirer.

La seconde malade a été opérée plus récemment, et comme l'indique l'observation citée (voir plus haut), le chirurgien savait qu'il allait très-probablement se trouver en présence d'une tumeur splénique. Après avoir refusé pendant six mois l'opération, après que de nombreux traitements avaient été institués par des confrères éclairés, il avait été impossible de ne pas opérer.

Ces deux observations offrent de l'intérêt à plusieurs points de vue : 1° elles prouvent que la splénotomie faite en vue d'enlever les grandes tumeurs de la rate est moins dangereuse que ne l'auraient fait supposer les observations recueillies dans la pratique des autres chirurgiens.

2° Elles démontrent, de même, que la plupart des gastrotomies faites par M. Péan, et dont il vient de donner la statistique dans un volume de cliniques chirurgicales professées à l'hôpital Saint-Louis, que Paris n'a rien à envier, à ce sujet, aux autres pays.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La discussion du projet de loi sur la collation des grades présenté par le gouvernement et adopté par la Chambre des députés, a commencé hier au Sénat. Ce projet de loi qui, comme on sait, restitue à l'État le droit exclusif de conférer les grades universitaires, a été appuyé par M. Challemel-Lacour et combattu par M. Wallon; l'ancien ministre de l'instruction publique a demandé l'ajournement à un an. Le Sénat a renvoyé à aujourd'hui, mercredi, la suite de la discussion.

— Par décret en date du 14 juillet 1876, M. Le Roux, agrégé, est nommé professeur de physique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Buignet, décédé.

— Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs services, en matière d'épidémies, pendant l'année 1874.

Médaille d'or : M. le docteur Gestin, médecin en chef de la marine, à Brest.

Médailles d'argent : M. le docteur Flamarion, médecin à Nogent (Haute-Marne). — M. le docteur Lanza, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes. — M. le docteur Manouvrier fils, de Valenciennes (Nord). — M. le docteur Masse, médecin de 1re classe. — M. le docteur Rollet, médecin à Lyon.

Médailles de bronze : M. le docteur Claudot (Maurice), médecin-major de l'hôpital du Dey, à Alger. — M. le docteur Czernicki, médecin-major au 8e régiment de dragons. — M. le docteur Camus, médecin aide-major au 5e régiment de dragons. — M. le docteur Genoud (François), médecin à Thonon (Haute-Savoie). — M. le docteur Mahier, de Château-Gontier (Mayenne). — M. le docteur de Rengade, médecin à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1268 pages, chez Ve A. Delahaye et Ce. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

Du merveilleux : Des miracles et des pèlerinages au point de vue médical, par le docteur L. GRELLETY. — In-8° de 96 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Vomissements incoercibles. — Troubles des fonctions de menstruation et de nutrition.

On est toujours surpris quand on voit une femme, sans affection proprement dite de l'estomac, vomir continuellement tout ce qu'elle avale, pendant des semaines et des mois, et, malgré cette absence presque complète d'alimentation, maigrir à peine.

J'ai déjà mentionné plusieurs faits de ce genre, notamment dans la Revue clinique du 2 août 1873.

La jeune fille qui faisait le sujet de cet article était alors, depuis plusieurs mois déjà, dans le service de M. Bernutz. Le commencement de sa maladie remontait au mois de février 1873, et elle l'attribuait à une émotion vive qu'elle avait éprouvée au moment de ses règles et qui avait supprimé l'écoulement menstruel. Le maire de son village l'avait fait amener par les gendarmes pour l'interroger sur une affaire qui ne lui était en rien personnelle; elle avait dix-sept ans à peine, et avait ressenti un tel saisissement que sa santé, jusqu'alors excellente, s'était profondément altérée. Le jour même, elle commença à vomir après le repas, et depuis lors l'intolérance de l'estomac alla croissant. Les vomissements, qui d'abord n'avaient lieu qu'après l'ingestion de certains aliments solides, se produisirent bientôt toutes les fois que cette jeune fille avalait quelque chose, solide ou liquide, fut-ce une simple gorgée d'eau. Dès le mois de mars, on renonça à lui faire prendre par la bouche aucune substance nutritive. On essayait de la nourrir avec des lavements de vin et de bouillon. Quand j'en parlai au commencement d'août, il y avait déjà cinq mois qu'elle était soumise à ce régime. Ne digérant absolument rien, rendant aussitôt par le vomissement les liquides non nutritifs qu'elle avalait pour apaiser une soif ardente, elle conservait néanmoins un embonpoint assez notable. Dans la salle d'hôpital où elle se trouvait, aucune simulation n'aurait été possible. Il était bien certain qu'elle ne mangeait pas. Du reste, en même temps que les fonctions de nutrition, celles de sécrétion s'étaient à peu près suspendues. Cette malade urinait à peine, et à de très-longs intervalles. Elle restait plusieurs semaines sans aller à la garde-robe. Elle n'avait plus la force de sortir de son lit. J'ai revu souvent cette femme durant les deux ans qui suivirent, car elle ne quitta que l'année dernière le service de M. Bernutz. Pendant longtemps, les vomissements étaient restés incoercibles. Les accidents nerveux les plus divers s'étaient succédés; il y eut de grandes crises d'hystérie, des paralysies momentanées, des phénomènes cataleptiques; plus d'une fois, on crut que la vie allait s'éteindre.

La guérison survint d'elle-même. Les vomissements cessèrent; l'appétit se dessina; les règles, qui durant la maladie n'avaient paru qu'à de très-longs intervalles, se régularisèrent. Et chose remarquable, ce fut seulement dans la convalescence que l'amaigrissement se fit, rapide. Jusque-là les chairs avaient conservé un certain volume; mais elles étaient devenues d'une pâleur un peu violacée, et comme translucides. Elles fondirent en quelque sorte à vue d'œil quand la nutrition eut repris son activité.

—Dans le même hôpital, vers la même époque, un cas tout à fait analogue se présentait dans le service de M. le professeur Bouillaud, suppléé par M. Bouchard, puis par M. Brouardel.

Il s'agissait encore là d'une jeune femme qui, sans affection proprement dite de l'estomac, vomissait tout ce qu'elle prenait et qui néanmoins restait assez grasse. Après plusieurs mois de séjour à l'hôpital, après qu'on eut vainement employé les médications les plus diverses, elle se rétablit également d'elle-même, et sortit guérie.

— Je viens de voir dans le service de M. Mesnet, à Saint-Antoine, salle Sainte-Cécile, n° 4, un troisième fait fort analogue aux précédents, et dont je vais donner les détails principaux.

La malade en question, âgée de dix-huit ans, petite, brune, très-intelligente, n'habite Paris que depuis deux ans. Jusqu'alors elle était restée en Bourgogne, chez ses parents. Un peu chétive, toujours très-pâle, ayant fréquemment mal aux yeux, éprouvant des palpitations pour la moindre cause, elle n'avait pas eu de maladie proprement dite. Elle avait été menstruée à partir de onze ans, mais toujours très-irrégulièrement : elle se rappelle des intervalles d'une année entière, de trois mois, de cinq à six mois, pendant lesquels elle n'avait pas vu revenir ses règles, bien que n'étant pas autrement indisposée.

A peine arrivée à Paris, elle eut une fièvre typhoïde, qui dura cinq semaines. Elle fut traitée dans le service de M. Blachez. Après cela, dit-elle, la jambe droite resta enflée depuis

la cheville jusqu'au genou durant cinq mois; cette enflure cessa lorsque les règles, qui étaient de nouveau supprimées depuis la fièvre typhoïde, eurent fait leur réapparition. Durant ces cinq mois de convalescence, cette fille resta à se faire soigner chez un de ses oncles. Puis elle se plaça comme domestique chez une dame, qui l'emmena à Londres. Elle ne s'y porta pas très-bien. Ses digestions étaient pénibles. Elle ne buvait plus que de la bière, et, maintenant encore, elle ne peut plus supporter le vin. A son retour à Paris, elle quitta cette place, mais pour en reprendre bientôt une autre, beaucoup plus pénible. Une de ses sœurs, se sentant souffrante, la pria de la remplacer momentanément comme cuisinière dans la maison où elle servait. Elle y resta deux mois, et ce fut là que, pour la première fois de sa vie, elle eut des pertes de connaissance. On la trouva, à plusieurs reprises, étendue devant ses fourneaux. Elle avait toujours mal à la tête, toujours envie de dormir. Elle manquait absolument d'appétit, ne pouvait plus manger et se plaignait d'une constipation tellement opiniâtre que, dit-elle, on lui donna huit fois de suite des purgatifs sans aucun résultat.

Elle entra, le 2 juin 1875, à Saint-Antoine, dans le service de M. Peter. Elle ne vomissait pas encore; mais elle se plaignait surtout de cette constipation que rien n'avait pu vaincre, et de dégoût pour les aliments. Au bout de deux semaines environ, elle commença à vomir; et néanmoins elle demanda à être envoyée au Vésinet, espérant s'y remettre plus vite. Mais au Vésinet, elle vomissait tout ce qu'elle prenait, et, après l'avoir gardée quelques jours à l'infirmerie, on la renvoya à l'hôpital le 3 juillet 1875. Elle entra, cette fois, dans le service de M. Mesnet, où elle continua à vomir toutes les substances alimentaires que l'on lui faisait avaler, presque aussitôt après les avoir ingérées. Les règles étaient supprimées de nouveau. Pendant plusieurs mois, ce fut en vain que M. Mesnet eut recours aux médications les plus diverses, y compris l'électrisation: l'état restait toujours le même. Rien n'était digéré. Les urines et les selles étaient extrêmement rares; l'insomnie, les palpitations étaient à peu près continuelles. L'amélioration se produisit soudainement, alors que M. Dumontpallier, suppléait momentanément M. Mesnet dans son service. Un jour, cette jeune fille, qui, jusqu'alors, n'avait jamais souffert de l'estomac, y ressentit une douleur intense. Pendant un quart d'heure, elle fut obligée de se tenir assise, penchée en avant, pour calmer cette sensation des plus pénibles. A partir de ce moment, elle put digérer et cessa de vomir. Le 11 novembre 1875, elle quitta l'hôpital, ayant repris des forces et se croyant tout à fait guérie, bien qu'elle fût obligée de prendre certaines précautions pour se bien porter. Elle ne vomissait plus; mais elle ne pouvait prendre ni salade ni lait sans se sentir durant des heures un poids sur l'estomac. Après avoir mangé, elle ne pouvait pas s'agiter, monter ou descendre les escaliers, aller en omnibus: il fallait qu'elle restât à peu près immobile pendant le travail de digestion.

Elle ne s'était pas replacée: était restée de nouveau chez son oncle, en convalescence. Ses règles reparurent dans le mois de décembre; mais cette jeune fille ne s'en trouva pas mieux. Au contraire, peu de temps après, elle était reprise de vomissements, et, le 11 janvier dernier, elle rentrait dans le service de M. Mesnet.

Comme l'année dernière, elle vomit tout ce qu'elle avale, fort peu de temps après l'avoir pris. Elle ne souffre pas de l'estomac. Une seule fois, dit-elle, elle y a ressenti une légère douleur, et, après cela, elle a pu digérer pendant trois jours; mais c'est le seul moment de calme qu'elle ait eu. Elle urine fort peu. Il lui arrive parfois de passer jusqu'à huit et dix jours sans en éprouver le besoin, et c'est à peine si ensuite elle rend un verre de liquide. M. Mesnet a pris les plus grandes précautions pour empêcher toute supercherie, et il s'est assuré souvent par la percussion que la vessie n'était pas pleine, bien que la malade n'eut pas uriné depuis très-longtemps.

Il n'y a pas eu de crises de nerfs, pas même de perte de connaissance. Aucune sensation de boule remontant vers la gorge, rien qui appartienne en propre à l'hystérie vraie; mais tout l'ensemble des névralgies du nervosisme, douleurs de tête, douleurs des régions sous-claviculaires, douleurs sous-mammaires, douleurs dans la région iliaque et dans la région ovarienne. Tout cela beaucoup plus marqué du côté gauche que du côté droit. En revanche, du côté droit on trouve la sensibilité à la douleur un peu diminuée sur la peau de la main, du bras et de la jambe. Sur la figure et sur le tronc, il existe aussi du même côté quelques points relativement analgésiques; mais ces points sont disséminés et peu étendus.

Lorsque les maux de tête sont le plus violents, la vue se trouble, et la lecture devient impossible durant quelques heures.

Les règles n'ont reparu qu'une seule fois depuis le mois de janvier, et leur seul effet a été de faire disparaître une leucorrhée abondante, qui existait depuis leur suppression. La malade est maigre; mais cette maigreur n'a rien d'excessif; elle est pâle, mais il paraît qu'elle l'a toujours été. Somme toute, on ne se figurerait jamais en la voyant qu'elle a subi six ou sept mois de diète absolue.

— Dans le service de M. Gallard, à la Pitié, une autre malade présente un cas non moins intéressant, mais peut-être un peu plus complexe. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, entrée le 5 février dernier, salle Saint-Rosaire, n° 21, et qui, elle aussi, vomit tout.

Il y a cinq ans qu'elle a été prise pour la première fois de ces vomissements incoercibles, à l'occasion d'une purgation violente, s'il faut l'en croire. Elle était alors domestique dans une petite ville de Normandie. Sa santé avait toujours été assez frêle; ses règles avaient paru à seize ans seulement, et très-irrégulièrement depuis lors, tantôt avec des retards de une à six semaines, et tantôt des avances d'une quinzaine de jours. Elles étaient toujours précédées de maux de reins et de douleurs dans le bas-ventre, et dans l'intervalle il existait de la leucorrhée. Cette femme, très-impressionnable, très-sujette aux palpitations, avait éprouvé de grands chagrins. Elle se plaignait souvent de la gorge, et, depuis six mois environ, elle était presque aphone lorsqu'on lui fit prendre le purgatif qu'elle accuse devoir être l'origine de sa maladie. Antérieurement déjà elle digérait mal; les aliments lui pesaient longtemps sur l'estomac; elle avait eu même quelquefois des indigestions, mais d'habitude elle ne vomissait pas; le purgatif la fit vomir avec une extrême abondance et, depuis lors elle se mit à rendre tout ce qu'elle prenait. Elle entra pour se faire soigner dans une maison religieuse de Normandie, où elle avait été élevée, et elle y resta deux ans et demi. Pendant les sept premiers mois surtout, elle ne pouvait pas avaler la moindre chose, une cuillerée d'eau, sans la rejeter aussitôt avec des efforts très-pénibles.

Chose à noter. Elle eut alors très-fréquemment, à ce qu'elle raconte, des vomissements couleur de marc de café. Elle souffrait d'une manière aiguë, et la douleur horizontale, qu'elle compare à un broyement, s'étendait depuis l'épigastre, sur un même niveau, jusqu'au rachis. Il est donc extrêmement probable qu'il y eût alors complication d'ulcère simple de l'estomac.

Pendant cette période, les règles n'avaient pas reparu. La malade était devenue tellement faible, qu'elle ne pouvait plus sortir de son lit. On essaya de l'alimenter avec des lavements de bouillon et de vin de quinquina ; mais ces lavements n'étaient pas gardés ; et, en outre, ils déterminèrent une irritation de l'intestin, qui se traduisit pendant deux mois par une diarrhée colliquative excessivement abondante. On crut que cette femme allait mourir d'épuisement. Cette diarrhée coïncidait à une constipation que rien n'avait pu vaincre. De ce moment data une phase nouvelle dans la maladie. Il n'y eut plus autant de douleurs ; les vomissements ne furent plus noirs : ils devinrent exclusivement alimentaires. Pendant deux ans encore, cette femme ne put guère manger sans être obligée de rejeter tout ce qu'elle avait avalé. Cependant, peu à peu elle reprenait des forces ; et elle finit par songer à se replacer comme domestique à la campagne. Pendant environ dix-huit mois, elle fit sa besogne, fort peu pénible, tout en vomissant quelquefois pendant deux ou trois mois de suite ; durant ces crises, elle ne pouvait pas prendre un repas sans vomir ; durant les intervalles, qui avaient une durée à peu près égale, elle digérait assez bien. Au mois de novembre dernier, elle vint à Paris, et elle se plaça dans la banlieue. Pendant deux mois, sa santé fut passable ; mais dans le courant de janvier, les vomissements reparurent, et, bientôt après, cette femme, ne pouvant plus continuer son service, se fit recevoir à l'hôpital.

Elle continue à y vomir les aliments qu'on lui fait prendre. Mais elle ne paraît pas extrêmement affaiblie : elle peut se lever et se promener dans l'hôpital. Il y a cinq mois environ qu'elle n'a pas revu ses règles. Elle se plaint de grand maux de tête, qui auraient commencé depuis le mois d'août de l'année dernière, et elle accuse tout l'ensemble des névralgies les plus habituelles du nervosisme ; points douloureux vers le rachis, entre les épaules, en dessous des clavicules, vers la pointe du cœur, sur les côtés du ventre, etc., etc. Elle ne s'est jamais trouvée mal, n'a jamais eu de grandes crises nerveuses avec cris ou pleurs. La sensibilité est égale des deux côtés.

Cette dernière observation s'écarte surtout des précédentes par l'existence très-probable d'un ulcère simple de l'estomac à une période antérieure de la maladie : à ce moment, où cette femme vomissait noir, où elle éprouvait des douleurs atroces, où elle s'était vue réduite à un tel état de faiblesse, qu'elle ne pouvait plus sortir de son lit. Mais cette fois, certainement, il ne s'agit plus d'ulcère simple.

Ce fait est aujourd'hui pleinement comparable aux trois autres. Nous reviendrons prochainement sur cet ensemble.

Cas curieux d'insolation.

Disons quelques mots d'un autre malade du service de M. Mesnet.

Cet homme, couché salle Saint-Hilaire, n° 16, est entré le 18 juillet pour une brûlure de la figure et des deux mains par le soleil.

C'est un homme de peine, très-robuste, âgé de cinquante-quatre ans. Il y a huit jours, ayant eu à faire une besogne pénible, et ayant un peu bu, il s'étendit par terre, au soleil, avec la pensée, à ce qu'il raconte, de rappeler la transpiration, pour faire disparaître un peu de malaise, dont il se plaignait depuis quelques jours. Il avait la tête recouverte d'une casquette d'été ; mais la figure était en plein soleil, ainsi que le dos des mains.

Combien de temps est-il resté dans cette position ? Il ne saurait le dire. Le fait est qu'il rentra chez lui aussi bien portant que d'ordinaire, et sans avoir même, à ce qu'il affirme, aucun gonflement, aucune rougeur, soit sur la face, soit sur les mains. Le lendemain seulement, son nez devint rouge, ainsi que la partie la plus voisine des joues. En même temps il s'aperçut qu'il s'était produit trois *boutons*, dit-il, c'est-à-dire trois papules d'un rouge violacé, l'une sur le nez et les deux autres sur la joue gauche. Tout autour, de petites cloches et des vésicules pleines de liquide apparaissaient. Il n'y avait encore absolument rien sur les mains. Le samedi, troisième jour, le dos des mains était couvert de papules rouges, saillantes et dures ; la face était rouge, gonflée, couverte de papules dans toute la zone qui s'étend entre les sourcils et la bouche ; l'oreille gauche et le cou étaient également rouges. Le malade entra à l'hôpital trois jours après. L'érythème de la face avait alors absolument l'aspect d'un véritable érysipèle : même gonflement, même rougeur, même disposition des bords, faisant saillie sur les parties voisines. Les mains paraissaient avoir subi une brûlure qui variait, suivant les points, du premier au troisième degré. Aujourd'hui encore, des cloches énormes recouvrent presque entièrement la face dorsale des deux pouces. D'autres cloches, un peu moins grosses, se voient sur les premières phalanges de l'indicateur et du médius du côté gauche ; d'autres, plus petites, sur les mêmes doigts, du côté droit.

Des plaques et des papules d'un rouge violacé, ressemblant beaucoup à des engelures très-inflammées, sont disséminées sur les autres doigts. A la première phalange de chaque petit doigt notamment, il en est une très-saillante, très-dure, d'un rouge violacé, extrêmement foncé, dont le diamètre égale celui d'une pièce de cinquante centimes.

Il existe un gonflement tel que le malade ne peut se servir de ses mains ; les mouvements de flexion sont presque impossibles.

La face commence à se dégonfler ; mais elle est encore d'un rouge très-vif dans sa partie moyenne : le front était recouvert par la casquette, et le menton par la barbe.

Le cou et les oreilles sont rouges, comme à la suite d'une brûlure au premier degré.

Il y a déjà huit jours que l'insolation a eu lieu. On voit combien l'évolution de cet érythème a été lente. La rougeur a mis tout un jour à paraître à la face, et deux jours à paraître aux mains. Les papules, les vésicules, ne se sont produites que peu à peu. Les grosses cloches et le gonflement ne sont survenus qu'en dernier lieu. Et, après tout un septenaire, les lésions n'en sont pas encore à la période de décroissance sur les poignets.

Cependant il n'y a pas eu le moindre accident général, pas de mal de tête, pas de malaise. Cet homme, suivant son expression, ne se sent pas et ne s'est jamais senti *malade de corps*.

Le fait est curieux à ce point de vue.

Dr Victor Revillout.

NOTE

SUR DEUX CAS DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU AVEC ACCIDENTS DU CÔTÉ DE LA PEAU, DES SÉREUSES ET DE LA MICTION,

Par M. J. Marty, stagiaire au Val-de-Grâce.

I

Dans les numéros du 1er et du 5 juillet de la *France médicale*, on trouve une note de M. Moutard-Martin sur un cas d'érythème marginé rhumatismal devenu bulleux, observé dans le service de M. le docteur Lailler.

Depuis que M. le docteur Bazin a tracé de main de maître la physiologie de ces éruptions rhumatismales, des faits nombreux

et extrêmement intéressants sont venus se grouper autour de ses idées premières (1).

Trousseau, dans ses cliniques, le professeur Lasègue, dans son *Traité des angines*, ont donné leur adhésion à sa manière de voir : le rhumatisme articulaire aigu, dit ce dernier, peut avoir comme expression cutanée une éruption érythémateuse spéciale.

Cependant tous ne partagèrent pas cet avis.

Les uns ne voulurent voir dans ces faits qu'une simple coïncidence; les autres, un phénomène critique; d'autres un mode d'élimination; d'autres enfin, plus nombreux, reconnurent deux manifestations d'une même diathèse.

La question n'est donc pas encore admise sous le même point de vue par tous, et c'est pour cela que nous avons pensé utile de signaler, à côté des observations publiées, celle d'un malade suivi par nous à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Béhier, suppléé alors par M. le docteur Liouville.

René T..., apprenti doreur, seize ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 juin 1875, salle Sainte-Jeanne, lit 26.

Le malade est faible, chétif, lymphatique. Rien à signaler dans son enfance. Pas de traces de scrofule. Légère injection des conjonctives.

La première atteinte de rhumatisme remonte à 1870. Les douleurs furent assez fortes, généralisées, avec gonflement considérable des articulations. Avec des alternatives aiguës, où le malade était forcé de garder le lit, et des périodes intermédiaires moins bruyantes, la maladie dura dix-huit mois, allant sans cesse d'une articulation à l'autre.

Les parties les plus affectées furent les genoux, les poignets, le cou-de-pied; les coudes et les épaules le furent moins. Enfin il eut quelques douleurs dans les articulations de la main. Le malade spécifie bien que, pendant ces dix-huit mois, il n'a jamais eu aucune rémission complète, mais seulement des alternatives de plus ou moins bien.

Depuis cette dure secousse, il a conservé des palpitations, un essoufflement rapide. De plus, tous les ans, il revient quelques douleurs dans les bras et les genoux, surtout dans ces derniers temps.

Bien que le malade ne s'en plaigne pas, et n'accuse rien dans ses antécédents, il conserve à la figure des traces assez abondantes et bien marquées d'une éruption d'acné.

L'attaque actuelle a débuté il y a quinze jours, sans cause connue. Pas de frisson initial, mais huit jours de phénomènes vagues : fatigue, inappétence, céphalalgie.

Les premières articulations envahies ont été les genoux, puis les pieds, puis les poignets, avec courbature marquée.

Peu de sommeil. Premier temps à la pointe mal frappé.

Le 10 au matin, peau saine, état précédemment décrit. Langue chargée, fièvre modérée, épanchement abondant au genou droit.

Le 10 au soir, fièvre violente sans délire, sueurs abondantes dans la nuit.

Le malade a ressenti une démangeaison assez vive. L'éruption aurait atteint son maximum à trois heures de la nuit. Elle recouvrait d'une teinte uniforme l'abdomen et l'épigastre et s'accompagnait d'une forte dyspnée. Les picotements cessèrent alors.

Tels furent les renseignements qui nous furent donnés.

Le 11, éruption érythémateuse en plaques, siégeant sur la partie antérieure de l'abdomen, et sur la partie antérieure et inférieure de la poitrine, sur la région fessière et fémorale droite, à la partie supérieure. Quelques plaques y dépassent le pli de l'aine. Ces plaques sont d'ailleurs isolées et peu nombreuses. On en retrouve aux coudes, des deux côtés, à la partie antérieure et à la partie postérieure, avec prédominance à la partie antérieure gauche.

(1) Sur ce sujet, on trouvera des faits intéressants aux sources suivantes : Bazin, *Affections cutanées arthritiques et dartreuses*. — Trousseau, *Cliniques*. — Bouillaud, *Traité du rhumatisme*. — Rayer, *Maladies de la peau*. — *Progrès médical*, 1873. — *Union médicale*, 1874. — Thèse de Ferrand, 1862. — Thèse de Courlaud, 1875, en sus des faits cités dans cette note.

Les avant-bras, les mains, le dos, sont sains.

Les dimensions de ces plaques sont très-variables. Sur la face antérieure du corps, elles atteignent par leur fusion jusqu'à 18 centimètres de largeur.

La couleur est rouge foncé, la forme très-irrégulière. Quelques plaques sont arrondies, d'autres ellipsoïdes, d'autres présentent des prolongements en divers sens.

La saillie des bords est nettement appréciable à la vue et à la palpation, et une zone qui les entoure, où la peau est un peu décolorée, fait mieux ressortir leur élévation et leur couleur.

Le bourrelet n'est point également marqué sur tous les côtés de toutes les taches. Sur quelques-unes, périphériques, il est à peine appréciable et disparaît complétement à leur bord interne.

Les plaques présentent divers degrés d'évolution. Sur les bras, elles sont déjà pâles, en déliquescence. Sur l'abdomen, elles sont encore foncées.

Pas de démangeaison.

Même état des articulations.

La langue et l'arrière-gorge ne présentent rien d'anormal.

Pouls régulier, 84. Sueurs modérées.

Traitement : extrait aqueux thébaïque, 1 centigramme ; bicarbonate de soude, 12 grammes.

Le 11, le poignet droit est gonflé et douloureux. Les genoux le sont moins.

L'éruption est en résolution. Le bourrelet qu'entourait les plaques a disparu. Leur couleur est rose pâle. Pas de poussées nouvelles.

Le 12, les deux poignets sont pris. De l'éruption, il ne reste que de légères traces, si l'on en excepte deux plaques peu élevées, circonscrites, récentes, rouge vif, en dehors du sein droit.

Le pouls est irrégulier, sans intermittences.

Le premier temps à la pointe est toujours prolongé ; timbre légèrement métallique.

Un peu d'appétit.

Le 13, épistaxis, respiration normale.

Bicarbonate de soude. . . . . . . 12 grammes.
Extrait quinquina. . . . . 3 —

Le 14, l'éruption a complétement disparu.

P. 84, T. m. 38,2.

Le 15, la nuit a été bonne. Le malade ne souffre plus du genou. Les poignets sont encore pris, et quelques articulations des doigts sont douloureuses.

Le faciès est meilleur, T. 38.

Le 16, les douleurs articulaires diminuent. Le malade accuse un peu de malaise. L'état général est moins bon qu'hier. T. 38,1.

Le 17, la nuit n'a pas été mauvaise, mais l'oppression est plus prononcée.

On trouve un épanchement pleural des deux côtés, surtout prononcé à droite. A gauche, il est moindre. La respiration est légèrement soufflante aux deux bases. Matité en rapport avec l'épanchement. Égophonie à droite.

Pas la moindre douleur de côté. T. 38.

Le 18, même état. Du côté du cœur, la matité précordiale est augmentée. En même temps, le premier battement a perdu son timbre. Il est sourd, éloigné.

Le 19, nuit bonne. Les douleurs ont disparu. Un peu d'appétit. Faciès meilleur. P. 72, T. 37,2.

Même état des séreuses.

Le 21, T. 37,8.

Le 22. Le premier bruit du cœur s'entend mieux. T. 37,5.

Le 23, quelques sueurs. Plus de douleur. T. 37,5.

Le 24, respiration encore fréquente. Matité encore appréciable aux deux bases, mais l'épanchement a diminué. Encore léger souffle éloigné à droite. Rien à gauche.

Au sommet, bronchophonie à droite. Submatité. Respiration forte.

Râles fins dans toute l'étendue des poumons. T. 37,2.

Le 26, le souffle a disparu. Les douleurs sont toujours nulles. Les râles fins s'entendent jusqu'à la partie inférieure des deux poumons. La respiration également.

Restent : un peu de matité à droite et voix un peu éclatante au sommet.

Péricarde sain, pas le moindre frottement.

Le premier temps est toujours un peu prolongé.

Pas de fièvre.

A partir de cette date, la convalescence s'est déclarée sans accidents. Les nuits sont devenues bonnes, l'appétit s'est réveillé, le malade a repris des forces, et il est, au bout de deux ou trois semaines, sorti en bon état de l'hôpital.

Nous n'avons pas la date de la sortie, mais nous avons suivi la convalescence.

L'éruption présentée par ce malade est bien l'érythème marginé de M. Bazin. Seulement, ici, les régions indiquées par cet auteur comme étant le siége spécial de l'éruption, le dos des mains, les genoux, sont restées saines.

Un autre caractère remarquable a été la bénignité de l'éruption, qui a offert une évolution rapide, sans accidents du côté de la bouche, du nez, et sans qu'aucune vésicule ait troublé le caractère essentiellement érythémateux de l'éruption.

Comme dans l'observation de M. Féréol, publiée en 1873 dans la *Gazette des Hôpitaux,* ici, l'éruption a évolué en même temps que les douleurs, puis elle a disparu. Et c'est après sa disparition, en même temps que les phénomènes douloureux s'amendaient, que nous avons pû voir apparaître les épanchements de la plèvre et du péricarde, épanchements éphémères, et qui n'ont fait que retarder un peu la guérison, mais dont la marche spéciale nous paraît offrir assez d'intérêt.

Notons encore que la lésion de l'endocarde ne s'est nullement aggravée, et que le malade est sorti de l'hôpital avec les mêmes symptômes qu'il nous avait présentés à son entrée.

THÉRAPEUTIQUE

OBSERVATION D'UN CAS DE CHLORO-ANÉMIE AVANCÉE

TRAITÉ ET GUÉRI PAR LES DRAGÉES DOMINIQUE.

Par M. le docteur BARON.

Plus les Dragées Dominique se répandent dans la pratique médicale, plus les propriétés, qu'on leur attribue d'origine, se confirment en justifiant la confiance que les médecins leur accordent.

Sachant d'où proviennent les Dragées médicamenteuses, on ne doit pas être surpris des effets thérapeutiques qu'elles produisent; leurs propriétés actives sont celles mêmes des agents qu'elles renferment dans leur composition. Et chacun sait aujourd'hui que ces agents sont les principes minéralisateurs, que contiennent les eaux de la Source Dominique, c'est-à-dire le Fer, l'Arsenic et le Phosphore, qui sont, sans contredit, les éléments les plus précieux de la matière médicale de nos jours.

Considérant, en effet, la nature des maladies les plus fréquentes et les plus générales de notre temps. On voit que la faiblesse de circulation et l'atonie du sang en particulier, caractérisent la pathologie des générations présentes. Les organismes pèchent par l'énergie vitale. Le médecin est presque constamment en présence de malades dont la débilité fait le fond de l'affection.

Il faut enfin, de nos jours, relever le ton des organes, plutôt que le modérer ou l'amoindrir. Le praticien n'a guère qu'un ennemi à combattre; il s'appelle d'un seul mot l'*Anémie*, et l'anémie se divise ensuite en un grand nombre d'affections dont elle fait le fond.

L'observation que nous allons relater en est un exemple entre mille. C'est M. le docteur Barry, d'Arlane, qui nous la communique à titre de tribut en faveur des Dragées Dominique, qui lui rendent les meilleurs services dans sa clientèle. Il s'agit d'un cas grave de Chloro-Anémie chez une jeune femme.

Joséphine M... est âgée de vingt-trois ans. On la suppose atteinte de tuberculisation pulmonaire. La malade a commencé à se plaindre, il y a deux ans au moins; mais on n'en a pas d'abord tenu compte, et la jeune femme n'a suspendu ses occupations journalières que longtemps après le début de l'affection.

Aujourd'hui Joséphine est alitée; l'appétit diminuant graduellement est nul, et aucune espèce de nourriture ne le provoque. La faiblesse générale se traduit par des sueurs au moindre mouvement, durant la veille, et elles sont profuses durant le sommeil. Les difficultés de la respiration font soupçonner quelque lésion organique dans les poumons.

L'examen sous ce rapport témoigne d'une certaine matité au sommet du poumon gauche, qui ferait craindre que l'état chloro-anémique avancé, n'aboutisse à un commencement de phthisie.

Cependant, dans la pensée que cette lésion locale ne soit qu'à son début et qu'elle soit sous la dépendance de l'affection générale, M. le docteur Barry nous dit qu'après avoir prescrit un régime approprié, il ordonna l'emploi des Dragées Dominique, en vue de la maladie anémique.

La malade commença à prendre ces Dragées au nombre de quatre par jour. L'effet de cette ordonnance se manifesta bientôt par le réveil de l'appétit; les sueurs nocturnes diminuèrent; la dyspnée disparut, et Joséphine M... put se lever et essayer ses forces quelques jours après.

Comme les Dragées étaient d'une si facile administration, que la malade en attendait la prise avec plaisir, le nombre fut porté de quatre à six par jour. Après une quinzaine de ce traitement, on put prévoir qu'il aboutirait à la guérison.

En effet, après un mois, la jeune femme reprenait les travaux de son ménage, tout en continuant de prendre les Dragées dont elle se trouvait si bien.

Aujourd'hui, dit M. le docteur Barry, en terminant son observation trop succinte, aujourd'hui, deux mois après le début de la médication, dans laquelle les Dragées Dominique ont joué le rôle principal, sans contredit, Joséphine M... est mieux que convalescente; elle a repris ses occupations domestiques, et elle y vaque presque comme au temps où elle jouissait de la santé.

Les réflexions qu'on pourrait faire sur cette observation clinique viendront facilement au médecin que l'expérience a éclairé sur de pareils cas.

De quoi s'agit-il, en effet, en réduisant l'observation à sa plus simple expression? Il s'agit d'une maladie de nature chloro-anémique et qui cède à l'administration graduée de Sels de fer et d'arsenic, car les Dragées Dominique ne sont qu'une préparation normale de ces sels recueillis dans les meilleures conditions aux dépôts formés par la Source de la Dominique.

Mais alors tout est rationnel dans cette cure. Une fois le diagnostic établi, M. le docteur Barry n'aurait pas trouvé dans son expérience rien qui fut mieux indiqué pour le cas que les préparations martiales et arséniques. Connaissant les nombreuses préparations de ces agents toniques et reconstituants, il leur a préféré les Dragées Dominique, dont il avait déjà eu l'occasion d'estimer les propriétés curatives; tout est naturel dans cette conduite médicale, et tout y est rationnel.

Une considération nouvelle peut avoir décidé le choix du docteur Barry, c'est la provenance des éléments médicamenteux propres aux Dragées Dominique. Il a pu penser à bon droit que les Sels de Fer et d'Arsenic, dont on dispose dans les laboratoires de la pharmacie, ne doivent pas avoir l'activité des mêmes sels extraits d'une eau minérale naturelle; parce que, pour le médecin, les produits de l'art n'ont jamais les vertus des produits de la nature. Nous pensons qu'en cela les préférences de M. le docteur Barry seront celles de tous les praticiens en pareille matière et dans les mêmes circonstances.

C'est donc le point qu'il nous paraît important de mettre en lumière pour bien éclairer la conduite des médecins qui ont à ordonner l'Arsenic et le Fer contre les maladies anémiques, si répandues de notre temps. Le grand nombre de préparations qui contiennent ces deux agents peut mettre le praticien dans l'embarras du choix. Mais lorsqu'il saura que les Dragées Dominique sont une de ces nombreuses préparations, sachant d'ailleurs que les deux éléments en proviennent des dépôts naturels de la Source Dominique, son in-

décision n'aura plus de raison d'être, et son choix sera fait en leur faveur.

Nous ne mettons pas en ligne de compte les avantages que présente un bonbon sur les formes diverses qu'on a pu donner aux préparations de la même espèce.

DES APPLICATIONS DE LA TRACTION CONTINUE

AU MOYEN DE L'APPAREIL A SPARADRAP.

Voici comment M. Bœckel emploie cette méthode, d'origine américaine, qui consiste à exercer une traction continue sur un membre malade au moyen d'un poids suspendu à ce dernier, par l'intermédiaire d'une cuirasse de sparadrap.

Après avoir pris la précaution de raser le membre, l'éminent chirurgien de Strasbourg applique sur l'une des faces latérales, une bandelette de diachylon, longue de 5 à 7 centimètres, depuis l'endroit malade jusqu'à la malléole, puis, après l'avoir recourbée autour de la plante du pied, à une certaine distance, de manière à former une anse libre, il l'applique symétriquement sur la face opposée. Cette première bandelette est fixée par des circulaires de sparadrap depuis les malléoles, et ses extrémités supérieures sont rabattues sur la dernière circulaire. Le tout est encore assujetti par un bandage roulé.

L'anse plantaire reçoit à son milieu une attelle un peu plus large que l'écartement des malléoles qui l'empêchera de se rouler en corde et d'excorier les chevilles. Un crochet, auquel on suspendra le poids, est fixé à la planchette.

A l'hôpital, M. Bœckel fait adapter une poulie au haut d'une tige que l'on fixe en l'endroit convenable, au moyen de crampons à vis. Si le lit est en bois, un trou de vrille, percé dans le montant, laisse passer la ficelle destinée à soutenir le poids, celle-ci gagne ensuite la poulie.

Dans quelques circonstances, une poulie indépendante du lit, montée sur une tige mobile dans un socle, et qu'on peut élever ou abaisser à volonté, permet d'installer le malade, pendant la journée, sur une chaise longue.

Le sparadrap ne doit pas être irritant; il doit être étendu sur une toile assez forte pour ne pas se déchirer sous le poids. On peut d'ailleurs doubler l'anse longitudinale.

Le sparadrap gluant laisse glisser la bande; celui qui convient le mieux est le sparadrap ancien et un peu sec. Il ne faut pas suspendre immédiatement le poids total à l'anse, mais l'augmenter progressivement.

Quant à la contre-extension, si la traction ne dépasse pas 2 à 3 kilogrammes, et qu'il s'agisse d'un adulte, le poids du corps suffit pour l'opérer. Au-delà de 5 à 6 kilogrammes, on contrebalance l'extension par la position du lit du malade en élevant un peu le pied du lit. Pour un poids plus fort, on applique la contre-extension à la racine du membre, au moyen d'un tube en caoutchouc qui passe dans le pli de l'aine et celui de la fesse, et dont les deux bouts sont fixés au montant supérieur du lit. Quelquefois, pour éviter la compression des vaisseaux fémoraux et prévenir l'œdème, M. Bœckel place le tube en diagonale sur le périnée et fixe sa branche antérieure à l'un des montants du lit et la postérieure à l'autre. Chez des sujets indociles, il se sert de deux anses de sparadrap libres au-dessus des épaules et dont les chefs descendent sur le dos et le devant de la poitrine.

Le membre malade doit être couché sur un coussin de balle d'avoine, recouvert de toile cirée pour éviter les frottements. La méthode de Volckman qui consiste à appliquer par-dessus le sparadrap un appareil plâtré dans lequel on incorpore deux attelles placées transversalement à la face postérieure du membre, et dont les extrémités glissent sur deux prismes en bois, que forment les bords latéraux d'une planchette, n'est utile que lorsqu'on veut s'opposer au renversement du membre.

Chez les personnes dont la peau, par suite d'une disposition eczémateuse, ne peut supporter le sparadrap, on l'applique par le côté de la toile et on le fixe par une bande de flanelle roulée autour du membre, ou bien on coud, ainsi que l'a conseillé Volckman, une anse de fort ruban le long d'un bandage roulé de flanelle.

L'emploi du collodion, par lequel on a proposé de remplacer le sparadrap, ne donne pas de meilleurs résultats que celui-ci, excepté dans le cas de fracture de jambe avec chevauchement, quand elles sont situées au-dessous du milieu du membre, parce qu'il ne reste pas, avec le sparadrap, assez de surface cutanée pour obtenir une adhérence suffisante.

Enfin, dans quelques cas particuliers qui n'exigent pas une traction supérieure à 2 ou 3 kilogrammes, M. Bœckel fait suspendre le poids à une guêtre en cuir. Elle a l'inconvénient de déterminer des rougeurs et des excoriations, et supporte rarement 4 kilogrammes, mais elle permet de combiner la traction avec les douches froides et les bains. — (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juillet 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. LE FORT communique, de la part de M. Surmay (de Ham), membre correspondant, deux observations : l'une de *cancer de la lèvre inférieure ayant envahi la région voisine, traité par l'ablation de la commissure et des parties envahies; guérison* (au point de vue de l'autoplastie); l'autre de *luxation traumatique du quatrième métatarsien droit en haut, sur le cuboïde.*

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Maldan, sa thèse intitulée : *Relation de l'érysipèle avec les maladies des voies urinaires.*

COMMUNICATIONS

M. BERGER donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Des phénomènes nerveux que l'on observe dans le cours des étranglements herniaires.* (Comm. : MM. Perrin, Nicaise, Anger.)

M. TERRILLON apporte de nouvelles observations à l'appui de la communication qu'il a faite dans la séance du 24 novembre dernier, sur le *frottement sous-scapulaire.*

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

V

Le troisième Rigorosum contient la médecine opératoire (second de doctorat français), la chirurgie théorique et clinique (second et cinquième de doctorat français), les accouchements et la gynécologie (cinquième de doctorat). Les étudiants, par le dispositif de ce nouveau programme, subissent *nécessairement* un examen ophthalmologique, à la fois théorique, clinique et opératoire, ce qui n'étonne point, du reste, quand on a vu de près l'importance que l'Allemagne médicale donne à l'étude des maladies des yeux; il n'y a guère que les petites Facultés de médecine, comme Giessen, qui n'aient pas de chaires *ordinaires* d'ophthalmologie théorique et clinique. En médecine légale, l'étudiant autrichien, n'a pas, comme en France, de rapport écrit à faire sur un cas donné, et ainsi que nous l'avons noté dans cette branche de la médecine, comme dans les autres, les examens sont purement oraux. La dissertation inaugurale n'existe même pas.

Cette absence de thèse, de mémoire imprimé à la fin des études,

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 juillet.

qui n'est point d'ailleurs particulière à l'Autriche, peut être différemment jugée. Les uns disent qu'il est difficile de demander à des jeunes gens d'écrire sur la science médicale des choses qui valent la peine d'être lues. Les autres soutiennent au contraire, en invoquant le souvenir de la belle collection du temps de Boerhaave et de Haller, que des travaux excellents peuvent être mis au jour, et que cette abondante production peut donner une impulsion vigoureuse au mouvement scientifique. Les Facultés françaises sont demeurées fidèles à l'ancienne coutume, et, sans nul doute, elles ont sagement fait. Rien de plus intéressant que de parcourir la fameuse collection de Haller, *réimprimant* les meilleures *disputations anatomiques et pathologiques*, passées sous son long règne scientifique; rien de fructueux comme une recherche bibliographique faite dans la collection de nos thèses de Paris, qui reflètent, depuis le commencement du siècle, tout le mouvement médical étranger et français. On y trouve les premiers essais de ceux qui sont devenus nos maîtres, de ceux qui ont fait la gloire de notre Faculté; on y rencontre, à chaque pas, un recueil inépuisable d'observations cliniques, de réflexions judicieuses. Les étudiants s'y font, à chaque page, l'écho de la pratique de leurs maîtres des hôpitaux; ils apportent, quelques-uns du moins, des vues parfois neuves, des considérations ingénieuses, des recherches originales non sans valeur; et l'on pourra convenir, tout au moins, sans être taxé d'exagération, que, si *ce petit mémoire* était supprimé, les travailleurs perdraient une source vraiment riche pour leurs recherches bibliographiques.

Le collége des docteurs a Vienne ou faculté des docteurs. — Quelques mots avant de finir cette lettre sur cette institution, assez peu connue, du collége des docteurs. C'est une dénomination qui désigne un état de choses très-ancien, une corporation dont l'importance est d'ailleurs fort tombée.

En 1384, tout *licencié*, *maître* et *docteur*, était, par ce titre même, professeur à la Faculté de médecine; il devait enseigner. S'il cessait de prendre part à l'enseignement et aux discussions académiques, il ne faisait plus partie ni de l'Université, ni de la Faculté de médecine. Dès 1429, docteurs et licenciés n'enseignaient plus et restèrent cependant membres de l'université.

En 1554, quand l'Université de Vienne devint un institut d'État, ayant des professeurs salariés sur les budgets, il fut défendu aux autres membres de la Faculté de donner l'enseignement.

C'est à cette époque que remonte vraiment la scission qui s'est faite entre la faculté enseignante, le collége des professeurs, et la faculté non-officielle, ou faculté des docteurs. Bien qu'ils n'eussent plus le droit de professer, les docteurs de Vienne ne s'en considéraient pas moins comme étant toujours membres de l'université et comme les membres les plus influents. Cette corporation était d'ailleurs très-importante, et tout en la rappelant à sa vraie place, l'impératrice Marie-Thérèse et l'empereur Léopold, plus tard, durent la ménager. Le collége ou la faculté des docteurs élisait des doyens, lesquels siégeaient dans les examens et prenaient part à tous les actes officiels de la Faculté de médecine; ces doyens, dit le professeur Billroth, qui n'est d'ailleurs point favorale à cette institution, comme bien on pense, n'avaient qu'un rôle tout à fait effacé à côté des directeurs d'études. Cet état de choses a subsisté jusqu'en 1872.

Le décret de 1849 respecta la situation du collége des docteurs. Les étudiants, le collége des docteurs, et le collége des professeurs officiels formaient un tout, désigné sous le nom de Faculté de médecine de Vienne. Le doyen du collége des docteurs avait voix délibérative dans le collége des professeurs, et siégeait près du doyen des professeurs; il siégeait dans le sénat, faisait partie des jurys de Rigorosa, examinait et donnait des notes; il assistait *en costume* aux actes de promotions pour le doctorat. Deux autres membres du collége des docteurs siégeaient aussi dans les jurys d'examens. Les doyens du collége des professeurs avaient, de même, le droit de siéger dans le collége des docteurs.

Depuis 1872, le collége des docteurs a été exclu de l'Université et de la Faculté; c'est une association collégiale libre. De nombreux docents, des professeurs extraordinaires en font partie; mais cette compagnie, dans ses discussions, n'a plus qu'à émettre des vœux sur la direction générale à donner à l'enseignement officiel de la médecine et aux affaires intérieures de la Faculté.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1876.

125. Fiquet. Essai sur l'esthiomène.
126. Boudin. Des accidents urémiques dans le cancer de l'utérus.
127. Barot. Étude clinique sur deux variétés d'abcès musculaires observés dans la fièvre typhoïde.
128. Miorcec. Étude sur la dengue d'après les travaux des médecins français et étrangers.
129. Planteau. Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide.
130. Muselier. Étude sur la valeur séméiologique de l'ecthyma.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 juillet 1876, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Legouest, médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées; officier du 15 juillet 1859, 37 ans de services, 10 campagnes.

Au grade d'officier : M. Bourse (François-Félix), médecin principal de 1re classe de la marine, 24 ans de services, dont 16 à la mer; chevalier du 14 mars 1864.

Au grade de chevalier : MM. Weber (Edgard), médecin-major de 2e classe; 16 ans de services, 12 campagnes. — Turquet de Beauregard (Ernest-Alain-Marie), médecin de 1re classe de la marine; 19 ans de services, dont 12 à la mer ou aux colonies. — Dudon (Jean), médecin de 1re classe de la marine; 18 ans de services dont 11 à la mer ou aux colonies. — Degorce (Marc-Antoine), pharmacien de 1re classe de la marine; 22 ans de services, odnt 9 à la mer ou aux colonies.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 86. — MARDI 25 JUILLET 1876. 49e ANNÉE. MARDI 25 JUILLET 1876. — N° 86

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. HARDY.

Leucocythémie.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une malade très-intéressante qui présente une affection qu'il faut que vous connaissiez, d'abord parce qu'elle est remarquable, et ensuite parce que ses caractères sont tellement saillants qu'une fois qu'on l'a rencontrée, il est très-facile de la reconnaître plus tard.

Voici, en quelques mots, l'observation de cette malade. C'est une femme, de soixante ans, pâle, affaiblie, dont les premiers débuts de la maladie remontent à environ sept ou huit mois. A la suite d'une chute sur les fesses, elle s'aperçut qu'elle avait, dans les deux aines, des ganglions durs, volumineux. Y a-t-il eu quelque rapport entre l'accident que cette femme a subi et la tuméfaction des glandes lymphatiques? ou bien n'a-t-elle remarqué le développement de celles-ci que parce que les douleurs déterminées par la chute ont attiré son attention de ce côté? Cette dernière opinion est probable. Toujours est-il que c'est à ce moment seulement qu'elle a senti qu'elle avait dans les aines, pour me servir de son expression, des glandes, assez grosses et assez dures, qui n'étaient pas d'ailleurs le siége de douleurs bien vives. Puis, peu de temps après, elle a vu des ganglions semblables, multiples, se manifester au cou, sous les aisselles et au bras gauche, au-dessus de l'articulation du coude.

En même temps, la faiblesse que cette femme avait ressentie dès le début de ces accidents allait croissant, l'appétit devenait mauvais, les digestions pénibles. Enfin, voyant qu'au lieu de s'améliorer, son état s'aggravait de jour en jour, elle entra, il y a six mois, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Broca, où elle fut soumise à un traitement arsenical. Elle en était sortie depuis quelque temps quand, il y a environ deux mois, elle a remarqué que sa jambe gauche enflait. Bientôt l'enflure se généralisa, et, depuis un mois, les deux extrémités inférieures sont complétement œdématiées. La malade resta dans cet état pendant quelque temps encore, traînant son existence tant bien que mal, jusqu'au moment où, voyant que ses forces s'affaiblissaient de plus en plus, que les jambes continuaient à enfler, elle se décida à venir nous trouver.

A son entrée, on constate l'état suivant. On remarque d'abord dans les aines, des deux côtés, des ganglions indurés, volumineux, un peu douloureux, bien qu'à l'origine ils ne fussent le siége d'aucune douleur. Sous les aisselles, de chaque côté du cou, au-dessus de l'articulation du coude gauche, en un mot, dans la plupart des régions où il existe des glandes lymphatiques, on constate des tumeurs semblables. Avec cela, cette femme présente encore, à la région antérieure du cou, une augmentation de volume assez considérable du corps thyroïde: mais ce goître n'a ici aucun rapport avec la maladie actuelle, car il remonte à une époque très-éloignée, et est survenu d'une façon subite, dans un accouchement, au milieu des efforts violents provoqués par l'expulsion de l'enfant.

Continuant notre examen, nous trouvons aux membres inférieurs un œdème bien accentué des deux jambes, caractérisé par la transparence et la blancheur de la peau, et par un gonflement considérable de ces parties, qui conservent l'empreinte du doigt, quand on vient à exercer une certaine pression à leur niveau. Le ventre est lui-même augmenté de volume, mais d'une façon peu appréciable. Si, en effet, on pratique la percussion de l'abdomen, on perçoit une légère sensation de flot qui indique qu'il n'existe dans le péritoine qu'une très-faible quantité de liquide.

Ce n'est pas tout. En examinant les viscères de l'abdomen, on constate d'abord que le foie n'est pas augmenté de volume. Il est facile de s'assurer par la percussion que cet organe a conservé ses limites normales. Mais il n'en est pas de même dans l'hypochondre gauche, où l'on sent sous la main une résistance que l'on perçoit jusque dans le flanc gauche, et qui atteste qu'il y a en ces régions un corps solide, dont l'existence est d'ailleurs encore démontrée par la percussion. On perçoit, en effet, une matité absolue qui remonte jusqu'au niveau du sein, c'est-à-dire à la hauteur de la quatrième côte environ, et qui en bas se prolonge jusque dans le flanc. En présence de ces signes, nous devons conclure à une augmentation de volume considérable de la rate.

D'autre part, on constate encore, chez cette femme, un gonflement considérable des amygdales, gonflement tel, que celles-ci ont à peu près triplé de volume, de façon qu'elles se touchent. Ce gonflement s'étend jusqu'aux piliers du voile du palais, qui présentent eux-mêmes une légère augmentation de volume.

Si maintenant nous passons à l'examen des fonctions générales, nous trouvons qu'en outre de l'affaiblissement et de la débilité dont cette femme se plaint, il existe encore quelques

troubles gastriques caractérisés par des douleurs d'estomac qui ont même été assez vives pour nécessiter de la part du médecin qui l'a soignée avant son entrée à l'hôpital, un vésicatoire d'abord, puis l'application d'un cautère à l'épigastre. Avec cela les digestions se font mal ; mais il n'y a ni diarrhée, ni vomissements.

Quant aux autres fonctions, elles s'accomplissent régulièrement. Le cœur ne présente rien de particulier, le pouls seulement est faible, d'une fréquence médiocre. Enfin, cette femme n'a ni accès de fièvre, ni épistaxis, ni saignement des gencives, tous symptômes qu'on rencontre assez fréquemment dans la maladie dont elle est atteinte.

D'après les signes que je viens de vous énumérer, d'après la marche que la maladie a suivie, et en nous fondant, d'une part sur l'existence simultanée de ganglions engorgés, l'augmentation de volume de la rate et des amygdales, d'autre part sur l'état d'affaiblissement et d'anémie dans laquelle cette femme est tombée, il est impossible de méconnaître l'affection décrite dans ces derniers temps sous le nom de leucocythémie.

Mais, avant de poursuivre l'histoire de cette malade, il est bon d'insister sur quelques détails, et d'indiquer les diverses variétés que présente l'affection que nous étudions en ce moment.

La leucocythémie est une maladie qui n'est connue que depuis très-peu de temps, et si l'on réfléchit aux caractères très-tranchés avec lesquels elle se présente, on est étonné que l'on ait mis si longtemps à la décrire et à la considérer comme une espèce morbide particulière. Ce n'est, en effet, qu'en 1845, que Bennett, d'Édimbourg, relata, pour la première fois, une forme de maladie particulière à laquelle il donna le nom de leucocythémie, et caractérisée, selon lui, par l'existence dans le sang de matières blanches qu'il attribuait au mélange du pus avec ce liquide. Quelques années après, Wirchow constata que cette altération du sang était due, non pas à des globules de pus, mais à un état particulier des globules blancs. A partir de ce moment, l'attention fut éveillée sur ce point, et Bennett ne tarda pas à publier de nouvelles observations, à la suite desquelles il proposa, pour cette maladie, le nom de leucocythémie, par opposition à celui de leucémie, donné par Wirchow. Cette dernière dénomination a, en effet, pour inconvénient de désigner un état du sang, qu'on rencontre dans plusieurs maladies. Le nom de leucocythémie est plus exact.

Quoi qu'il en soit, ce n'est qu'en 1852 qu'on a commencé, en France, à s'occuper de cette affection, et, sans vous citer les noms des médecins qui ont le plus contribué à l'édification de la leucocythémie, je me bornerai à vous dire qu'aujourd'hui cette maladie est une des plus connues et qu'actuellement on lui reconnait trois variétés.

La première forme de cette maladie, celle que Trousseau a décrite sous le nom d'adénie pour la distinguer de l'engorgement ganglionnaire dû à la scrofule, est caractérisée par l'augmentation de volume des ganglions lymphatiques. La deuxième forme a pour caractère l'augmentation de volume de certains viscères, et en particulier du foie et de la rate. Enfin, la troisième est caractérisée principalement par l'altération des follicules intestinaux, et particulièrement par celles des glandes de Peyer. Cette dernière variété a été surtout indiquée par M. Béhier, qui a publié l'observation d'un individu qui, après avoir eu pendant longtemps de la diarrhée, présenta à l'autopsie un développement considérable des vésicules closes placées dans la muqueuse de l'intestin.

Telles sont les trois variétés de leucocythémie que les pathologistes ont admises. Mais je dois dire qu'il n'est pas rare, en clinique, de rencontrer réunis, chez le même individu, des caractères propres à l'une et à l'autre de ces formes. Notre malade, d'ailleurs, est un exemple de ce que j'avance, car nous trouvons mélangés chez elle, les symptômes de l'adénie et de la leucocythémie viscérale. Disons toutefois que c'est l'adénie qui prédomine ici, et que la leucocythémie viscérale n'est représentée que par l'augmentation de la rate et des amygdales.

A propos du gonflement de ces glandes, je vous ferai remarquer que les amygdales, dont on ne connaît guère les fonctions et que les physiologistes sont portés à considérer comme des organes servant simplement à la déglutition, sembleraient jouer un rôle plus considérable dans l'économie, en concourant à faire du sang au même titre que les autres organes hématopoiétiques, dont elles suivent, dans la leucocythémie, l'augmentation de volume.

Pour en revenir maintenant à la malade qui fait l'objet de cette leçon, nous devons dire qu'elle ne présente aucune de ces complications qu'on rencontre quelquefois dans la leucocythémie : ascite, hémorrhagies, accès de fièvre revenant de temps à autre, etc. ; comme phénomène accessoire, nous ne trouvons chez elle que l'œdème des extrémités inférieures.

Ordinairement cette complication n'apparaît qu'à la fin de la maladie, et comme conséquence d'une autre hydropisie, l'ascite. L'apparition de celle-ci se conçoit très-bien, du reste, par l'augmentation de volume que subissent le foie et la rate, et d'où résulte un certain degré de compression de la veine porte. Ici, cette localisation de l'œdème aux extrémités inférieures est plus difficile à expliquer, et il est nécessaire, pour la comprendre, de faire intervenir un mécanisme particulier.

Or, si l'on tient compte de la façon dont cette hydropisie est survenue, de son apparition dans le membre gauche d'abord, puis, plus tard, dans le membre droit, on ne saurait se refuser à admettre qu'elle est due ici à la compression de la veine crurale, par les ganglions inguinaux augmentés de volume. De même, il est probable que l'ascite modérée que nous offre encore cette malade est déterminée par une gêne dans la circulation de la veine cave inférieure ou dans le système porte, consécutive elle-même à la compression de ces vaisseaux par une des glandes lymphatiques profondes, situées dans leur voisinage.

Il est évident, d'ailleurs, que la cause de l'œdème ne siége pas dans le cœur. Non-seulement cet organe n'offre rien d'anormal dans son fonctionnement, mais encore la façon dont est survenue cette complication est contraire à cette opinion. Vous savez, en effet, que l'œdème des extrémités inférieures, consécutif à une lésion organique du cœur, commence toujours par les deux membres à la fois, tandis qu'il a apparu d'abord à gauche et ne s'est manifesté que plus tard à droite.

Un autre caractère propre à la leucocythémie, c'est l'état particulier du sang. Le premier signe qui frappe tout d'abord, c'est l'augmentation de nombre que présentent les globules blancs par rapport aux globules rouges. Au lieu de se trouver, comme à l'état normal, dans la proportion de 1/300, 1/400, souvent même 1/500 les leucocytes sont aux hématies : 10, 15, 20 : : 100. On a même cité des cas, mais ces faits ont besoin d'être contrôlés, dans lesquels ce rapport aurait été de 1 globule blanc, pour 3 globules rouges.

Outre cette augmentation des globules blancs par rapport aux globules rouges, on a encore noté quelques autres altérations, et principalement une diminution de densité du sang. Fréquemment aussi, il existe une diminution absolue du nom-

bre des hématies. Non seulement la proportion des leucocytes est accrue, mais il n'est pas rare de trouver, comme dans l'anémie, une diminution considérable des globules rouges. Notre malade, du reste, comme vous le verrez tout à l'heure, nous en offre un exemple.

Enfin, il est commun de voir encore ces derniers augmenter de volume et présenter des bords échancrés, déchiquetés.

Nous devions donc, pour compléter ce diagnostic, rechercher, chez cette femme, dans quel état était le sang, et l'examen auquel nous nous sommes livré nous a montré qu'il ne faut pas considérer cette altération du sang comme une altération primitive. La pâleur, la décoloration des téguments, l'état de débilité extrême que présentent les malades atteints de leucocythémie sont bien le fait de cet état particulier du sang, mais celui-ci est lui-même consécutif à l'altération des organes hématopoétiques. Pour que les globules soient adultes, si je puis m'exprimer de la sorte, il faut qu'ils soient élaborés par certains organes, le foie, la rate, les ganglions lymphatiques, les amygdales. Que ces organes soient altérés dans leurs fonctions, il en résultera cet état du sang, dont je viens de vous entretenir, qui se traduira lui-même par des phénomènes d'anémie.

L'altération du liquide nourricier, n'est donc pas primitive, mais bien consécutive : la maladie siége d'abord dans les solides, et ce n'est que plus tard qu'elle apparaît dans le sang.

On a en effet trouvé un assez grand nombre de cas dans lesquels les signes physiques de la leucocythémie existaient, sans que le sang fut manifestement altéré. Notre malade, d'ailleurs, nous en offre un exemple. Le diagnostic de la maladie repose donc surtout sur l'altération des organes, et ce fait semblerait une raison de considérer le nom de leucocythémie, comme une dénomination défectueuse, puisqu'il indique un état du sang consécutif qui peut même ne pas exister.

Dans le cas actuel, nous avons été, en effet, surpris de ne pas trouver une prédominance bien marquée des globules blancs. La proportion suivante 1/500 se rapproche beaucoup de la normale qui, comme vous le savez, est de 1/560. En revanche, nous avons trouvé une diminution notable des globules rouges, car au lieu de 4,500,000 par millimètre cube, chiffre normal, on n'en compte plus que 2,499,000.

Le pronostic de cette affection est grave, et je considère cette maladie comme incurable. D'ailleurs, dans l'état actuel de la science, alors même que le sang et les organes ne sont pas très-altérés, la mort est le plus souvent la conséquence de la leucocythémie. Dans les cas, cependant, où la maladie n'était pas généralisée, comme elle l'est chez cette femme, on a cité quelques guérisons. Pour mon compte, j'ai dans ma pratique l'observation d'un malade atteint de lymphadénite de la rate avec altération du sang, qui de plus présentait un gonflement sensible des ganglions du cou et une hydropisie assez accusée des membres inférieurs, et, cependant, qui a parfaitement guéri. Mais ces faits sont rares et ne s'observent, je le répète, que lorsque la maladie n'est pas généralisée.

Quant au traitement, il est nul. On a employé, mais sans succès, le quinquina, le fer, l'arsenic, l'iode. On a également proposé, comme dans la plupart des dyscrasies, l'emploi de la diète lactée, et c'est, en effet, à ce moyen que je dois le cas de guérison que je viens de vous citer. Quant à la femme, — sujet de cette leçon, — je l'ai soumise à un traitement purement palliatif, consistant dans l'administration des toniques, macérations de quinquina, vin de quinquina et dans le régime lacté ; mais je ne doute pas que mes efforts ne soient infructueux et que la mort ne survienne, quoi que je puisse faire, à bref délai.

NOTE

SUR DEUX CAS DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU AVEC ACCIDENTS DU CÔTÉ DE LA PEAU, DES SÉREUSES ET DE LA MICTION (1),

Par M. J. Marty, stagiaire au Val-de-Grâce.

II

A côté de ce fait, nous désirons en placer un second, dont l'intérêt principal est de présenter un accident rhumatismal plus rare, de pathogénie encore obscure ; nous voulons parler de la cystite rhumatismale.

Pierre B..., garçon maçon. Salle Sainte-Jeanne, n° 17, Hôtel-Dieu.

Comme antécédents généraux, cet homme a eu une fluxion de poitrine à quatorze ans, la fièvre typhoïde en 1861; dans la même année, la petite vérole. Nul antécédent de scrofule ni de syphilis. Il a eu antérieurement quelques accès de douleurs articulaires, quelquefois avec légers symptômes généraux, quelquefois vagues. Toujours sans complication. Rien du côté de sa famille.

La constitution est forte. Il a environ trente ans. Il avoue des habitudes alcooliques.

Les accidents ont débuté le 31 mars 1875. Il eut quelques frissons, des malaises, de l'anorexie, des maux de tête. Malgré cela, il continua son travail.

Le jeudi, il se leva, mais commença à ressentir quelques douleurs articulaires. Sorti dans la journée pour se promener, les douleurs devinrent assez violentes pour le forcer à rentrer.

Les genoux et les bras devinrent douloureux, et le malade entra à l'hôpital.

A son arrivée, il présentait les articulations, déjà mentionnées, tuméfiées et douloureuses. La fièvre était modérée, le pouls à 90, régulier. Le cœur est sain. La langue est fuligineuse ; la perte d'appétit est absolue.

Sueurs assez abondantes. Sur la peau, quelques taches rouges, petites, avec point central plus foncé.

Le 3 avril, état aggravé. Sueurs abondantes, répandant une odeur caractéristique. Pouls à 96.

L'éruption a considérablement progressé; elle occupe la partie supérieure de l'abdomen, tout le thorax. La face est saine. Quelques plaques dans le dos. A la partie antérieure, la confluence est extrême. Sur les taches rouges apparaissent de nombreuses vésicules de sudamine remplies de sérosité citrine.

Le malade, en même temps, se plaint d'une douleur légère en urinant.

L'urine ne contient pas d'albumine. Elle est foncée et présente les caractères de l'urine fébrile.

Le 4, même état. Quelques vésicules commencent à s'affaisser. La douleur à la miction augmente. Sueurs, fièvre assez vive. Ni délire ni rêves nocturnes.

Le 5, rétention d'urine. On sonde le malade ; l'instrument parcourt librement le canal et pénètre dans la vessie sans difficulté. Même état des urines; elles sont peu abondantes.

Du 6 au 10, même état. L'éruption procède par poussées successives. Quelques-unes des vésicules deviennent purulentes.

La fièvre n'a pas subi d'exacerbation inquiétante. Le pouls se maintient de 90 à 100.

Pas de délire.

Le malade est régulièrement sondé matin et soir. Il accuse toujours de la douleur du côté de la vessie, et on la provoque au-dessus du pubis.

L'urine ne contient ni albumine, ni sang, ni mucosités.

Le 10, la sonde a un peu éraillé le canal; émission d'un peu de sang.

Le 11, l'éruption s'arrête. Pas de poussée nouvelle. Sueurs à peu près nulles. Douleurs médiocres. Le malade urine seul, mais avec douleur. Peu de fièvre.

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 juillet.

Le 13, l'éruption diminue. Très-légère douleur à la miction.

Le malade n'a pas présenté la moindre douleur de rein pendant ces divers phénomènes. Il a encore le bras et les épaules pris, ainsi que le genou gauche.

Au cœur, on trouve à la pointe un souffle assez marqué au premier temps. Ni oppression ni palpitations.

Rien dans les plèvres.

Le 14, l'éruption a disparu. Il reste seulement quelques pustules affaissées correspondant aux points où quelques vésicules s'étaient étendues et avaient suppuré. Autour de ces derniers restes, la rougeur des téguments est éteinte. Encore un peu de douleur en urinant. Rien par la pression au-dessous du pubis. T. 76.

Le 18, encore quelques douleurs dans les épaules.

Téguments sains. Miction normale et sans douleurs.

Pouls faible, sans irrégularité. Souffle au premier temps et à la pointe.

La suite de la convalescence s'est bien effectuée, et le malade est sorti en assez bon état de l'hôpital.

Chomel et Requin ont cité quelques cas semblables. Dans le fait rappelé par M. le professeur Chauffard, l'accident s'est produit à la fin de l'attaque articulaire, a duré trois jours, et s'est accompagné d'une augmentation légère de la fièvre.

Dans celui qu'a cité M. le docteur Ball dans sa thèse de concours, on a vu dans les urines des matières muqueuses et sanguinolentes.

Dans notre cas, rien de semblable ne s'est observé, ce qui tient sans doute à ce que l'affection a été moins profonde. Mais elle a présenté les traits généraux des cas déjà observés, tant par sa bénignité que par sa rapide évolution. De plus, elle s'est accompagnée d'une abondante éruption de sudamine, en même temps que de fortes sueurs. Les urines ont été de même chargées et la quantité en a été considérablement diminuée. Son évolution a présenté, avec la lésion cutanée d'assez remarquables rapports au point de vue du début et de la marche.

Ce fait ne semble-t-il pas venir à l'appui de l'opinion émise, qui veut voir dans l'action d'une urine concentrée et devenue nuisible pour les parois de la vessie l'explication des phénomènes de cystite, puisque, avec la diminution des sueurs, on a pu voir les symptômes s'amender et disparaître?

Quoi qu'il en soit, nous rappellerons que, dans des cas chroniques analogues, M. le docteur Cornil a trouvé des altérations de la vessie; et nous présentons ce fait pour servir à l'histoire de cette singulière complication du rhumatisme, et pour rassurer les praticiens mis en présence de cas semblables, en insistant sur leur bénignité.

Quant au mode de production, nous ne doutons pas qu'avec quelques nouveaux faits, une sérieuse observation n'arrive à percer le voile qui plane sur ce point intéressant.

ÉTUDE SUR LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ECTHYMA

RAPPORTS DE L'ECTHYMA AVEC LA SYPHILIS (1)

Par M. le docteur MUSELIER, ancien interne des hôpitaux de Paris

Conclusions. — L'ecthyma est une affection rarement idiopathique, presque toujours secondaire. — L'ecthyma aigu succède dans la plupart des cas à des causes d'irritation locale. Il est un des symptômes les plus fréquents et les plus importants des affections dites parasitaires. — L'ecthyma chronique succède quelquefois à des causes d'ordre externe, mais il se rattache toujours à des causes d'ordre général. Les premières jouent le rôle de causes occasionnelles, déterminantes, les autres celui de causes prédisposantes. — L'ecthyma chronique est une complication fréquente dans tous les états où la cachexie domine, maladies chroniques, fièvres graves, débilitation par suite de mauvaises conditions hygiéniques, etc. Il peut se montrer encore comme phénomène critique, ou dans le cours de certaines affections des systèmes nerveux. — L'ecthyma est une des manifestations les plus graves de la syphilis, sa gravité est subordonnée au caractère de l'ulcération qui ne se rencontre que chez les sujets fortement éprouvés par la syphilis ou par de mauvaises conditions intercurrentes. L'intervention des états cachectiques a une influence marquée sur le développement et sur la marche de l'ecthyma syphilitique.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 juillet 1876. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS.

Muqueuses utérines. — M. DE SYNETY fait une communication sur les dispositions et la genèse des éléments de la muqueuse utérine. Il montre, à l'appui, des préparations histologiques.

Anatomie pathologique de la paralysie générale. — M. LUYS présente à la Société une série de préparations photographiques destinées à donner une idée des lésions intimes qui constituent la paralysie générale progressive.

Ces images sont la reproduction de pièces naturelles vues à différents degrés d'amplification. Ces grossissements varient entre 15 et 600 diamètres. M. Luys montre ainsi quelles sont les différentes phases suivies par le processus morbide, et il arrive à faire voir, d'accord en cela avec les recherches précédentes des savants français et étrangers, que la paralysie générale, au point de vue nosologique, peut-être considérée, dès maintenant, comme une véritable *sclérose interstitielle diffuse de la névroglie des centres nerveux.*

Sur une série de préparations, M. Luys fait voir que le processus hyperplasique répartit inégalement son action. Sur certains sujets, ainsi que M. Baillarger l'a observé déjà, c'est la substance blanche qui subit tout d'abord ses premières atteintes, et alors on constate que les fibrilles de la névroglie, que les corpuscules qui leur font suite, sont très-notablement augmentés; ces derniers sont gonflés, leurs prolongements radiées sont très-épaissis et augmentés de nombre, de là un tissu nouveau, véritable feutrage, qui se développe en silence, détruisant par son action envahissante les fibres nerveuses au milieu desquelles il est réparti, et produisant ainsi un tissu scléreux ayant çà et là l'apparence aréolaire et qui s'est complètement substitué à l'élément nerveux. M. Luys présente une pièce dans laquelle cette disposition est des plus manifestes, et l'on voit, sur la limite de la substance grise et de la substance blanche, la matière cérébrale percée à jour par une série d'orifices à l'emporte-pièce présentant l'apparence d'un canevas ou d'un tulle grossier formé par du tissu scléreux. Dans l'intimité de la substance corticale, la façon dont se comporte le tissu pathologique est tout à fait analogue. M. Luys rappelle à la Société que les régions superficielles de l'écorce présentent, en quelque sorte, un véritable épiderme constitué par un tissu délicat finement fibrillaire dont les mailles sont entre-croisées de milles façons, et qui constitue un coussinet névralgique interposé entre les méninges et les couches superficielles de l'écorce cérébrale.

Cette zone de tissu conjonctif, qui à l'état normal est constituée pareillement par des corpuscules de névroglie et par des prolongements fibroïdes qui émanent des gaînes péri-vasculaires, devient sous l'influence de l'irritation le siége d'une véritable prolifération néoplasique qui double son épaisseur et multiplie à l'infini le nombre de ses éléments. C'est ainsi que l'on voit sur des pièces relatives à des sujets qui ont succombé au début de la maladie le processus morbide faisant ses premières apparitions; dans ce cas, on constate le gonflement et la multiplication des corpuscules de tissu conjonctif. Ils se comportent ici comme ils se sont comportés dans la substance blanche : leurs prolongements épaissis forment des tractus

trabéculaires, des irradiations de toutes sortes, coupés par des intersections, et constituant, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce en question, un véritable treillis de nouvelle formation, condensé et ayant une marche envahissante.

En effet, si à l'aide de coupes fines on suit la continuité du tissu sclérosique, dont nous venons de parler, dans ses rapports avec les diverses zones sous-jacentes de l'écorce, on constate que le même travail s'accomplit et que des poussées envahissantes de stroma conjonctif se faufilent entre les cellules et les tubes nerveux, et arrivent ainsi d'une façon inégale à détruire ces mêmes éléments.

Sur deux préparations dans lesquelles M. Luys fait voir en même temps l'état normal des cellules et l'état pathologique sous l'influence du processus sclérosique dont il décrit l'évolution, il montre qu'entre les lacis sclérosiques de la substance blanche et les lacis sclérosiques de la région sous-méningée de l'écorce, et enfin dans les différentes zones de l'écorce, il y a une continuité complète du même processus sclérosique, qui se généralise partout de la même manière et obéit aux mêmes lois évolutives. Ainsi il montre combien, dans la substance grise, les corpuscules de tissu conjonctif deviennent abondants eu égard à leurs proportions à l'état normal, et combien les éléments nerveux sont plus ou moins cerclés et investis par ce tissu de nouvelle formation qui les enserre de toute part, et amène à la longue leur nécrobiose et leur résorption progressive. C'est ainsi que l'on peut constater sur une des planches, toutes choses étant égales d'ailleurs, combien les éléments nerveux sont diminués, et combien les cellules deviennent à un moment rares.

Sur une dernière préparation que M. Luys présente, il fait constater *de visu* combien l'influence envahissante du tissu scléreux est mortelle pour les cellules nerveuses. Celles-ci, en effet, ne sont plus, à une période avancée de la maladie, que sous forme de magma blanchâtre, de forme vaguement pyramidale, disposées en séries dépourvues de tout caractère morphologique propre, et présentant en quelque sorte à l'état sec les momifications d'anciennes cellules cérébrales ayant cessé de jouir de leurs propriétés trophiques.

Ces faits étant établis, M. Luys, comme conclusion, expose à la Société que les lésions de la paralysie générale sont nettement caractérisées par une hyperplasie généralisée de la trame névroglique, dont les éléments se développent à l'infini et constituent ainsi pour les éléments nerveux des lésions fondamentales qui sont tout à fait les analogues des lésions de la cirrhose pour le tissu hépatique. Ces lésions paraissent indifféremment avoir divers foyers d'émergence, suivant les régions envahies : tantôt elles commencent par la substance blanche, tantôt elles débutent même par la substance grise corticale, d'autres fois par les régions sous-méningées, et dans d'autres circonstances, enfin, elles frappent d'emblée telle ou telle région de la moelle épinière avant de faire leur apparition ascendante dans le cerveau ; et c'est ainsi que la paralysie générale se révèle quelquefois avec des formes insolites au moment du début et par manifestations du côté de la motricité spinale ou de la motricité des régions bulbaires, avant de faire son apparition dans les régions supérieures du système nerveux.

M. Luys montre encore que, si l'élément nerveux est intéressé, l'élément vasculaire du tissu nerveux est aussi très-profondément atteint. C'est ainsi qu'il fait voir qu'en examinant les vaisseaux, on trouve presque toujours la tunique externe en voie de prolifération conjonctive, et que cette tunique externe devient le vrai foyer d'émission de traînées de tissu sclérosé. D'une autre part, il montre encore que ce travail si curieux, qui intéresse les tissus vasculaires, a une véritable influence sur le diamètre du vaisseau ; ainsi, on voit un certain nombre de capillaires dont la lumière est littéralement oblitérée par l'hyperplasie de tissu conjonctif, qui, sous l'apparence de fibrilles concentriques emboîtées, forme des parois rigides et difficilement perméables au courant sanguin.

Sur un certain nombre de préparations on voit encore l'influence que le tissu pathologique exerce sur la continuité des vaisseaux, en ce sens qu'il les dilate, qu'il les tiraille de manière à leur donner une apparence fusiforme, étranglée, çà et là, analogue à cette dilatation des canalicules biliaires que l'on voit si souvent se développer dans la cirrhose hépatique par le fait de la rétractilité naturelle du tissu scléreux de nouvelle formation.

C'est par le fait de ce mécanisme de rétractilité que l'on voit si souvent dans le cerveau des paralytiques des vaisseaux capillaires se présenter à l'œil nu, sous forme tantôt sinueuse, tantôt moniliforme.

Enfin, d'après ce qui vient d'être exposé, M. Luys fait remarquer combien ces données si précises, qui sont une conquête de la science moderne, dûe aux travaux de Westphaal, de Lubimoff, d'Hayem, de Magnan, etc., sont destinées à jeter un jour favorable sur la connaissance de la paralysie générale et l'appréciation des différentes formes cliniques sous lesquelles elle peut se révéler. C'est ainsi qu'elles font voir comment le processus morbide est essentiellement envahisseur de sa nature, comment il peut se développer, soit isolément, soit simultanément dans différents points de la trame céphalo-rachidienne ; comment les phénomènes d'irrigation vasculaire sont mécaniquement troublés par la présence des différents réticulums scléreux qui constituent son essence ; comment les éléments spécifiquement actifs du système, les cellules nerveuses, peuvent être investies, bloquées par groupes isolés et être mises hors de service, alors qu'un certain nombre d'entre elles continue à fonctionner régulièrement, phénomène capital qui, par cela même, donne la raison physiologique de ce fait depuis si longtemps signalé par les auteurs, à savoir : que le délire des paralytiques est, dès son apparition, un délire sentant déjà la démence, puisque dès le début de la maladie un certain nombre d'éléments actifs de la vie mentale sont déjà neutralisés au point de vue dynamique.

Enfin, on comprend ainsi comment la marche envahissante du processus sclérosique, poursuivant son cours, amène, à la fin, l'étouffement progressif des éléments nerveux, l'atrophie de certaines circonvolutions dont l'épaisseur en substance grise tombe à 1 millimètre, ainsi que M. Luys en présente un échantillon, au lieu de 2 ou 3 millimètres que ces circonvolutions présentent à l'état normal ; et comment enfin la démence progressive est le résultat fatal et nécessaire d'une pareille lésion.

Tératologie. — M. BARRIER fait passer sous les yeux de la Société la tête d'un monstre de l'espèce bovine, se rapprochant du genre sphénocéphale décrit par Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, mais en différant cependant essentiellement, en ce qu'au lieu de porter sur le sphénoïde, la déformation porte sur les temporaux. C'est pourquoi M. Barrier croit pouvoir en faire un genre nouveau, qu'il propose de désigner sous le nom de crotaphocéphale, de κρόταφος, tempe, κεφαλή, tête.

Phénomènes de fermentation. — M. ONIMUS communique à la Société les résultats d'expériences qu'il avait déjà commencées l'année dernière et qu'il a reprises cette année. Pour ne pas déterminer de discussion théorique oiseuse, il se contente d'exposer les faits, en laissant de côté toute interprétation.

1° En séparant, par du papier-parchemin bien choisi, de la levûre de bière et de l'eau dans laquelle se trouve du sucre de canne, on trouve déjà, au bout d'une à deux heures, que le sucre de canne a été transformé en glycose.

2° Il en est de même si l'on met dans le dialyseur de l'eau ordinaire, et si, au bout de quelques heures, on enlève cette eau et qu'on y fait dissoudre du sucre de canne. Celui-ci se trouve interverti par par cette eau.

3° Si l'on laisse l'eau sucrée dans le dialyseur, pendant plusieurs heures et en contact indirect avec une grande quantité de levûre de bière, elle devient fortement acide.

4° Dans des ballons de verre, à longue tubulure, on introduit de l'eau légèrement sucrée, que l'on fait bouillir pendant plus d'une heure, et on jette alors dans cette eau bouillante des matières organiques (choisies de façon à avoir été peu en contact avec l'air, et dont le centre peut être préservé pendant quelque temps de la coagulation), des petits pois, par exemple, que l'on vient de cueillir et qu'on enlève rapidement de la gousse. On remplit le tube long du ballon avec du coton, et l'on fait de nouveau bouillir quelque temps.

Dans ces conditions, on trouve, au bout de deux à trois jours, que le sucre a été interverti, et le liquide en même temps présente une réaction acide.

M. Onimus a répété ces expériences un grand nombre de fois; toujours elles lui ont donné les même résultats : transformation du sucre de canne en glycose, réaction acide, présence constante de bactéries, mais jamais il n'a trouvé le moindre spore.

Il n'a constaté la présence de spores plus ou moins nombreuses, que dans les seuls cas où il a enlevé, ne serait-ce que pendant cinq minutes, la couche de coton. Jamais, en laissant le liquide intérieur séparé de l'air par du coton, il n'a pu trouver dans ce liquide *la moindre cellule de spore, mais toujours il y a trouvé des bactéries.*

5° Quelques-uns de ces ballons, préparés identiquement et dont le liquide présentait, au bout de cinq à six jours, le même aspect, n'ont été ouverts que trois et quatre mois après, et dans ce liquide qui, primitivement avait été légèrement trouble et avait offert les mêmes conditions que celui d'autres ballons débouchés au bout de quatre à quinze jours (ballons dont les liquides renfermaient des bactéries). M. Onimus ne put, au bout de ce temps (trois à quatre mois), retrouver la moindre trace de bactéries. Le liquide de ces derniers ballons était absolument privé, non-seulement de cellules ou de spores, mais encore de bactéries; ce qui semble démontrer que les bactéries formées dans les premiers temps finissent par disparaître, et que, comme les spores de l'air ne peuvent pénétrer, il ne se produit plus aucun changement dans le liquide enfermé dans ces ballons.

Érythème des enfants. — M. PARROT termine la communication qu'il a commencée dans la dernière séance et qui est relative à l'érythème des enfants. Il a décrit dans la première partie de sa communication l'érythème vésiculeux; il décrit aujourd'hui l'érythème papuleux.

Ce dernier, contrairement à l'érythème vésiculeux qui s'observe surtout chez le nouveau-né, se rencontre plus spécialement sur des enfants plus âgés. Il est caractérisé cliniquement par des papules d'une forme semi-lenticulaire, lisses, confluants, d'un aspect rouge, violacé, à marche chronique. Tantôt ces papules s'aplatissent et finissent par disparaître sans laisser de traces; tantôt elles finissent par s'ulcérer.

Sur une coupe de la peau atteinte de cette affection, voici les traits les plus saillants que l'on constate : les colonnes du corps muqueux de Malpighi augmentent dans toutes leurs dimensions, aussi bien en largeur qu'en profondeur, elles deviennent moins nettes. On constate dans le derme une prolifération considérable des noyaux. Cette prolifération nucléaire est le caractère fondamental de la lésion de l'érythème papuleux,

Nouveau procédé d'étude des phénomènes chimiques de la respiration. — M. P. REGNARD communique en son nom et au nom de M. JOLYET, un nouveau procédé pour l'étude des phénomènes chimiques de la respiration.

Cette méthode s'applique d'une manière spéciale à la physiologie pathologique. En effet, l'animal en expérience est placé en dehors de l'appareil, afin que l'opérateur puisse toujours agir sur lui, il n'est en rapport avec lui que par un tube qui aboutit à une muselière hermétiquement close. Il respire dans une cloche d'environ douze litres munie de thermomètre, de baromètre et autres instruments nécessaires à la détermination exacte du volume des gaz.

Or l'animal consomme l'oxygène de cette cloche et il rend de l'acide carbonique. De là, deux appareils distincts, l'un qui restitue l'oxygène à mesure qu'il est consommé. L'autre qui absorbe l'acide carbonique à mesure qu'il se produit. Ce dernier se compose de deux pipettes pleines de potasse qui s'élèvent et s'abaissent successivement mus par une machine hydraulique. L'air de la cloche qu'elles attirent et qu'elles repoussent est obligé de traverser un flacon plein de potasse que le moteur agite vivement; l'air se dépouille là de tout son acide carbonique.

Pour connaître le résultat d'une expérience, on note le temps que l'animal a respiré, l'oxygène qu'il a consommé; l'acide carbonique est ensuite recherché par l'analyse de la potasse. L'analyse eudiométrique donne la composition exacte de l'air.

MM. Jolyet et Regnard ont imaginé une méthode spéciale pour l'analyse de la solution de potasse. Ils l'introduisent dans un ballon où le vide parfait a été produit avec la pompe à mercure. Puis, ils dégagent l'acide carbonique par un acide.

D'autre part, le vide a été fait dans un grand ballon de capacité connue.

On note la pression et la température dans ce ballon; puis, à coups de pompe à mercure, on y fait passer tout l'acide carbonique dégagé, on lit de nouveau la température et la pression, et dès lors un simple calcul donne le volume à 0° de cet acide carbonique.

$$x = \left(\frac{V \times (H - h')}{H \times 1 + \alpha t'}\right) - \left(\frac{V \times (H - h)}{H \times 1 + \alpha t}\right)$$

Dans cette formule, x est le volume cherché, V le volume du ballon, H la pression atmosphérique, h et t la pression manométrique, et la température dans ce ballon avant l'entrée de l'acide carbonique, h' et t' la pression et la température après l'introduction de ce gaz dans l'appareil. Cette méthode permet d'analyser la totalité de la potasse qui a servi à l'expérience.

Pour arriver à une précision absolue, MM. Jolyet et Regnard ne se servent que d'oxygène absolument pur, produit par l'action permanente d'une pile thermo-électrique de Hamond. — Cela leur permet de déterminer exactement l'azote exhalé par l'animal en expérience.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE

Congrès périodique international des sciences médicales. — Session de Vienne 1873 et de Bruxelles 1875, par WARLOMONT, secrétaire général, et DUWEZ ET VERRIEST, secrétaires des séances. — 2 vol. in-8° à Bruxelles, chez Manceaux; à Paris, chez J.-B. Baillière et fils, 1876.

M. Warlomont, qui a déployé tant de zèle et d'activité pour l'organisation et la réunion du congrès médical de Bruxelles, a poursuivi sa tâche en réunissant tous les matériaux intéressants produits aux séances pour en remplir ces deux volumes.

Le premier volume renferme dans sa première partie les procès-verbaux des séances générales où se trouvent la discussion sur *les maternités;* — sur *l'hygiène de la fabrication du phosphore;* — sur *la mensuration de l'ouïe;* — sur *la situation morale et légale des aliénés;* — sur *la prophylaxie du choléra;* — sur *l'anesthésie chirurgicale;* — sur *le pansement des plaies après les opérations;* — sur *la fabrication de la bière;* — sur *l'inoculabilité du tubercule;* — puis la conférence de M. Marey sur la *méthode graphique* du pouls et de la respiration, du vol des oiseaux, de la contraction musculaire, etc. La conférence de M. Bouchut sur *l'ophthalmoscopie médicale et la cérébroscopie* développée au moyen de projections lumineuses au magnésium des images ophthalmoscopiques, sur *l'hygiène des tombeaux* de Palasciano (de Naples); sur *la désinfection* de Lefèbre; sur *l'état mental des alcooliques*, par Leudet (de Rouen), etc.

La seconde partie renferme le *Compte rendu des travaux intérieurs de chaque section*, la discussion sur le choléra, sur les maternités, sur les défectuosités de la vision et de l'ouïe au point de vue du service militaire; sur le placement des aliénés dangereux; sur l'anesthésie chirurgicale par le chloroforme, l'éther à l'intérieur, les injections intra-veineuses de chloral, le chloral dans l'estomac; l'organisation internationale du service de l'hygiène publique; l'inoculabilité du tubercule, par Crocq; le traitement pneumatique des maladies de poitrine, par Schinzler; l'acide picrique, par Chéron; la transfusion du sang, par Casse; sur la responsabilité des épileptiques, par Gallard; et tous les autres travaux lus dans chaque section.

Le second volume contient le résumé des travaux du Congrès de Vienne en 1873.

Cette publication aura un grand intérêt non-seulement pour ceux qui ont assisté au congrès de Bruxelles, dont il perpétuera le souvenir, mais encore pour ceux qui n'ayant pu y venir, voudront

prendre une connaissance exacte de ses travaux. Elle sera également utile aux assistants du congrès de Vienne de 1873, qui n'a pas publié le compte rendu de ses séances. Ici, on a donné le résumé des communications faites à cette assemblée médicale, et ainsi se trouve comblée une lacune regrettable dans la publication des actes de nos congrès internationaux.

C'est un travail considérable, qui a dû coûter beaucoup de temps à nos confrères belges, et la science devra leur être reconnaissante du soin qu'ils ont mis à mettre en ordre et à corriger les épreuves de ces deux beaux volumes. — E. BOUCHUT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

131. Périssé. De l'ulcère de l'estomac et de certains accidents gastriques chez les hystériques.
132. Meynier. Études des déviations de l'utérus gravide, comme cause de dystocie.
133. Bellencontre. Contribution à l'étude des kystes hydatiques comprimant la moelle épinière.
134. Sebeaux. Essai sur les contractures du col de la vessie.
135. Loison. Blessure des foyers pathologiques purulents.
136. Martin. Des troubles de l'appareil vaso-moteur dans l'hystérie.
137. Chambon. De l'influence salutaire de l'érysipèle dans certaines maladies.
138. Isignarès. Des rapports de l'endocardite subaiguë avec l'hémiplégie puerpérale.
139. Bergès. Étude sur les abcès du foie consécutifs à la dysenterie des régions tempérées.
140. Renaud. Essai sur la sclérotite rhumatismale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour l'année 1877.

Prix de l'Académie. — Question : « De la glycosurie au point de vue de l'étiologie et du pronostic. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : « Existe-t-il une pneumonie caséeuse indépendante de la tuberculose ? » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Question : « Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début et assurer l'amélioration ou la guérison obtenue. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : « Du chloral dans le traitement de l'éclampsie. » — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.) Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. — Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. — Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Huguier. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements).* — Ce prix ne sera pas partagé. Il sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par le docteur Saint-Lager, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, des substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. — Ce prix, de 1,500 francs, ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — Question posée par le fondateur : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1877 devront être envoyés à l'Académie avant le 1[er] mai de l'année 1877.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets du Président de la République, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Jeaux, médecin principal de 2[e] classe. Chevalier du 4 août 1858 ; 37 ans de services, 12 campagnes. — Pénard (Lucien), chirurgien principal de la marine, en retraite ; 31 ans de services (1830-1861), 10 campagnes, 2 propositions. Chevalier du 19 décembre 1847. — Peigné (Émile), médecin-major de 1[re] classe. Chevalier du 16 avril 1856 ; 32 ans de service, 10 campagnes. — Chalet (Michel-Elie), pharmacien-major de 1[re] classe. Chevalier du 22 décembre 1866 ; 29 ans de services, 19 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Renard (Ernest), médecin-major de 2[e] classe ; 18 ans de services, 9 campagnes. — Fachan, médecin-major de 2[e] classe ; 20 ans de services, 4 campagnes. — Ballet, médecin-major de 2[e] classe ; 16 ans de services, 4 campagnes. — Willigens, médecin-major de 2[e] classe ; 19 ans de services, 13 campagnes. — Gallimard, pharmacien-major de 2[e] classe ; 22 ans de services, 8 campagnes. — Décazis (Louis), docteur en médecine à Brassac (Tarn), ancien sous-aide major ; donne depuis cinquante-quatre ans des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie.

— Le Sénat, après avoir consacré quatre séances à la discussion générale du projet de loi sur la collation des grades, a décidé, à la majorité de 144 voix contre 139, qu'il ne passerait pas à la discussion des articles.

— Une décision ministérielle vient de rétablir les cours cliniques de médecine mentale à la Salpêtrière, à Bicêtre et à Sainte-Anne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1268 pages, chez V[e] A. Delahaye et C[e]. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier, par le docteur Félix ROUBAUD. — 3[e] édition. — In-8° de 804 pages. Prix : 8 francs. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Étude expérimentale et clinique sur le thorax des pleurétiques et sur la pleurotomie, par M. le docteur J.-J. PEYROT, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. — In-8° de 153 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 5,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il était temps que la discussion sur les bruits de souffle de la grossesse se terminât. Les deux théories en présence avaient été, de part et d'autre, développées avec un talent trop magistral, pour qu'il fût possible aux orateurs d'éviter les répétitions.

Le nouveau discours de M. Bouillaud, la réponse de M. Depaul, n'ont été que l'affirmation d'opinions diverses sur un point de fait.

M. Bouillaud représente autrement que M. Depaul les bruits de souffle engendrés par une légère pression sur une artère de gros calibre.

Il ne croit pas que l'on perçoive à l'auscultation, par l'oreille, en pareil cas, un bruit de pulsation concomitant au bruit de souffle. La pulsation n'est pas, suivant lui, un phénomène d'acoustique; c'est un mouvement qui se transmet suivant les lois de la mécanique, bien différentes de celles qui président aux transmissions de vibrations sonores.

Il se refuse donc à admettre que les souffles de la grossesse diffèrent par là des autres souffles artériels.

M. Depaul soutient au contraire que la pulsation donne un bruit, aussi distinct au stéthoscope que le bruit de souffle lui-même. Quand ce bruit de battement manque, il est convaincu qu'il ne s'agit pas d'un souffle ordinaire, provoqué par une pression sur une artère de gros volume, mais d'un souffle utérin, produit par un tout autre mécanisme.

La question en est restée là, aussi bien aujourd'hui que la semaine dernière, et elle ne peut être élucidée par des développements oratoires.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

Sclérose latérale amyotrophique.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

I

J'ai l'intention aujourd'hui de vous entretenir, à propos d'un homme actuellement couché dans le service, d'une maladie extrêmement intéressante, rare, dont la connaissance ne date que d'une époque très-récente, et caractérisée par l'infiltration scléreuse des cordons blancs latéraux de la moelle, et des grandes cellules trophiques et motrices des cornes antérieures.

C'est de 1869 que datent les premières observations publiées par M. Charcot, qui ont permis de faire de cette maladie une entité morbide particulière. Depuis lors, plusieurs faits semblables ont été relatés, dans lesquels l'autopsie a démontré qu'aux lésions, que je viens de vous signaler, correspondait un ensemble de symptômes particuliers que notre malade va me permettre de vous décrire.

Il s'agit d'un individu assez fort, bien constitué, qui, au mois de janvier dernier, sans cause appréciable, sans hérédité, sans état diathésique, sans phénomène d'intoxication chronique quelconque, a présenté presque en même temps de la faiblesse, des contractures ou du moins de la roideur des membres supérieurs. Ce fut d'abord celui du côté gauche que la maladie envahit, et le premier phénomène qui apparut de ce côté consista en un certain degré de faiblesse et d'impuissance musculaire qui augmentèrent d'une façon considérable, et auxquelles vint bientôt se joindre un sentiment de roideur. Après le membre gauche, ce fut le tour des membres supérieurs droits, de présenter des phénomènes analogues. En même temps, au bout de quelques jours, le malade constata que ses mains maigrissaient d'une manière sensible.

Cet état a duré, sans se compliquer d'autre phénomène, pendant trois mois, puis, dans les premiers jours d'avril, cet homme commença à remarquer que ses jambes fléchissaient sous lui et qu'elles étaient prises, surtout quand il était couché, de crampes et de soubresauts. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital où il fut reçu dans le milieu du mois de mai.

Actuellement, il est dans l'état suivant. On est frappé de la rigidité des muscles des membres supérieurs et inférieurs, et du tronc. Le membre supérieur présente l'altération suivante : le bras est collé contre le tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras, le poignet fléchi sur l'avant-bras. La main est en griffe; le pouce dans l'abduction et s'écartant des autres doigts. A gauche surtout, les muscles présentent les signes d'une atrophie extrêmement prononcée. Ce phénomène est surtout marqué dans les masses musculaires qui constituent les éminences thénar et hypothénar, et dans les interosseux. Néanmoins les muscles des régions antérieure et postérieure de l'avant-bras, ceux du bras, le deltoïde, sont tous, et au même degré, manifestement affectés. Cette atrophie n'est pas complète, elle n'est pas absolue, car il existe encore un certain degré de conservation des masses musculaires d'où il résulte que, quoi

qu'extrêmement limités, les mouvements ne sont pas tout à faits abolis. En effet l'impuissance motrice est considérable, mais, contrairement à ce que l'on observe dans l'atrophie musculaire progressive, cette faiblesse n'est pas en proportion directe de l'atrophie. Cela tient à ce qu'il existe ici de la paralysie motrice, laquelle domine la situation.

L'attitude du malade, n'est pas, comme on pourrait le croire, et comme c'est encore le cas dans la maladie que je viens de vous citer, due à la prédominance d'action des antagonistes. Si, chez ce malade, les premières et les deuxièmes phalanges sont fortement fléchies, au point que l'on a dû placer un rouleau de bois dans la paume de la main, de manière à ce que les ongles ne s'y implantent pas, cela tient non-seulement au défaut d'antagonisme des muscles, mais encore à une contracture très-prononcée qui porte particulièrement sur les fléchisseurs. C'est également à cette contraction des fléchisseurs du bras qu'il faut attribuer la flexion de l'avant-bras sur le bras, de même que c'est un trouble analogue dans le grand pectoral et le grand dorsal qui a pour effet de maintenir le bras appliqué contre le tronc.

Au membre inférieur la paralysie est un peu moins accusée, et, surtout à l'heure actuelle, la contracture bien moins prononcée. Le malade marche tout d'une pièce, et, dès qu'il se meut, les muscles se roidissent encore davantage. Mais, contrairement à ce qui existe dans les membres supérieurs, les inférieurs ne présentent pas trace d'atrophie, et les masses musculaires qui les constituent sont parfaitement conservées.

Les phénomènes de contracture s'exagéraient ces jours derniers toutes les fois qu'on venait à imprimer un mouvement aux membres malades. Les mouvements volontaires surtout avaient non-seulement une grande influence sur l'apparition de la contracture, mais de plus ils provoquaient des tremblements très-accentués.

Le tronc présente lui-même une roideur assez prononcée; la tête est légèrement inclinée en avant, le menton sur le sternum; et les muscles du cou sont contracturés.

J'appellerai encore votre attention sur la tendance que le pied a, chez cet homme, à se porter en dedans, dans un état d'extension forcée, qui rappelle un peu ce que l'on décrit sous le nom de pied-bot.

La face a un aspect peu intelligent, mais, cependant, en interrogeant le malade, on s'aperçoit bien vite que les fonctions intellectuelles sont très-nettes et parfaitement conservées. C'est à peine si l'on constate un peu de dépression cérébrale et une certaine tendance à la tristesse et aux pleurs. Les réponses sont lentes.

L'orifice buccal est agrandi et semble avoir subi un allongement dans le sens transversal, et si l'on recommande au malade de siffler, il lui est impossible de le faire d'une manière complète. Cela tient à un certain degré de paralysie dans le muscle orbiculaire des lèvres. Il présente également un regard singulier, les yeux sont très-ouverts et, quand on engage le malade à les fermer, il n'y arrive qu'au moyen d'un soulèvement général des muscles de la face et des téguments. Cet agrandissement de l'ouverture palpébrale, cette impuissance à fermer les paupières, tiennent probablement encore à un certain degré de paralysie de l'orbiculaire des paupières. Je dis « probablement », car je ne saurais vous affirmer qu'il n'y ait également un certain degré de contracture dans les muscles de la face.

Ici, comme dans l'atrophie musculaire progressive, la contractilité électrique est absolument conservée. Elle est très-pénible et provoque de véritables douleurs. D'autre part, quand on exerce une certaine pression sur les muscles de l'avant-bras, on détermine encore des douleurs vives qui permettent de croire qu'il y a là un état non douteux d'hyperesthésie musculaire.

La sensibilité générale n'est pas atteinte d'une façon appréciable : à part les phénomènes douloureux dont je viens de vous entretenir et ceux que l'on observe quand les contractures sont très-accentuées, elle n'est pas très-altérée, et le moindre contact est parfaitement perçu.

Il n'en est pas de même de la sensibilité à la température qui, dans un sens, est augmentée. Le malade en effet a habituellement froid dans les membres supérieurs, et cet abaissement de température est dû à ce que les combustions organiques s'exercent dans cette région avec moins d'activité qu'à l'état normal, et à ce que la circulation capillaire est elle-même moins rapide. Ce phénomène n'est du reste pas appréciable au thermomètre, qui dans l'aisselle marque 36°,5, température qu'on peut considérer comme normale.

Rien dans les viscères. Les poumons et le cœur sont sains : aucun trouble de la respiration ni de la circulation. La déglutition également n'est pas troublée; les mouvements de la langue sont parfaitement libres.

Telle est l'histoire de ce malade. Enfin j'ajouterai que, depuis qu'il est dans nos salles, la maladie n'a fait aucun progrès en bien : elle paraît au contraire s'accentuer de plus en plus. Disons cependant que, depuis quelques jours, il y a eu relâchement des contractures.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VI

Parmi les quatre premiers, si l'on admet l'exactitude du diagnostic, il semble que les deux premiers furent guéris. Le troisième mourut des suites des opérations, mais on constata que le sac était presque rempli de fibrine trois semaines après la ligature; et le malade de Pirogoff fut tellement amélioré par l'opération, qu'il insista pour quitter l'hôpital dix semaines après l'opération.

Le cas d'Evans est tellement connu, et M. Guthrie l'a si longuement discuté, qu'il est inutile d'y insister longuement. La tentative faite par M. Guthrie pour prouver que la guérison, qui fut très-certainement due à l'opération, fut la conséquence de l'inflammation, ne me semble pas atteindre le but, et grande est ma surprise de voir cette explication adoptée par des chirurgiens éminents. Il est vrai que cette explication est celle de M. Evans lui-même, qui l'a tirée des symptômes aigus qui ont précédé la disparition du pouls radial à droite. Mais les phénomènes qui accompagnent l'arrêt d'un caillot dans un gros vaisseau étaient alors inconnus. A en juger par l'analogie des cas déjà cités et dans lesquels des symptômes de même nature ont suivi l'arrêt d'un caillot, sans aucune cause possible d'inflammation et par des préparations comme celle décrite par M. Lawrence (*Saint-Barth.*, *Musée*, série XIII, 69) qui montre avec quelle facilité un petit fragment de caillot peut être lancé dans l'orifice de la sous-clavière qui naît sur la tumeur elle-même, et par l'étendue que peut prendre par la suite cette oblitération; je n'hésite pas à attribuer les symptômes obser-

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 juillet.

vés à cette dernière cause. Si je comprends bien l'explication donnée par M. Guthrie (ou M. Evans), ils admettent que, la ligature ayant été placée près de la tumeur, ou bien ce corps étranger à pu enflammer les tuniques artérielles et de là l'inflammation s'étendre au sac, ou bien l'irritation du tissu cellulaire voisin de la tumeur a pu enflammer celle-ci et amener par là la rupture consécutive du sac. Cette irritation du tissu cellulaire est, en effet, une cause probable d'inflammation pour la tumeur, quoi que nous puissions penser de la première cause. Mais comment expliquer avec l'une ou l'autre de ces causes la rupture d'un anévrysme après un intervalle d'un an de santé? Il me semble évident que la ligature a amené la coagulation du sang dans le sac, et que, par la suite (le malade menait une vie très-irrégulière, et fit plusieurs chutes de cheval étant en état d'ivresse), une cause accidentelle quelconque a déterminé la suppuration de la tumeur, accident qui n'est pas absolument rare après la guérison des anévrysmes par les autres méthodes. Et il n'y a pas de doute à avoir sur la réalité de la guérison, car le docteur Evans de Belper, neveu de l'opérateur, m'a fait savoir que le sujet avait vécu jusqu'en 1865, trente-sept ans après l'opération, et qu'il mourut de bronchite à l'âge de soixante-sept ans; il avait joui d'une bonne santé, et avait mené une existence fort active, qui pendant quelque temps même fut assez irrégulière. On ne fit pas l'autopsie et par conséquent on ne put constater le siége précis de l'anévrysme.

Le docteur Sands, de New-York, dans un intéressant travail publié dans le *New-York Record*, que j'ai déjà cité, parle de ce cas comme d'un anévrysme n'impliquant probablement que la carotide. Il est impossible de trancher la question à l'heure qu'il est, mais il me semble plus probable que Evans était dans le vrai, parce que, si nous examinons attentivement l'observation, nous verrons que la guérison de l'anévrysme ne commença qu'après l'apparition des symptômes indiquant l'oblitération de la sous-clavière. Je ne doute donc pas que l'innominée ne fut réellement impliquée; et les faits que j'ai établis tendent à prouver, je pense, que dans un anévrysme de l'innominée, si, après la ligature de la carotide, l'orifice de la sous-clavière vient à s'oblitérer d'une manière ou d'une autre, la guérison de l'anévrysme sera la conséquence naturelle, si toutefois le malade survit.

Dans le cas de Morrison, il est hors de doute que la guérison fut parfaite et permanente. Le sujet mourut vingt-mois après l'opération, d'une maladie du cœur, si j'ai bien compris. Un trait intéressant de cette observation, c'est qu'elle est peut-être la seule dans laquelle on ait observé un accroissement considérable des pulsations immédiatement après l'opération. On n'indique pas l'état précis de la tumeur à la fin du traitement, mais le malade était assez bien pour travailler beaucoup à la fabrication du charbon de bois, et il tomba subitement mort, après une promenade, vingt mois après l'opération, lorsque sa santé générale était bonne. Voici ce que l'on trouva à l'autopsie :

« La sous-clavière droite fut suivie jusqu'à son origine où elle était partiellement dilatée. Le tronc brachio-céphalique était doublé de volume et incrusté de plaques de substance ossifiée. La carotide droite, depuis son origine jusqu'au point où la ligature avait été appliquée, était dilatée en forme de sac et remplie par un dépôt fibreux et dense. La portion de la tumeur contenue dans la poitrine était beaucoup plus volumineuse que celle qui s'étendait dans le cou. La face antérieure de la portion thoracique de la tumeur était solidement adhérente au sternum. Il n'y a pas de plus bel exemple du procédé que la nature emploie pour la guérison de cette formidable maladie, quand elle est aidée par l'art. » L'état pathologique du cœur et des valvules est ensuite indiqué, et c'est à cet état pathologique du cœur que semble devoir être attribuée la mort subite du malade.

Le cas de Vilordebo, autant qu'on en peut juger par la courte notice *des Arch. générales de médecine* (Sér. IV, tome XV, 1847, p. 547) semble prouver, comme celui de M. Lane, la préparation de l'hôpital Saint-George (VI, 133) et beaucoup d'autres observations publiées, que la coagulation peut être produite dans la portion carotidienne d'un anévrysme qui comprend l'innominée et l'aorte, par la ligature ou l'oblitération de la carotide. La note du Bulletin de l'Académie de médecine est ainsi conçue : « M. Vilordebo a communiqué un cas d'anévrysme de la carotide droite et de l'innominée, opéré par la méthode de Brasdor. Le malade était un nègre de soixante-dix ans, qui avait une énorme tumeur pulsatile arrondie, à droite du cou, entre l'extrémité sternale de la clavicule et le bord inférieur de la mâchoire. La méthode de Valsava n'ayant pas réussi, la carotide primitive fut liée au-dessous de sa bifurcation. Le malade mourut le vingt et unième jour. (Le cas dont il est parlé comme appartenant à Rompani dans *Schmidt's Jahrbuch* vol. LXXVII p. 236, était également un homme de soixante-dix ans, qui mourut le vingt et unième jour, et qui avait aussi un sac anévrysmal double. Je ne doute pas que ces deux cas ne fassent qu'un.) A l'autopsie, on trouva la carotide oblitérée au siége de la ligature : le sac anévrysmal, dans le cou, s'était formé aux dépens de cette artère. Des couches de fibrine stratifiés, fermes et adhérentes, tapissaient la surface interne du sac, excepté dans le point le plus élevé de la tumeur, où la peau était extrêmement mince. Une petite quantité de sang noir et visqueux remplissait le reste de la cavité du sac anévrysmal. Ce dernier, d'un volume considérable, s'étendait en bas et en dehors, reposant par sa partie inférieure sur le poumon droit, qu'il comprimait, de même que l'artère sous-clavière. Le tronc innominé formait une seconde tumeur, beaucoup plus petite que la précédente, partant de la paroi postérieure du vaisseau et s'étendant en arrière; elle était presque entièrement remplie de concrétions fibrineuses, qui laissaient seulement à leur centre un canal très-étroit, donnant passage au sang. L'aorte était très-dilatée.

Des trois cas dans lesquels la sous-clavière était impliquée dans l'anévrysme, aussi bien que l'innominée, le plus intéressant pour nous, est assurément celui qu'a soigné sir W. Fergusson. Les autorités de King's College ont eu la gracieuseté de m'en prêter la préparation. Ce cas a d'autant plus de valeur que sir W. Fergusson en a rapporté l'histoire détaillée en la faisant suivre de réflexions dignes de l'importance du sujet. Dans cet excellent travail, Sir W. Fergusson appelle l'attention sur la diminution de volume de la tumeur qui a suivi l'opération, et sur la formation du caillot, qui, dit-il, était presque semblable à celui qu'on trouve dans les sacs anévrysmaux à peu près à la même période, après l'opération de Hunter. La carotide seule fut liée en partie, parce que la compression de cette artère produisait un effet beaucoup plus marqué sur le volume et les pulsations de la tumeur que la compression de la sous-clavière (il faut remarquer que dans ce cas, comme chez mon malade, chez qui je fis la double ligature périphérique, la compression périphérique produisait non-seulement une diminution du volume de la tumeur et de l'intensité des pulsations, mais aussi un retard remarquable dans la vitesse des pulsations), et en partie par déférence pour l'opinion de Wardrop, qui vit le malade et crut qu'il était fort possible que la ligature de la carotide amenât un succès complet, sans nécessiter d'opération

ultérieure. Il semble, cependant, que l'extension de la dilatation anévrysmale à la sous-clavière, fait démontré par la préparation, doit rendre cette manière de voir très-douteuse; la préparation démontre en outre le surcroît de danger qui doit se rencontrer dans un pareil cas, lorsqu'on tente de lier la première portion de la sous-clavière.

Dans le cas de Porta, comme dans le cas qui se présenta à Boston (États-Unis) auquel il a été fait allusion plus haut, on confondit un état de dilatation des artères analogue à celui qu'on voit sur le dessin de la préparation de l'hôpital Saint-George, avec un anévrysme sacciforme. A tout autre égard, le cas offre peu d'intérêt, car le malade mourut le second jour après l'opération. Dans le cas de Mott, l'amélioration fut telle que l'on peut dire que le malade fut temporairement guéri. A l'époque où se terminent les premières notes de l'observation, la tumeur et les pulsations avaient complétement disparu au-dessus de la clavicule et le malade était retourné chez lui comme guéri. Mais la tumeur continua de s'accroître intérieurement. Le patient commença à éprouver de la dyspnée, conséquence de la compression de la trachée, un lobe de la tumeur ayant passé entre la bifurcation de la trachée et la crosse de l'aorte; et le malade mourut de dyspnée sept mois après l'opération. On n'indique pas la quantité de caillots renfermée dans le sac, et la description de la tumeur n'est pas assez exacte pour que nous puissions apprécier l'effet réel de l'opération. Dans les remarques dont il fait suivre son observation, Mott regrette de n'avoir pas lié la sous-clavière de la même manière que la carotide. La disparition de la partie supérieure de la tumeur, après la ligature de la carotide, semble indiquer que l'oblitération de l'artère efférente fut suivie de l'oblitération de la partie carotidienne du sac, mais que cela fut insuffisant pour la guérison en raison du rôle prépondérant de la portion sous-clavière.

Nous avons ensuite quatre cas dans lesquels l'anévrysme était soit purement aortique, soit impliquant l'aorte et l'innominée et pour lesquels la carotide droite fut liée. Ces cas sont ceux de O'Shaughnessy, de Campbell, de Knowles, et de Hutchinson (de Brooklyn). Dans le premier cas, on ne se donna pas le temps de vérifier les effets de la ligature, car on eut recours, peu de jours après, à la galvano-puncture, dont le résultat fut malheureux. Dans le cas de Campbell, il y avait une grande quantité de caillots dans le sac, mais l'aorte était altérée dans une grande étendue, et c'était probablement un cas incurable. Le cas de Hutchinson est à la fois curieux et intéressant. L'opération fut commencée dans l'intention de lier les deux artères. Mais on ne put découvrir les pulsations d'aucun vaisseau sur le trajet de la sous-clavière et après la mort on constata que l'artère n'était pas au nombre des tissus compris dans la ligature. La sous-clavière était oblitérée. La ligature de la carotide n'empêcha pas les progrès de l'anévrysme comme c'eût été le cas à mon avis, si l'anévrysme n'avait affecté que l'innominée, et le malade mourut de dyspnée au bout de six semaines.

La table se termine par sept cas dans lesquels la carotide gauche a été liée pour anévrysme de l'aorte. Ces cas appartiennent à Rigeu, Tillanus, Montgomery, S. Lane, Pirogoff (deux) et Heath.

Dans tous ces faits, il me semble évident que l'opération fut utile, excepté dans le second cas de Pirogoff, où le malade mourut des effets directs de la ligature sur le cerveau.

OBSTÉTRIQUE

De quelques difficultés d'accouchement inhérentes à la présentation du siége et de l'emploi du crochet mousse (1).

par M. Bailly, agrégé libre.

III

Indications. — Une vérité aujourd'hui bien comprise de tous les bons praticiens, c'est que, quand l'enfant vient par le siége, il est avantageux que la plus grande partie du travail soit l'œuvre de la nature. Ce sont, autant que possible, les efforts de la mère qui doivent engager le siége dans le bassin et opérer l'expulsion de la moitié inférieure du tronc, le rôle de l'accoucheur se bornant à faciliter la sortie des bras et de la tête; encore même la nature se suffit-elle assez souvent pour cet objet, si la vulve est souple et que la femme ait de bonnes douleurs. Tirer sur les membres inférieurs dès qu'on peut les saisir est une pratique désastreuse, qu'on doit s'interdire dans la plupart des cas, et qui ne trouve son excuse que dans le danger pressant qu'un accident grave fait courir à la mère ou à l'enfant. Donc, règle très-générale, chez une femme dont le travail marche bien, s'abstenir de toute manœuvre d'accouchement jusqu'au moment où, le siége et l'abdomen de l'enfant s'étant spontanément dégagés, la partie supérieure du tronc apparaît à la vulve. Il est vrai que, quand les choses en sont arrivées à ce point, et que le fœtus se trouve retenu dans les voies génitales pendant plus d'une ou deux minutes par les épaules ou par la tête, l'accoucheur doit se hâter de dégager ces parties pour prévenir les dangers qui résultent d'une compression prolongée du cordon ombilical, lequel se trouve à ce moment serré entre la tête de l'enfant et la paroi pelvienne. Confier entièrement à la nature ce dernier temps du travail chez une primipare, ce serait s'exposer à recueillir presque certainement un enfant mort.

Mais si une saine pratique proscrit absolument les tractions intempestives exercées sur les pieds et la déflexion artificielle des membres inférieurs lorsque rien n'oblige à agir, d'un autre côté, dans les cas exceptionnels où le travail se trouve définitivement entravé par l'une des anomalies dont je m'occupe, il faut bien que l'art intervienne à un moment donné pour terminer l'accouchement. Les moyens à employer diffèrent alors suivant que l'extrémité pelvienne occupe le détroit supérieur ou l'excavation du bassin. Examinons ces deux cas :

a. Le siége est au détroit supérieur. — L'élévation de la partie fœtale permettant d'introduire la main dans la matrice, c'est avec elle qu'on va saisir les membres inférieurs de l'enfant. En conséquence, après s'être rendu compte des rapports du siége avec le bassin, on choisit, pour aller à la recherche des pieds, celle de ses mains qui peut le plus aisément se mettre en rapport avec le plan antérieur de l'enfant, sur lequel se trouvent appliquées les parties dont on veut s'emparer : la main droite dans les positions sacro-iliaque droites, la main gauche dans les positions sacro-iliaque gauches. On se contente d'un seul pied, et, celui-ci saisi, on tire sur la jambe dans la direction des axes du bassin; l'extraction s'achève comme dans une version ordinaire.

b. Le siége est engagé dans le bassin. — Si la partie fœtale a pénétré déjà dans l'excavation pelvienne, comme elle ferme les voies génitales, il devient impossible de porter la main jusqu'aux pieds de l'enfant. Il ne faut pas compter, en effet, qu'on pourra toujours refouler le siége et aller s'emparer

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juillet.

des membres inférieurs. Ces tentatives échouent constamment si les membranes sont ouvertes depuis quelques heures, et elles sont dangereuses si l'on emploie la force. En réalité une seule ressource s'offre alors au chirurgien pour terminer l'accouchement, c'est le crochet mousse. Les doigts, dont on a conseillé l'usage pour cet objet, manquent de la force nécessaire pour abaisser le siége s'il est serré par le bassin, et il est d'ailleurs fort difficile de les appliquer sur les aines si celles-ci sont un un peu élevées. Les doigts ne peuvent vraiment servir que pour dégager le siége arrivé déjà à la vulve. Donc un solide crochet de fer, jeté sur une des cuisses, possède seul assez de force pour surmonter la résistance des parties maternelles et permettre au chirurgien d'amener le bassin de l'enfant à l'orifice vulvaire.

Le crochet qu'on doit préférer, à mon avis, pour tous les cas, c'est le crochet *demi-circulaire* qui termine une des branches du forceps (fig. 1). Il est plus ouvert et plus large que les

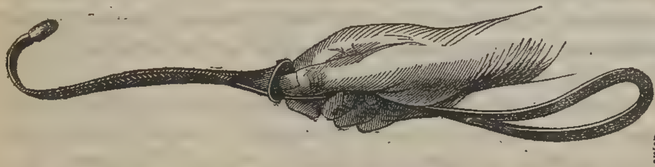


Fig. 1.

crochets spéciaux, et, contrairement au jugement qu'exprime Lachapelle, s'adapte mieux que le crochet angulaire à la forme des parties à saisir, et expose moins que ce dernier à les confondre. C'est, en effet, moins dans le pli inguinal qu'on l'applique que sur le haut de la cuisse, et celle-ci, même à sa racine, est plutôt cylindrique que plane.

Je pense également qu'on ne doit pas hésiter sur le membre à choisir pour cette application. Que le siége de l'enfant soit situé vers le milieu de l'excavation ou au détroit inférieur, c'est toujours la cuisse antérieure qu'on s'efforcera d'accrocher, cette dernière étant celle qu'on embrasse le plus aisément avec le crochet, et celle aussi qui permet de donner aux tractions la direction la plus avantageuse. Si le siége de l'enfant est un peu haut, je ne crains pas d'affirmer qu'on ne réussira pas à placer son crochet sur l'aine postérieure à cause du périnée qui empêche de donner à l'instrument une direction convenable. Je l'ai tenté plusieurs fois sans succès, et en parcourant les observations de Lachapelle, on voit qu'elle n'a réussi à placer son crochet sur l'aine tournée vers le sacrum que lorsque le bassin de l'enfant était arrivé déjà près du détroit inférieur. Ainsi donc, en définitive, facilité d'exécution, meilleur direction des efforts, tels sont les motifs qui recommandent l'aine antérieure au choix du chirurgien.

Le manuel opératoire présente, en général, peu de difficulté. Après avoir placé la parturiente transversalement sur son lit, l'instrument ayant été chauffé et graissé, on le fait pénétrer à plat entre la paroi antérieure du bassin et la hanche correspondante du fœtus, la main libre servant à guider cette introduction. C'est généralement la main droite qui tient le crochet, mais il peut cependant être plus commode de le tenir de la main gauche; dans la position sacro-iliaque droite postérieure, par exemple. Quand le crochet a dépassé l'aine de l'enfant, on lui imprime un mouvement de rotation d'un quart de cercle, qui place l'anse perpendiculairement à la cuisse, et celle-ci se trouve saisie dès qu'on vient à retirer l'instrument. A ce moment toutefois il est de la plus grande importance de s'assurer, au moyen du doigt conduit entre les membres inférieurs de l'enfant, que le bouton du crochet a dépassé le bord interne de la cuisse et ne porte pas sur le sillon inguinal (fig. 2). Pour avoir omis cette précaution, j'ai perforé complétement le triangle de Scarpa d'un fœtus; c'était à l'hôpital. La lésion fut découverte le lendemain par M. le professeur Depaul pendant sa leçon, et exhibée devant l'auditoire, à la plus grande confusion du chef de clinique, assis à ses côtés. J'ai eu ici pour motif de consolation, cette circonstance que l'enfant avait succombé longtemps déjà avant que la mère nous fut amenée, et que je

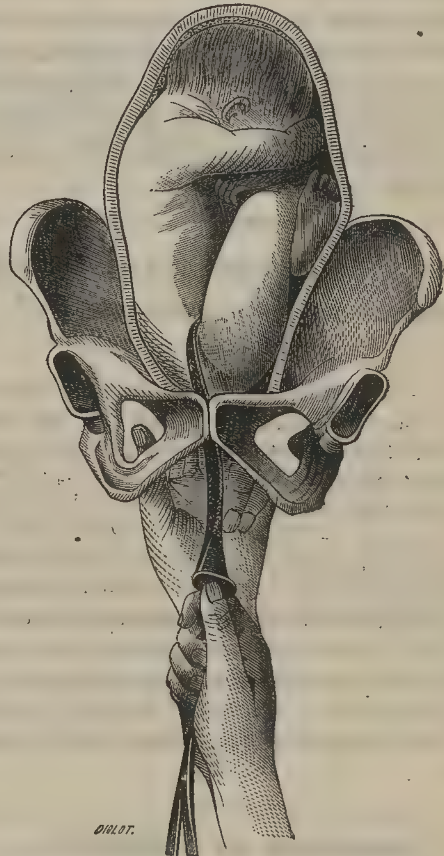


Fig. 2.

n'avais troué qu'un cadavre; mais l'enfant eût vécu, que la lésion se trouvait tout aussi sûrement produite, et pouvait avoir les suites les plus fâcheuses. Depuis, instruit par ce fait, j'ai pu éviter pareil accident, ce qui est facile avec de l'attention.

Comme on a pu le remarquer, je conseille d'introduire le crochet entre le bassin de la mère et la cuisse de l'enfant. J'ai toujours réussi en procédant de la sorte, et préfère cette manœuvre à celle qui consiste à passer l'instrument entre les cuisses de l'enfant et à accrocher l'aine de dedans en dehors. En agissant comme je le recommande, il est plus facile de surveiller la pointe de son crochet qui, se trouvant d'autre part tournée vers le centre du bassin, n'offre aucun danger pour les parties maternelles.

Quand on tient solidement la cuisse, on doit pouvoir achever l'opération du premier coup, et sans qu'il soit besoin d'enlever l'instrument à un moment donné pour le réappliquer sur le membre opposé. Le précepte, il est vrai, en a été donné par Lachapelle; mais c'est un précepte souvent difficile à suivre, et dont il est, je crois, toujours possible de se passer, les efforts qu'on exerce sur le membre antérieur suffisant amplement pour amener le siége jusqu'à la vulve, et permettre d'en achever l'extraction avec les doigts.

Une recommandation très-importante dans toutes les opérations obstétricales, mais qui s'applique surtout à l'usage du crochet mousse, est de tirer lentement, sans brusquerie, pour ne pas léser les parties molles de l'aine ou le fémur, ainsi qu'il arrive quand on règle mal ses efforts.

Le siége étant amené à la vulve, on enlève le crochet, et lui substituant le doigt indicateur d'une main, portant l'indicateur de l'autre main sur l'aine postérieure, on fait sortir le pelvis, puis le tronc, et l'on s'occupe du dégagement des bras et de la tête; mais cette dernière phase de l'opération est étrangère à mon sujet, et par conséquent, quelque importante qu'elle soit, je n'ai pas à la décrire ici.

En résumé, choisir le crochet demi-circulaire du forceps, l'introduire entre le bassin maternel et la cuisse antérieure du fœtus, saisir celle-ci et tirer lentement sur elle jusqu'à ce qu'on l'ait amenée à la vulve, telle me paraît être la meilleure règle d'application de l'instrument et celle qui suffira dans la presque totalité des cas.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES HÉMORRHOIDES

ET EN PARTICULIER DE LA DILATATION FORCÉE (1)

Par le docteur CRISTOFARI.

Conclusions. — La contracture du sphincter anal joue un grand rôle dans la pathogénie des hémorrhoïdes. — Cette contracture accompagne l'affection hémorrhoïdale plus souvent que ne le pensent généralement les auteurs. Elle tient sous sa dépendance la constipation et les douleurs vives éprouvées par les malades avant et après la défécation. — Elle existe aussi sans douleurs, et n'en doit pas moins être considérée, dans ces cas, comme une des causes productives des hémorroïdes. — En faisant cesser la contracture du sphincter, on fait disparaître les symptômes douloureux qu'elle occasionne, et on peut guérir en même temps les hémorrhoïdes. — Le meilleur moyen de faire cesser cette contracture, est la dilatation forcée du sphincter anal. — Ce procédé, si simple et si bénin dans ses suites, a réussi, jusqu'à présent, dans un nombre de cas déjà considérable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1875 dans les départements des Basses-Alpes, du Gard, du Finistère, de la Charente, de Seine-et-Marne, du Nord, des Hautes-Alpes, de la Manche, de Saône-et-Loire, de la Charente-Inférieure, des Vosges, et dans les arrondissements de Lannion (Côtes-du-Nord) et de Montauban (Tarn-et-Garonne). (Commission des épidémies.)

2° Un rapport d'ensemble sur le service de la médecine gratuite dans le département des Basses-Alpes en 1875.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note relative à la description d'un appareil imaginé par le docteur Barandon, de Mende (Lozère), pour la dissolution des calculs dans la vessie.

2° Un pli cacheté relatif à la construction du forceps déposé par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie.

3° La description d'un appareil à air comprimé et désoxygéné pour l'ascension des eaux minérales, par M. le docteur Garrigou.

DISCUSSION SUR LE BRUIT DE SOUFFLE DE LA GROSSESSE

M. BOUILLAUD prononce un discours qu'il résume en ces termes :

« Le phénomène découvert par M. de Kergaradec se compose de deux éléments isochrones entre eux et isochrones avec le pouls maternel.

Le premier de ces éléments est un bruit de soufflet semblable au bruit de soufflet des grosses artères soumises à une compression qui en rétrécit le calibre *dans une certaine mesure.* Car ce rétrécissement, porté au point de suspendre le cours du sang dans ces artères, fait disparaître le bruit.

Le second élément est une pulsation également semblable à celle des grosses artères, mais qui *n'est sensible ni au toucher ni à la vue*, dans la région de l'abdomen, où se fait entendre le bruit de souffle. Elle n'a donc été admise que par la voie de l'induction suivante : puisque le souffle des grosses artères comprimées, auquel est semblable le souffle nouvellement découvert, se produit pendant et par la diastole de ces artères isochrones à la systole du ventricule gauche; il doit en être ainsi de ce souffle nouvellement découvert.

La démonstration par cette voie n'est pas d'une clarté égale à l'observation directe par la voie du toucher et de la vue, mais elle est suffisante puisqu'il est absolument impossible que la pulsation constatée par le toucher et la vue dans le cas des grosses artères extérieures accessibles à ces deux sens n'existe pas aussi dans le cas d'artères intérieures non accessibles à ces deux sens.

Cela posé, il s'agit de déterminer quelles sont ces artères *intérieures*, dans lesquelles s'opère et se passe le bruit de soufflet découvert par M. de Kergaradec. Et d'abord, ce souffle se passant dans la cavité abdominale, puisque c'est dans les parois de cette cavité qu'on l'entend, et que là aussi se trouve l'organe de la gestation, il est évident qu'on ne peut se placer *a priori* que dans les artères de ladite cavité.

Mais, de toutes ces artères, de la cavité abdominale et de l'organe de la gestation, les artères pelviennes sont les seules assez grosses pour pouvoir donner le bruit de souffle qui nous occupe. Donc c'est en elles seulement que nous en pouvons placer le siége.

Cette *donnée* du problème étant acquise, celle qu'il s'agit d'acquérir maintenant, c'est la compression des artères pelviennes; or ces artères sont situées à la partie la plus déclive de la cavité dans laquelle se trouvent l'organe de la gestation et le fœtus, et reposent sur une base résistante point ou très-peu compressible. Il est donc physiquement, mécaniquement impossible qu'à une époque donnée de la grossesse, la partie du poids de cette masse du fœtus et de l'utérus, que ces artères pelviennes supportent nécessairement, n'exerce pas sur elles une certaine compression qui en rétrécit le calibre; nous possédons, par conséquent, la nouvelle donnée nécessaire à la solution de notre problème, à savoir un rétrécissement des artères pelviennes par voie de compression. Ajoutons que l'absence du bruit de souffle pendant les premières périodes de la grossesse, pendant lesquelles leur compression voulue n'a pas lieu, s'accorde admirablement avec notre théorie.

Cette théorie *stable*, s'il en fût jamais, puisque l'analyse, et pour ainsi dire la dissection de tous ses éléments, nous la montre aussi clairement que l'analyse de la lumière par le prisme nous montre les divers rayons dont elle se compose, cette théorie ne s'applique encore une fois qu'au bruit de souffle puerpéral tel que nous l'a découvert M. de Kergaradec.

Comme dans mon premier discours et plus encore peut-être, j'admets que d'autres artères abdominales et les artères utérines en particulier, telles que nous les a décrites et montrées M. Depaul, sont capables de produire un souffle puerpéral, d'une grosseur moindre que celui des artères pelviennes. Que M. Depaul, au lieu de tenter une entreprise physiquement impossible, s'applique à nous découvrir les données propres à démontrer victorieusement l'existence de son souffle utérin. C'est une entreprise digne de tenter une intelligence telle que la sienne, et si je vis encore à l'époque où il l'aura exécutée, je serais heureux d'être le premier à lui offrir l'éloge qu'elle lui aura méritée.

Je finis par une proposition à M. Depaul, proposition qui lui devra sourire. Il m'a fortement agacé les nerfs et la patience, en m'affir-

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

mant, à je ne sais combien de reprises, que j'étais l'inventeur de la *pulsation ou du battement avec le souffle* qui distingue, dit-il, mon souffle pelvien ou iliaque, qui n'est pas, selon lui, le vrai souffle puerpéral. Ce vrai souffle puerpéral est au contraire, toujours selon lui, le *souffle sans pulsation* qu'il place dans les artères utérines, tandis que, selon moi, si ce souffle utérin sans pulsation ne peut être le vrai souffle, comme je n'ai jamais, depuis quarante ans que j'étudie le bruit de souffle de la grossesse, trouvé un seul cas dans lequel l'exploration de l'abdomen des femmes en couche m'en ait fait reconnaître un avec battement, avec pulsation. M. Depaul qui l'a nécessairement constaté, lui, puisqu'il fait de ce battement le caractère différentiel essentiel entre lui et son souffle sans battement, M. Depaul, dis-je, me rendra le plus fortuné et le plus reconnaissant des mortels, s'il veut bien me faire assister au spectacle d'une femme enceinte dont l'abdomen présentera une pulsation, un battement, un choc sensible à tous les assistants qui auront de bonnes mains et de bons yeux, là où le bruit de souffle puerpéral se sera fait entendre.»

M. DEPAUL déclare n'avoir que peu de mots à répondre à M. Bouillaud. Au commencement même de cette discussion, il a reconnu que la théorie de ce savant maître pourrait avoir une sphère d'application, mais très-restreinte. Il a admis que les artères iliaques pouvaient être le siége de bruits de souffle, et non-seulement les iliaques, mais toutes les artères de l'abdomen ayant un calibre suffisant, peut-être même les épigastriques. Mais autre est ce souffle, autre est celui de la grossesse. M. Bouillaud a pris pour type de ce dernier les descriptions de Kergaradec et de Laënnec : il n'en veut pas sortir; mais Kergaradec a lui-même reconnu son peu de compétence dans le mémoire dont il s'agit, et il a décrit le bruit qu'il avait découvert comme un *battement*, une *pulsation avec souffle*. On ne peut donc pas se référer à cet auteur en niant qu'il y ait pulsation.

M. BOUILLAUD il ne faut pas confondre deux choses différentes : le souffle perçu par l'oreille, souffle parfaitement décrit par Kergaradec, et la pulsation de l'artère, pulsation admise sans avoir été étendue, ni vue, ni sentie.

M. DEPAUL ne veut pas admettre qu'il soit indifférent de trouver des battements, des pulsations, coïncidant avec un bruit de souffle. Si ces pulsations n'existent pas dans le souffle de la grossesse, la description de Kergaradec et de Laënnec était inexacte.

M. BOUILLAUD s'irrite de voir que l'on n'ait pas saisi sa pensée. Il répète encore que le bruit de souffle, à l'auscultation, est un phénomène indépendant : les pulsations se perçoivent par le doigt, par l'œil, et non par l'oreille.

M. DEPAUL nie qu'il en soit ainsi. On entend fort bien les pulsations en auscultant une grosse artère telle qu'une des iliaques.

Si le souffle de la grossesse était causé par la compression d'une grosse artère, on entendrait ce battement. D'ailleurs comment expliquerait-on avec cette hypothèse les localisations diverses de ce bruit. On l'entend le plus souvent sur les côtés, c'est vrai, mais parfois aussi sur la ligne médiane; M. Depaul en a observé ce matin même un nouvel exemple. Il peut exister en même temps sur plusieurs points; dernièrement encore, M. Depaul, dans un cas semblable, a fait appliquer à la fois trois stéthoscopes sur l'abdomen d'une femme enceinte et a pu faire entendre trois bruits de souffle simultanés, à trois personnes différentes. Or ces bruits de souffle concomitants différaient de timbre et d'intensité. Cela n'aurait pas été possible s'ils s'étaient produits dans la même artère, dans une iliaque comprimée, par exemple. Comme autre argument à l'appui de la théorie utérine, M. Depaul rappelle que le bruit de souffle ne garde pas les mêmes caractères pendant toute la durée de la grossesse. Très-faible d'abord, alors qu'on l'entend dans les premiers mois, il s'accentue et grossit de plus en plus à mesure que l'utérus augmente de volume. S'il avait pour siége une artère iliaque, de telles modifications seraient impossibles, car l'artère iliaque ne change pas de calibre chez une femme enceinte.

M. COLIN ne croit pas que la théorie de M. Depaul puisse être acceptée par aucun physiologiste. Les petites artères, dont le calibre égale celui des artères utérines développées par la gestation, ne donnent jamais aucun bruit de souffle quand on les ausculte, soit sur le cheval, soit sur le bœuf. Chez ces animaux cependant, il est des régions où elles sont très-superficielles, situées sur une surface osseuse, et où il est facile de leur faire subir avec le stéthoscope une compression légère. Il n'est donc pas probable que les artères utérines puissent engendrer un bruit de souffle intense. Quant aux différences de caractères que M. Depaul a trouvées entre le souffle de la grossesse et celui qu'il a obtenu en comprimant l'artère iliaque, ces différences sont faciles à comprendre dans la théorie de M. Bouillaud, car la compression ne s'exerce pas de la même manière par un stéthoscope que par le globe utérin. Celui-ci presse sur une grande surface et peut comprimer à la fois plusieurs vaisseaux; il pèse assez pour faire disparaître leurs mouvements pulsatils. Tout ceci est de la compétence d'un physiologiste aussi bien que d'un accoucheur. A celui-ci de dire à quelle époque et dans quelles circonstances le souffle se produit, etc., mais qu'il ne croie pas avoir mission exclusive pour l'expliquer.

M. DEPAUL. Il n'est pas besoin d'être physiologiste de profession, pour raisonner des questions de ce genre. D'ailleurs la preuve expérimentale de la possibilité du souffle a été donnée, à plusieurs reprises, devant l'Académie, à l'aide de tubes en caoutchouc au moins aussi petits que les artères utérines. M. Colin en avait même paru très-étonné.

M. COLIN. A la réflexion, la chose s'explique et l'étonnement disparaît. Ces tubes de caoutchouc ne sont pas aussi lisses à leur intérieur que la surface interne des artères. Or, quand les artères sont rugueuses, un souffle s'y produit déjà. C'est ainsi que M. Bouillaud a pu reconnaître sur un cheval, par l'auscultation, des excroissances qui s'étaient produites sur l'artère pulmonaire.

M. DEPAUL. Mais les tubes de caoutchouc sont également lisses d'un bout à l'autre, or, on n'y percevait aucune espèce de bruit partout ailleurs que sur le point où elles changeaient de calibre par une bifurcation en deux tubes égaux.

M. COLIN. Les tubes de caoutchouc ne sont pas semblables à des artères.

M. DEPAUL. La première condition pour parler du souffle de la grossesse est de savoir ausculter. Comment M. Colin ne l'a-t-il pas étudié sur les animaux? C'était pourtant là un beau sujet de recherches pour un physiologiste.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Par décret en date du 25 juillet 1876, M. Jungfleisch, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie organique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Berthelot, démissionaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la valeur séméiologique de l'ecthyma, accompagnée d'observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis; rapports de l'ecthyma avec la syphilis, par Paul MUSELIER, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris. — In-8° de 125 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Traitement de la métrite interne, par T. GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié. — In-8° avec 15 figures. Prix : 2 fr. 25.— Paris, 1876, H. Lanwereyns.

De l'identité du bruit de soufflet dit placentaire avec le bruit de soufflet des grosses artères intra-pelviennes, par le professeur BOUILLAUD, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, etc. — In-8° de 51 pages, Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1876, G. Masson.

Expériences sur la force élastique des bandes et des tubes en caoutchouc par la méthode des poids, par M. le docteur HOUZÉ DE L'AULNOIT, professeur à l'École de médecine, chirurgien de l'hôpital Sainte-Croix. — Lille, 1875, in-8° de 41 pages. Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Eau de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par **J. THOMAS,** *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Sirop de Quinquina au Vin DE MALAGA de LARRIEU, pharmacien-chimiste. — Reconstituant très-efficace, tonique agréable et supérieur contre l'anémie, la chlorose, les estomacs faibles, les convalescents. — Dépôt : pharmacie, 13, rue Turbigo, Paris.

L'eau de Léchelle hémostatique combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses*.

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

Dynamomètre de poche DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

Capsules Mathey-Caylus
Au Copahu et à l'Essence de Santal, Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal, Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros.: CLIN et Ce, 14, RUE RACINE, PARIS.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque **Capsule** du **Dr Clin** renferme 0,20 | Bromure de
Chaque **Dragée** du **Dr Clin** renferme 0,10 | Camphre pur.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS.

Enghien-les-Bains, près Paris
Eaux sulfureuses (moyennes et fortes). Inhalations. Bains. Douches variées. Hydrothérapie à l'eau sulfureuse et ordinaire. Cure des maladies de la gorge, du larynx, des bronches et des poumons, de la peau, des rhumatismes, des catarrhes de la matrice, etc., etc. — Anémie. — Lymphatisme. — Engorgements osseux et ganglionnaires. — Flueurs blanches.

Pepsine Boudault, seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Dragées de Gélis et Conté
AU LACTATE DE FER.

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Les véritables DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTE ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.
Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Huile de Foie de morue **de HOGG.**

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Asthme, Catarrhe, Oppression
Soulagement instantané par les TUBES LEVASSEUR. 23, r. de la Monnaie, Paris.

Viande crue et alcool.
ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble
de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, l'*anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50. Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Constipation guérie *sans purger* par les Pilules du PODOPHYLLE COIRRE. — Ce médicament peut être continué sans danger, même chez les femmes enceintes. — Il guérit radicalement en peu de jours les constipations habituelles les plus opiniâtres.

Prix : 3 fr. — 24, rue du Regard, Paris, et principales pharmacies.

Sirop de Rivière
ANTISCORBUTIQUE IODO-FERRÉ contre les affections lymphatiques, scrofuleuses, chlorotiques. 3 fr. J. Rivière, 68, Ch.-d'Antin, Paris.

Capsules et saccharure
A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Vomissements incoercibles. — Troubles des fonctions de nutrition et de menstruation.

DEUXIÈME ARTICLE.

J'ai hésité à nommer *hystériques* les vomissements incoercibles qui s'étaient produits chez les malades dont j'ai parlé vendredi dernier.

En effet, ce mot d'hystérie ne représente plus à l'esprit quelque chose de net et de bien déterminé. On est peu d'accord sur les limites dans lesquelles il faut en restreindre l'application.

C'est un vieux terme qu'on a conservé, en en abandonnant le sens étymologique; et on en fait peut-être abus, en s'en servant dans bien des cas qui ne rappellent en rien la névrose, à grandes crises tapageuses, appelée autrefois ainsi.

Par exemple, si l'on admet, comme le font aujourd'hui plusieurs cliniciens du plus haut mérite, sous le nom d'hystérie locale, des affections qui n'ont plus aucun trait du type bien connu de l'hystérie vulgaire, et qui, pouvant se rencontrer en dehors du sexe féminin, sont exclusivement caractérisées par des phénomènes anormaux portant sur un organe ou sur un appareil étranger aux fonctions de la reproduction, on se demande en vérité où l'on va pouvoir s'arrêter dans cette voie.

Les vomissements incoercibles dont il s'agit peuvent, exceptionnellement, se présenter chez les hommes. Je me rappelle en avoir vu un bel exemple chez un jeune homme qui, pendant quelque temps, avait été nourri d'une manière insuffisante, uniquement d'aliments maigres. La débilitation produite par ce régime avait eu pour premier effet une mobilité nerveuse, une impressionnabilité morale et physique très-remarquable, puis bientôt une intolérance de l'estomac pour toute nourriture.

Comme chez la malade de M. Mesnet, le vomissement se produisait sans grand effort, sans douleur notable, fort peu de temps après le repas. L'estomac se débarrassait de tout ce qu'il avait reçu, ou à peu près. Et cependant ce malade maigrissait à peine. La guérison fut obtenue par des changements d'air répétés.

Eh bien, le terme d'*hystérie à foyer gastrique* ne paraîtrait-il pas étrangement choisi pour caractériser le cas de ce jeune homme?

Du reste, tout ceci n'est qu'une question de mots, qui deviendrait sans importance du moment où l'on s'entendrait parfaitement sur ce qu'on voudrait dire. Peu importeraient l'étymologie et l'acception traditionnelle, si tous les médecins s'étaient mis d'accord pour attacher au même terme la même idée.

Malheureusement, il n'en est point encore tout à fait ainsi, en ce qui concerne le mot *hystérique*.

Les uns y croient voir une indication étiologique, quelque chose de féminin dont le point départ serait, sinon dans l'utérus lui-même, du moins dans quelqu'un des organes qui contribuent à la même fonction.

D'autres le rattachent plutôt à quelque symptôme : ils ne l'emploient que s'il existe, soit le phénomène convulsif de la crise de nerfs, soit la perte de connaissance, soit, au moins, la sensation de boule remontant à la gorge.

D'autres enfin s'en servent pour paraître classer à peu près tout ce qu'on pourrait appeler le *caput mortuum* de la pathologie, ce qui reste indéterminée après que l'on vient d'appliquer le procédé d'élimination au diagnostic différentiel, quand la fonction seule paraît atteinte, et que, ne voyant pas de lésion organique, on ne trouve pas non plus les caractères de quelque autre type morbide mieux défini, tel que l'épilepsie, etc.

C'est à ce dernier point de vue qu'on a imaginé les hystéries locales, dans lesquelles on ferait rentrer les vomissements en question, même s'il se produisent chez des hommes.

Mais cette classification, négative pour ainsi dire, ne saurait être que provisoire. Mieux vaut encore, à ce qu'il me semble, étudier ces vomissemements sans leur imposer d'étiquette.

Remarquons d'abord qu'aucune des malades observées par nous n'était notoirement hystérique avant de commencer à vomir.

Celle de M. Bernutz a eu de grandes crises et des accidents nerveux de tout genre pendant son séjour à l'hôpital, mais alors que depuis longtemps elle n'était plus alimentée. Elle soutenait qu'elle n'avait jamais eu ni maux de nerfs, ni évanouissement, ni oppression, ni sensation de boule à la gorge, avant l'émotion très-violente et la suppression de règles qui furent le point de départ de cette maladie.

Celle de M. Mesnet, non plus, n'a jamais eu de grandes

crises de nerfs. On l'a, il est vrai, trouvée évanouie près de ses fourneaux alors qu'elle était cuisinière ; mais les violents maux de tête qu'elle éprouvait alors, le besoin continuel et presque invincible de sommeil qu'elle ressentait durant le jour, dans sa cuisine, à la même époque, tendraient à faire croire que l'acide carbonique, ou plutôt l'oxyde de carbone, n'était point étranger à ces évanouissements. Cela paraît d'autant plus probable que depuis le moment où cette jeune fille a cessé d'être cuisinière dans cette maison, elle n'a plus jamais perdu connaissance, ni à l'hôpital Saint-Antoine, ni au Vésinet, ni chez son oncle. Toutefois, il faut remarquer que les femmes les plus nerveuses sont habituellement les plus sensibles aux effets de ce qu'elles nomment *l'odeur du charbon*. Si donc cette malade n'était pas hystérique dans le sens le plus étroit du mot, elle était du moins très-nerveuse lorsqu'elle commença à être prise de vomissements incoercibles. L'absence de nutrition n'a point amené chez elle, jusqu'à présent du moins, les phénomènes nerveux qui en furent le résultat chez la malade de M. Bernutz. Elle n'a pas même encore éprouvé la sensation de boule ou de pression à la gorge. Elle reste dans ce degré de névrose que M. Bouchut a dénommé le *nervosisme*, que d'autres appellent *l'hystéricisme*, le distinguant avec raison de l'hystérie à grandes crises.

Il en est de même de la malade de M. Gallard. Elle aussi déclare n'avoir jamais eu d'accès nerveux, jamais de sensation de pression vers le larynx. Elle a souvent eu mal à la gorge, elle a même été plusieurs fois aphone ; mais alors elle toussait beaucoup, ce qui complique la question. Elle ne s'est, dit-elle, trouvé mal qu'une seule fois dans sa vie, pendant qu'elle subissait une opération très-douloureuse : on lui ouvrait un panaris. Mais elle était très-impressionnable, très-sujette aux palpitations, très-évidemment *nervosique*, et elle l'est encore devenue de plus en plus, depuis qu'elle vomit.

La menstruation a été troublée chez toutes ces femmes. Toutes ont cessé d'avoir leurs règles durant un temps plus ou moins long, alors qu'elles ne digéraient plus.

En outre chez l'une, chez la malade de M. Bernutz, le point de départ de tous les accidents a été l'arrêt brusque de l'écoulement menstruel par impression morale.

Chez les deux autres, cette fonction s'était toujours accomplie assez mal. Celle de M. Mesnet avait eu des suppressions de quelques mois, à plusieurs reprises. Celle de M. Gallard souffrait toujours des reins et du bas-ventre quand revenaient les époques, elle avait une leucorrhée habituelle dans les intervalles.

On a donc à se demander quelle part il faut faire à ces troubles d'une fonction propre à la femme dans l'étiologie des vomissements.

Il me semble que cette part ne doit pas être prépondérante, sauf peut-être chez la malade de M. Bernutz : et encore faut-il se rappeler que la réapparition des règles n'a nullement coïncidé chez elle avec le retour à la santé.

Chez les autres, l'arrêt de la menstruation durant le cours de la maladie paraît avoir été plutôt un effet qu'une cause. Elles ont cessé d'être réglées parce que, la nutrition étant presque abolie, le sang manquait, pour ainsi dire. Elles étaient dans le même état que les phthisiques à ce point de vue.

La menstruation est, pour ainsi dire, une fonction de luxe. Relative à la reproduction de l'espèce, elle peut cesser quand l'individu conserve à peine assez de force pour l'entretien de sa vie propre, et elle devient essentiellement nuisible si elle continue en pareil cas.

Une fois les forces revenues, au contraire, son retour doit être considéré comme un signe très-favorable.

Chez la malade de M. Mesnet, à la fin de l'année dernière, les règles se sont fait attendre plus d'un mois après la cessation des vomissements.

Elles s'étaient rétablies, au contraire, il y a cinq ans, chez la malade de M. Gallard, alors qu'elle vomissait encore des aliments, dès qu'elle fut un peu remise de cette grande crise de sept mois, durant laquelle elle vomissait du sang et était devenue faible au point de ne pouvoir sortir du lit.

Il est aujourd'hui assez difficile de déterminer avec un peu de certitude quelle a pu être la nature de cette crise.

Je penche à croire qu'il y avait complication d'ulcère simple de l'estomac. Je le crois, non surtout à cause des vomissements de sang, car il n'est pas très-rare de rencontrer de tels vomissements chez des femmes nerveuses, en dehors de toute lésion organique ; mais parce que cette femme, qui décrit admirablement la douleur caractéristique de l'ulcère simple, comme l'ayant alors éprouvée d'une manière cruelle, avait, à ce qu'il paraît, maigri et perdu ses forces pendant cette crise avec une extrême rapidité. Or si les malades atteintes d'ulcère simple de l'estomac et vomissant du sang maigrissent rapidement et en viennent à prendre un teint blafard, jaunâtre, presque cachectique ; au contraire, celles qui n'ont aucune lésion des organes digestifs et qui sont prises d'hématémèses, à la suite de règles supprimées, ou autrement, dans les conditions déjà indiquées à propos des vomissements alimentaires dits *hystériques*, ces femmes gardent un bon aspect, un certain degré d'embonpoint. Et c'est là un point très-important à se rappeler pour le diagnostic différentiel de l'ulcère simple de l'estomac et de l'affection qui nous occupe, soit que la femme dont il s'agit rende seulement ce qu'elle avale, soit qu'elle vomisse même du sang. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il se peut qu'elle ait une affection uniquement nerveuse, une de ces névroses étranges qui feront toujours l'étonnement des médecins.

Depuis deux ans, les vomissements de sang supplémentaires de règles supprimées, et ceux que l'on veut rattacher à l'hystérie, ont particulièrement attiré l'attention. Il a paru quelques thèses sur ce sujet. Les deux meilleures sont celle de M. J. Ferran (*Du vomissement de sang dans l'hystérie*, Paris, 1874) et celle de M. G. Lorey (*Des vomissements de sang, supplémentaires des règles*, Paris, 1875). Les faits que ces auteurs ont rassemblés, ceux que nous avons recueillis nous-même, ceux que M. Bouchard a cités dans une leçon publiée par le *Mouvement médical* (juillet et août 1873), prouvent que les troubles gastriques, les vomissements, les hématémèses, sans maladie de l'estomac proprement dite sont loin d'être très-rares chez les sujets atteints d'hystéricisme ou de nervosisme.

Ils peuvent présenter chez eux des formes très-diverses.

Parfois le diagnostic différentiel est des plus simples et des plus faciles.

Tel est le cas toutes les fois que les vomissements se continuent pendant des mois et des années, en l'absence de toute douleur vers la région de l'estomac, ainsi qu'il arrive, par exemple, chez la malade de M. Mesnet.

Tel est également le cas quand il s'agit d'hématémèses qui se reproduisent exactement à chaque époque menstruelle, après une suppression de règles.

Mais parfois aussi on n'a guère pour se guider que de simples indices.

Aussi, récemment, un élève de la Faculté de Paris, M. Périsse, s'appuyant sur des faits absolument semblables et qui avaient été considérés, dans divers services, les uns comme des exemples d'ulcères de l'estomac et les autres comme de

simples accidents gastriques dépendant de l'hystérie, s'attacha-t-il à prouver dans sa thèse qu'il devait être impossible en pratique de distinguer l'un de l'autre ces deux ordres de faits dans la plupart des cas.

Je suis persuadé du contraire; mais je reconnais qu'effectivement il reste encore beaucoup à faire pour établir une complète précision dans le diagnostic différentiel des affections de l'estomac.

Efficacité de l'opium contre les vomissements réflexes de la péritonite pelvienne. — Suites funestes de l'ouverture d'un abcès chez une phthisique. — Névralgies des nerfs pneumogastriques et des nerfs phréniques.

M. Peter nous a montré plusieurs malades de son service intéressants à divers points de vue.

D'abord, à un point de vue de thérapeutique usuelle, une femme chez laquelle il a suffi de deux gouttes de laudanum, administrées au moment même de chaque repas, pour calmer des vomissements qui résultaient de la présence d'une pelvi-péritonite très-étendue. Attribuant, en pareil cas, l'intolérance de l'estomac à une excitation réflexe de la muqueuse de cet organe, M. Peter agit directement sur cette muqueuse par un calmant tel que le laudanum ou le chlorhydrate de morphine. Quand il emploie ce dernier sel, c'est en général à la dose de 1 milligramme, en solution dans une cuillerée à café d'eau. Cela suffit souvent pour que les aliments ne soient pas rejetés et que la digestion en devienne possible. On sait que Kœberlé calme également bien les vomissement résultant, par action réflexe, d'un commencement de péritonite, au moyen du vin de Champagne, qu'il fait boire alors exclusivement à ses opérées. Il est important de calmer ainsi, soit par un remède soit par l'autre, des efforts toujours dangereux lorsqu'il s'agit d'une péritonite localisée.

Puis, au point de vue d'une question de pronostic, une pauvre femme couchée salle Sainte-Adélaïde, nº 4, et qui était entrée dans le service pour un abcès de la fosse iliaque droite, avec des signes encore très-peu marqués de tuberculisation pulmonaire, vers les sommets, des deux côtés de la poitrine.

Elle toussait un peu, depuis longtemps déjà, et avait eu des hémoptysies; les commémoratifs de famille étaient inquiétants, elle avait perdu de phthisie un frère et une sœur. Accouchée au mois de mars de cette année, elle s'était lentement remise, et après six semaines de séjour tant à Saint-Louis qu'au Vésinet, très-peu de temps après être rentrée dans son ménage elle avait été prise de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, avec fièvre, vomissements, diarrhée; c'était le commencement d'un abcès, qui amena bientôt la rétraction de la jambe, bien qu'il n'y eut pas de psoitis. L'indication était urgente : il fallait ouvrir cet abcès. M. Peter s'y résolut donc, bien que, et c'est le point sur lequel il insiste, il fut persuadé que la phthisie ferait des progrès très-rapides quand cet abcès aurait été guéri, comme elle en fait quand on guérit chez un phthisique la fistule à l'anus. L'événement prouva qu'il avait raison d'exprimer ces craintes. L'abcès fut ouvert par le bistouri le 12 juin. Pendant quelques jours un peu de pus sortit par une fistule qui s'était établie sur le point ponctionné, puis, la suppuration étant tarie, cette fistule se referma. Jusqu'alors l'état des poumons était resté à peu près le même; mais, à partir de ce moment, la scène changea. La toux devint beaucoup plus fréquente, il y eut de la dyspnée, de la fièvre, des sueurs nocturnes, des vomissements, de la diarrhée.

Quand on ausculta la poitrine vers le commencement du mois de juillet, on trouva du souffle bronchique en arrière, des deux côtes, surtout à gauche, où il occupait tout le tiers supérieur du poumon. Il s'accompagnait de bronchophonie et de pectoriloquie légère dans la fosse sus-épineuse. En avant, du même côté, la respiration était rude et l'on trouvait des craquements humides. Depuis lors, l'état général et l'état local allèrent toujours en s'aggravant. Cette femme qui depuis dix ans était phthisique sans que sa maladie fit des progrès notables, en parcourt les dernières phases avec une extrême rapidité. Il est bon de connaître cette éventualité et d'en avertir les parents quand on se voit forcé d'opérer un phthisique.

Sur d'autres malades, M. Peter avait recherché et montré les points douloureux caractéristiques de la névralgie des pneumogastriques et des nerfs phréniques. La névralgie des pneumogastriques est très-fréquente chez les phthisiques, on la constate en exerçant une pression sur le nerf en avant des scalènes. Le malade ressent sur ce point une douleur vive. Suivant M. Peter, cette névralgie joue un rôle important dans les palpitations, dans les vomissements et troubles gastriques des tuberculeux. Le point de départ en est dans les poumons malades. C'est pour ainsi dire une névralgie par propagation.

Quant à la névralgie du nerf phrénique, en dehors de toute affection organique, névralgie qui est encore niée par quelques médecins, une jeune fille, couchée au numéro 14 de la salle Sainte-Adélaïde, en offrait, lors de son entrée dans le service, un bel exemple. Malheureusement, chez cette jeune fille, névropathique, tout un ensemble de points douloureux rachialgiques et intercostaux, s'étendant presque du haut en bas de la poitrine, est venu depuis lors obscurcir la question. Nous n'en parlons que parce que c'est pour nous l'occasion d'affirmer encore que cette névralgie existe. Plus d'une fois déjà nous avons constaté sur d'autres malades l'exactitude de la description que M. Peter en a donnée.

Dr Victor Revillout.

OBSTÉTRIQUE

De quelques difficultés d'accouchement inhérentes à la présentation du siége et de l'emploi du crochet mousse (1).

par M. Bailly, agrégé libre.

IV

B. — OBSTACLES DÉPENDANT DU COL DE LA MATRICE.

Voici un fait que je n'oublierai de longtemps, à cause de la peine qu'il m'a donnée.

Obs. IV. — *Primipare. — Présentation du siége. — Rupture prématurée des membranes (sept mois de grossesse au plus). — Dégagement extraordinairement difficile de la tête fœtale, retenue par le col de la matrice. — Enfant mort. — Métrite passagère.*

Mme X..., vingt-deux ans, constitution forte, santé bonne. Mariée depuis une année, elle a eu ses règles pour la dernière fois du 16 au 22 août 1875, mais n'a pu devenir enceinte avant la fin du même mois. Rupture spontanée des membranes, le 28 mars 1876, vers quatre heures du matin, pendant le sommeil, et perte d'eau très-abondante. Quelques coliques faibles se font sentir à la suite de cette perte. Ce même jour, à neuf heures du matin, je constate chez Mme X... l'état suivant : contractions utérines faibles, séparées par des intervalles inégaux, variant de vingt minutes à trois quarts

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 juillet.

d'heure. Le col offre le diamètre d'une pièce de cinq francs, et l'on sent distinctement, engagés dans cette ouverture, la jambe et le pied gauches de l'enfant, plus une autre petite partie mobile, qui paraît être une main; le tout enveloppé par la poche membraneuse vide de liquide, d'où je conclus que l'ouverture des membranes s'est produite au-dessus du segment inférieur de l'œuf.

Même état pendant les journées des 28 et 29 mars; de temps en temps une contraction utérine, suffisante pour attester la persistance du travail, mais trop faible pour produire de notables changements dans l'état du col. A la fin du second jour cependant, l'orifice utérin est un peu plus ouvert, et les parties de l'enfant se sont abaissées. Pendant la nuit du 29 au 30 mars, les douleurs sont encore assez rares pour permettre à Mme X... de dormir dans leur intervalle, et, somme toute, de passer une assez bonne nuit.

Le 30 mars, vers dix heures du matin, les douleurs s'accentuent et se rapprochent, et l'on peut prévoir que l'accouchement se terminera dans la journée. A quatre heures du soir, le siége a franchi l'excavation et arrive sur le périnée. C'est bien le pied gauche qui se présente le premier, accompagné par une main. Les battements du cœur sont réguliers. La parturiente est alors placée en travers de son lit, les pieds posés sur des chaises. A quatre heures et demie la vulve s'entr'ouvre et laisse passer le membre abdominal gauche tout entier et la main du même côté, qui sort appuyée sur le genou. L'enfant reste ensuite pendant un quart d'heure dans cette position, faute de douleurs. A quatre heures trois quarts, une nouvelle contraction, secondée par les efforts de la mère, fait sortir la plus grande partie du tronc et l'avant-bras du côté droit. L'enfant reste donc engagé seulement par la partie supérieure du thorax et par la tête. Il est vivant, ce qu'attestent les mouvements qu'il exécute avec les membres inférieurs. Le moment d'agir était venu. En conséquence je dégage le bras gauche, ce qui est facile; mais la tête ne sort pas aussi aisément. Bien que solidement saisie par le maxillaire inférieur que j'abaisse le plus possible, en même temps que je presse fortement sur les épaules, ce n'est qu'au moyen de tractions énergiques, prolongées pendant dix minutes, que je parviens à terminer l'accouchement. Le col de la matrice, incomplétement dilaté par le passage du tronc, opposait une vive résistance à la sortie de la tête, et ce n'est qu'au prix des plus grands efforts que je réussis à amener celle-ci au dehors. L'enfant ne donna aucun signe de vie. Délivrance naturelle, quarante minutes après l'accouchement.

31 mars, dix heures du matin. — Pouls à 116, céphalalgie, malaise général; peu de sommeil la nuit dernière. Anorexie, langue blanche, soif vive. Le ventre est développé, sensible à la pression au-dessus de l'aine droite. L'utérus dur, globuleux, dépasse les pubis de trois travers de doigt. Lochies normales. Cataplasmes laudanisés en permanence sur le ventre. Une pilule d'extrait thébaïque de 25 milligrammes, matin et soir. Bouillon froid.

1er avril. — 108 pulsations. L'aine gauche est devenue sensible comme la droite; sentiment de fatigue et de brisement qui empêche l'accouchée de se déplacer. Elle reste invariablement couchée sur le dos; pourtant elle peut fléchir les membres inférieurs sans souffrir. Même atonie des organes digestifs. On continue cataplasmes et pilules.

2 avril. — Le pouls est tombé à 64 pulsations; il est plein et régulier. Mieux-être, sommeil toute la nuit. Montée du lait abondante. Les côtés de l'utérus sont encore sensibles à la pression, mais moins que précédemment. Même traitement. Potages, vins.

3 avril. — A dater de ce moment, l'apyrexie ne s'est pas démentie un seul instant. La sensibilité du ventre a diminué progressivement, et, le sixième jour des couches, Mme X... pouvait se retourner facilement dans son lit et se coucher sur le côté. En même temps l'appétit est revenu. Après le 20 avril, Mme X... se lève chaque jour et peut faire quelques pas dans sa chambre. Aujourd'hui, 6 mai, elle est tout à fait rétablie.

Réflexions. — Je passe rapidement sur le fait de la présentation du siége, qui n'est pas rare à terme, et qui est plus fréquente encore à sept mois de grossesse, pour m'arrêter sur des points plus importants de mon observation, et discuter la question de thérapeutique qu'elle soulève.

a. Et d'abord je dirai qu'il est difficile de se faire une juste idée des difficultés que j'ai eues à surmonter dans cet accouchement, quand on n'a ni assisté ni pris une part active à une opération faite dans ces conditions. J'avais prévu que j'aurais du mal, mais pas à ce point. L'obstacle tenait évidemment à la résistance d'un col utérin incomplétement ouvert, et la dilatation imparfaite de l'orifice dépendait elle-même d'un concours de circonstances défavorables, réunies comme à plaisir par le hasard, et parmi lesquelles je distingue : 1° la rupture prématurée des membranes, qui n'a pas permis à la poche des eaux de dilater complétement l'ouverture de la matrice; 2° la date anticipée de l'accouchement (sept mois au plus de grossesse). A cette époque, la tête du fœtus est, relativement au tronc, sensiblement plus grosse qu'à terme, et se trouve arrêtée par des ouvertures suffisantes pour livrer passage à l'extrémité pelvienne et aux épaules; 3° la déflexion accidentelle des membres inférieurs. J'ai dit, en effet, que l'enfant se présentait par les pieds, et suivant la remarque judicieuse de P. Dubois, cette variété de la présentation du pelvis est plus fâcheuse que la présentation des fesses, précisément parce que le siége de l'enfant, se trouvant diminué du volume des membres abdominaux défléchis, n'offre pas des diamètres suffisants pour ouvrir complétement l'orifice et préparer les voies à laisser passer facilement la tête fœtale. Il suffit de lire les observations 11, 18, 22 et 24 du quatrième mémoire de Lachapelle, pour se convaincre des difficultés considérables qu'on éprouve, même au terme normal de la grossesse, à terminer l'accouchement lorsqu'on veut tirer l'enfant par les pieds avant l'ouverture complète de la matrice; difficultés que l'habile sage-femme attribuait à la direction vicieuse de ses efforts, mais qui en réalité dépendaient du col de l'utérus. Si l'on ajoute à ces causes de dystocie, déjà très-puissantes, d'autres conditions mauvaises, telles que l'assouplissement imparfait des voies génitales au septième mois de la gestation, et la primiparité qui, seule, suffit pour rendre l'accouchement plus pénible et plus long, on comprendra les résistances considérables qui s'opposaient à la parturition, et en ont retardé le dénouement au point d'amener la mort du fœtus.

b. Quant au mode de résistance du col utérin, personne, que je sache, n'admet plus aujourd'hui qu'il s'agisse ici d'un resserrement spasmodique de l'orifice sur le cou de l'enfant, comme le croyaient nos devanciers. Non, ce n'est pas par sa contraction que le col retient la tête, c'est par une résistance purement physique et parce que l'anneau externe n'a pas été préalablement dilaté au degré voulu par la poche amniotique ou par la partie fœtale. La tonicité du tissu musculaire, en effet, est une force qui ne cède qu'à une action lente et répétée, et qu'on surmonte difficilement d'une façon brusque. En ce qui concerne la matrice, on brisera plutôt son col que de l'amener en quelques instants au degré d'ouverture qu'on lui voit acquérir sans lésion aucune par la pression réitérée de l'œuf ou du fœtus.

c. L'enfant vivait à la fin du travail, et le désir de l'amener vivant justifie dans une certaine mesure les efforts que j'ai faits pour vaincre l'obstacle provenant du col et du vagin. L'opération a réussi quant au fait de l'extraction, mais elle a échoué quant à l'enfant, qui a succombé dans le cours des manœuvres. A la suite de cette pénible couche, Mme X..., on s'en souvient, a été prise d'accidents inflammatoires du côté des organes du bassin. Cette maladie, que n'a point compensée la conservation de l'enfant, a fait naître des doutes dans mon esprit relativement à la conduite que j'ai suivie, et j'ai dû me demander si, dans la circonstance, j'avais agi de la manière la

plus utile et la plus sage. Je ne le crois plus maintenant, et si j'étais jamais appelé pour un cas semblable, instruit par l'expérience, je crois que j'agirais autrement.

d. Mais alors que faire, et comment sortir de la situation difficile qui m'était faite? En y réfléchissant, il me semble que j'avais pour cela le choix entre deux partis :

1° Confier l'expulsion de la tête, à la matrice, qui saura toujours s'en débarrasser par un travail lent mais sûr; ou tout au moins attendre, pour l'extraire, que cette tête ait pénétré dans le vagin. J'ai conservé le souvenir d'un fait qui s'est passé à la clinique d'accouchement de la Faculté pendant la durée de mes études médicales, et qui démontre bien les ressources de la nature dans la circonstance dont il s'agit. Après avoir arraché le tronc d'un fœtus de six mois, qui s'était présenté par le siége et avoir vainement tenté d'extraire au moyen de fortes pinces de Museux la tête laissée dans la matrice, un praticien de la ville envoya la patiente à la Clinique, dans la pensée que le chirurgien de cet établissement réussirait à la débarasser. M. Blot, qui suppléait alors M. le professeur Dubois et se trouvait présent à l'arrivée de cette femme, s'abstint de toute manœuvre, ordonna de laisser la malade en repos et, en effet, au bout de deux heures celle-ci expulsait naturellement la petite tête de son enfant. Je pouvais donc imiter la conduite de M. Blot et attendre la terminaison spontanée du travail. Je sais bien que cette attitude expectante, qui condamne la parturiente à conserver pendant plusieurs heures un enfant mort entre les cuisses, est d'un fâcheux effet, et sera souvent interprêtée par les personnes du monde dans un sens défavorable à l'accoucheur, mais elle a l'avantage inappréciable de ne pas exposer la femme; et d'ailleurs on peut atténuer l'impression fâcheuse qu'elle produit en avertissant la famille des dangers possibles d'une opération et de l'obligation qui peut en résulter de laisser la femme accoucher seule. La prudence est une qualité toujours appréciée chez le médecin, et l'on se résignera plus aisément à lui voir adopter une manière de faire qui, tout étrange qu'elle puisse paraître, a du moins l'avantage d'assurer le salut de la mère.

2° L'autre parti à prendre dans les circonstances spéciales où je me suis trouvé placé, et qui sera préféré sans doute par ceux qui se sentent pressés d'agir et voudraient terminer promptement l'accouchement sans nuire à la mère, ce serait de perforer le crâne en l'attaquant par la nuque, et de le vider au moyen du céphalotribe; cette réduction opérée, le col ne s'opposerait plus au passage de la tête, et d'un autre côté, l'enfant étant mort, cette conduite serait tout à fait correcte et défierait la plus sévère critique.

Je fais remarquer que, dans cette discussion des ressources de l'art, je n'ai pas mentionné l'emploi du forceps. C'est qu'en effet le forceps laisse subsister, en les aggravant, tous les dangers de l'extraction manuelle, dangers qui sont de surmonter de vive force la résistance d'un col incomplétement ouvert et d'exposer à le rompre. Ces dangers n'existent pas, soit qu'on se décide pour l'expectation, soit qu'on ait recours au céphalotribe.

J'ai touché dans le cours de cette publication à bien des points de théorie et de pratique, et, précisément à cause de leur nombre, l'esprit peut éprouver de la difficulté à dégager les idées sur lesquelles j'ai voulu fixer pendant quelques instants l'attention. Essayons donc de les résumer dans les propositions suivantes, qui formeront les conclusions de mon travail :

1° La présentation du siége crée parfois à la terminaison naturelle du travail des difficultés, dont les unes dépendent d'anomalies dans le mécanisme de l'accouchement, et dont les autres résultent de l'obstacle que le col de la matrice, incomplétement dilaté, oppose à la sortie de la tête fœtale.

2° Les anomalies de l'accouchement le plus souvent observées portent sur le second temps du travail (défaut d'engagement), et sur le troisième temps (défaut de rotation intérieure de la partie fœtale).

3° D'une part, la forme du siége, moins bien approprié que le crâne à la forme du canal pelvien; d'autre part, l'inertie de la matrice spéciale à la présentation de l'extrémité pelvienne, rendent compte de cette double anomalie du mécanisme.

4° La sortie naturelle du siége, en ouvrant largement les voies génitales, contribue si puissamment à préparer le dégagement facile de la tête fœtale, et à assurer l'issue heureuse de l'accouchement que, sauf dans les cas rares où la nécessité d'agir plus tôt est bien démontrée, on s'abstiendra de toute manœuvre d'extraction de l'enfant jusqu'au moment où la portion sus-ombilicale du tronc apparaît à la vulve; mais, à ce moment, l'accoucheur devra le plus souvent opérer le dégagement des bras et de la tête, pour soustraire l'enfant à la mort par asphyxie que causeraient sûrement la compression prolongée du cordon ombilical, et l'interruption de la circulation fœto-placentaire.

5° La main quand le siége est au détroit supérieur, et le crochet mousse quand au contraire la partie fœtale est plus ou moins engagée dans la filière du bassin, réprésentent les ressources de la chirurgie pour remédier aux deux anomalies précédentes.

6° Le crochet demi-circulaire est préférable au crochet angulaire. On l'appliquera toujours sur l'aine antérieure de l'enfant, et après l'avoir glissé entre celle-ci et la paroi antérieure du bassin maternel.

7° Une seule application du crochet suffira dans la plupart des cas pour amener le siége à la vulve et permettre d'en opérer le dégagement avec les doigts.

8° Le col de l'utérus, incomplétement dilaté par la poche des eaux prématurément ouverte et par le passage du siége, moins volumineux que la tête quand les membres inférieurs sont défléchis, oppose parfois au dégagement du crâne, soit au terme normal de la grossesse, soit surtout à sept mois de gestation, une résistance qu'on ne pourrait toujours surmonter de vive force sans compromettre l'intégrité des parties génitales et exposer la vie de la femme.

9° L'extraction immédiate du fœtus avec la main et celle qu'on opère avec le forceps étant toutes deux également dangereuses, quand la résistance énergique du col a été suffisamment constatée, on laissera le travail achever l'ouverture de la matrice et chasser la tête dans le vagin, ou bien on réduira le volume de l'extrémité céphalique avant de songer à l'extraire.

REMARQUES SUR L'EMPLOI ET LE CHOIX DES ANESTHÉSIQUES EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par M. Moreau-Marmont.

I

Nous n'avons pas pour but de faire ici l'apologie ni le procès de l'anesthésie appliquée aux opérations dentaires. Un travail récent de M. le docteur Darin sur les anesthésiques (1) et la discussion que ce travail a provoquée dans le sein de a So-

(1) *Archives générales*, 6e série, tome XXV, volume I, pages 462 et suiv., pages 705 et suivantes.

ciété de chirurgie (1), nous ont engagé à donner notre opinion sur cette question.

D'une manière générale, nous pensons que l'anesthésie doit être rejetée pour les opérations courantes qui se pratiquent sur les dents; même pour les extractions, quand aucune difficulté particulière ne doit les compliquer. Dans ces circonstances, en effet, il ne nous paraît pas suffisamment motivé de soumettre le malade à cette épreuve, bien que le danger puisse être le plus souvent écarté par l'emploi de certaines précautions. En vain invoquera-t-on la douleur assez vive de quelques avulsions; nous le répétons, l'anesthésie ne nous paraît pas indispensable lorsque l'extraction est simple, c'est-à-dire lorsqu'elle doit être faite en un temps, car la douleur, même vive, peut être assez facilement supportée quand elle est de très-courte durée. Il n'en est pas de même dans les cas où des difficultés opératoires doivent rendre l'opération longue et pénible; lorsque, par exemple, des sommets de racines solidement implantés et inclus profondément dans le maxillaire doivent être recherchés et extraits séparément; lorsqu'enfin des racines sont atteintes de périostite suraiguë et les parties violemment enflammées, comme dans le cas que nous relatons ci-après.

Mlle B..., onze ans et demi, élève de première année à la Maison d'éducation de Saint-Denis, — prédisposition générale à la carie dentaire, — nous est signalée à notre visite du 15 février 1876 comme ayant beaucoup souffert depuis cinq à six jours. Nous constatons l'existence d'un gonflement considérable au niveau de la région de la première molaire inférieure gauche. Nous ne trouvons pas de fluctuation. Une carie ancienne a depuis longtemps détruit la couronne de cette dent, dont il ne reste que la racine, incluse dans le maxillaire et recouverte d'une épaisse couche de gencive. Le maxillaire lui-même participe à l'inflammation par son périoste; il existe du gonflement ganglionnaire.

En face de symptômes aussi accusés, l'extraction était urgente. On sait, en effet, que, dans des cas analogues, il s'est produit des fusées inflammatoires et purulentes, qui ont cheminé soit au travers des muscles du cou dans la cage thoracique, soit, par diverses directions, dans les régions voisines et ont amené des accidents redoutables, quelquefois mortels. Nous avons donc essayé de pratiquer l'opération séance tenante; mais bien que nous eussions affaire à une enfant assez courageuse, les parties étaient hyperesthésiées à ce point que la moindre manœuvre était rendue impossible. C'est dans cette conjoncture que nous avons proposé l'emploi de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, dont l'innocuité est à peu près démontrée aujourd'hui. L'enfant a été endormie deux fois à un quart d'heure d'intervalle, et, pendant chaque période de sommeil, un des groupes de racines a été extrait au moyen d'un forceps approprié. Mlle B... a déclaré n'avoir rien éprouvé de pénible, ni par suite de l'inspiration du gaz, ni par suite des manœuvres opératoires. A notre visite du mardi 22, nous avons revu cette élève, et nous avons constaté que tout accident avait disparu.

L'anesthésie sera le plus souvent nécessaire dans les cas de contracture de mâchoires, produisant une occlusion complète des arcades dentaires. Pour pratiquer l'extraction, on est alors obligé d'avoir recours à l'écarteur des mâchoires, ce qui rend l'opération longue et douloureuse. Cet accident accompagne très-souvent, comme on sait, l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure.

On peut également employer l'anesthésie quand on est obligé d'extraire une grande quantité de racines ou de dents, en vue de l'application d'un appareil prothétique, car alors, bien que chaque extraction ne provoque qu'une douleur très-modérée, ces sortes d'opérations faites successivement deviennent assez pénibles à supporter.

Ici se pose une question grave et qui divise encore beaucoup les praticiens. Quel doit être l'anesthésique employé? Nous répondrons sans hésitation : le *protoxyde d'azote*, et nous allons essayer de le démontrer. Nous ne nous occuperons pas des anesthésiques peu vulgarisés, tels que le bichlorure de méthylène, l'amylène, l'aldéhyde, etc., et nous bornerons notre discussion aux trois agents les plus connus et les plus généralement employés : le chloroforme, l'éther et le protoxyde d'azote.

Établissons d'abord que, pour les extractions même difficiles, un sommeil de courte durée suffira le plus souvent, et recherchons, avant toutes choses, l'agent qui possède la prééminence comme innocuité, dussions-nous, dans quelques cas rares, répéter l'anesthésie pendant le cours de l'opération. Or, il nous paraît difficile aujourd'hui de ne pas admettre que le protoxyde d'azote l'emporte, sous ce rapport, sur l'éther et surtout sur le chloroforme.

Nous avons déjà cité à l'appui de cette manière de voir le travail de M. le docteur Darin, et nous appelons l'attention sur les nombreux témoignages des médecins anglais et américains.

Voici la statistique donnée par M. Darin :

Cas de mort	par l'éther.	4 sur 92, 815.
	par le choroforme. . .	53 sur 152, 260.
	par le protoxyde d'azote.	3 sur plus de 300,000.

Encore ces trois derniers cas sont-ils à peine imputables à l'anesthésie par le gaz hilariant, si l'on songe que, dans l'un d'eux, on a trouvé, dans les voies aériennes, le bouchon destiné à maintenir l'écartement des machoires (1).

Quoi de plus éloquent que de pareils chiffres, et qui voudrait, les connaissant, s'exposer encore à donner le chloroforme et même l'éther là où suffit si bien le protoxyde d'azote.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine;

2° Une observation d'amputation de l'avant-bras à sept mois de grossesse, suivie de guérison et d'accouchement à terme, recueillie par M. Cavaillon.

M. Boinet offre un exemplaire de la deuxième édition de son *Traité des maladies de l'ovaire et de l'ovariotomie.*

M. Larrey présente une brochure en anglais intitulée : *Cas de chirurgie*, avec planches, par M. Charles de Rigal, chirurgien de l'hôpital français de San-Francisco.

M. Le Fort présente, de la part de M. Bardet-Delille, une note sur un cas de *coxalgie hystérique*.

M. le Président annonce l'envoi de deux thèses destinées à concourir, l'une pour le prix Duval, l'autre pour le prix Laborie. La première est intitulée : *De la greffe animale et de ses applications à la thérapeutique chirurgicale.* La seconde a pour titre : *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse*, et a pour auteur M. Reclus.

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.* Nouvelle série, tome I, p. 210 et suivantes.

(1) Pratique fâcheuse et complétement inutile, du reste, avec le procédé de l'embouchure qui, en se retirant, laisse la bouche entr'ouverte.

RAPPORT

M. ANGER fait un rapport sur un mémoire lu par M. Nepveu dans la séance du 15 mars dernier sur la *lymphangite télangiectasique* ou *adénolymphatocèle*, dont les conclusions sont les suivantes :

1. La dilatation ganglionnaire présente parfois des paroxysmes sous l'influence de grandes fatigues, du paludisme, de la température élevée (M. Anger fait remarquer cependant que, contrairement à cette conclusion, le malade qui fait le sujet du travail de M. Nepveu a été observé à Paris pendant l'hiver).

2. Les phénomènes locaux sont des phénomènes inflammatoires : rougeur, coagulation, douleur, etc.

3. Les phénomènes généraux peuvent être plus ou moins graves. Il y a quelquefois un coma profond, presque typhique, revenant par accès éloignés dans le cours de la maladie.

4. La guérison est ordinaire; cependant la mort survient quelquefois dans le coma.

5. Les suites sont l'œdème dur et la tuméfaction des ganglions.

6. Le traitement consiste dans l'usage des bains, des sangsues, des cataplasmes, et de l'émétique à l'intérieur.

Le travail de M. Nepveu est renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATION

Oblitération congénitale de l'intestin grêle. — Siége de la production du méconium. — M. POLAILLON a recueilli dans son service à la Maternité, à la suite d'une opération d'anus artificiel, une malformation rare de l'intestin grêle incompatible avec la vie. Vers le milieu de l'intestin grêle, à 86 centimètres de l'estomac, cet intestin se continuait par un cordon plein, de 1 millimètre de diamètre qui interrompait toute communication avec la fin du tube digestif. On a déjà observé cette malformation vers le duodénum ou vers le cæcum, mais pas encore vers le milieu de l'intestin. Au point de vue physiologique, ce fait, ainsi que ceux dans lesquels l'oblitération siégeait vers le duodénum, juge la question du lieu de formation du méconium, puisque des vomissements de cette matière avaient eu lieu dans ces cas avant la mort, et qu'on n'en trouvait pas dans la partie inférieure de l'intestin. Le méconium est produit par le foie.

RAPPORT

M. PANAS donne lecture d'un rapport sur une observation *d'ectropion partiel avec luxation de la glande lacrymale*, survenu après une ostéite suivie de carie des os de l'orbite, opéré par M. Brière (du Havre). Malgré un allongement de 22 millimètres dû bord libre de la paupière renversée, le résultat a été très-satisfaisant : la difformité a été corrigée, et la glande lacrymale recouverte. Cependant les paupières ne se réunissent pas complétement en dehors.

Le travail de M. Brière est renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATION

M. LARGER donne lecture d'une note sur une *modification à introduire dans l'application des sutures sanglantes en général.* (Comm. : MM. Lucas-Championnière, Le Dentu, Lannelongue.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

141. Mora. Des localisations spinales du rhumatisme.
142. François. Contribution à l'étude de l'enchondrome du bassin.
143. Lazare. Étude sur les eaux minérales de Montbrun (Drôme).
144. Ribes. Études sur les urines ammoniacales.
145. Le Double. Du kleisis génital et principalement de l'occlusion vaginale et vulvaire dans les fistules uro-génitales.
146. Rousset. Contribution à l'étude du cauchemar.
147. Connard. Du sein hystérique; étude sur le gonflement douloureux du sein chez les femmes hystériques.
148. Gauderon. De la péritonite idiopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus à travers l'ombilic.
149. Bétous. Étude sur le *tabes* dorsal spasmodique.
150. Pinel. De l'hémorrhagie pulmonaire et de l'hémoptysie en rapport avec les lésions du cerveau.
151. Delarue. Étude sur le cancer de la colonne vertébrale consécutif au cancer du sein.
152. Freschard. Contribution au traitement des plaies de l'artère axillaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 juillet 1876, M. Germain Sée, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté du 29 juin 1876, M. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, pour cinq ans, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie instituée dans la même ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la numération des globules du sang dans les suites de couches physiologiques et dans la lymphangite utérine, par le docteur FOUASSIER. — In-8° avec trois tableaux permettant de calculer rapidement le chiffre des globules rouges, des globules blancs et leur rapport, et 11 planches de tracés en lithographie. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1876, A. Coccoz.

Étude clinique sur l'uréthrotomie interne, par le docteur MARTINET. Mémoire couronné par la Société de chirurgie. — In-8° avec planches. Prix : 2 francs. — Paris, 1876, A. Coccoz.

De la réforme de l'enseignement supérieur et des libertés universitaires, par Charles SCHUTZENBERGER, professeur en retraite de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. — In-8° de 126 pages. — 2e édition. Prix : 2 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 89. — MARDI 1er AOUT 1876. 49e ANNÉE. MARDI 1er AOUT 1876. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Des abcès multiples du tissu cellulaire chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle.

Il est assez rare d'observer chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle des abcès multiples sous-cutanés. En voici un exemple qui s'offre à nous, et je saisis volontiers l'occasion de vous dire quelques mots de ce sujet, sur lequel vous trouverez peu de renseignements dans les livres qui traitent des maladies de l'enfance. J'en ai vu plusieurs cas, que je vais vous rapporter, et l'un d'eux se trouve dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, à l'article *Érysipèle*. Un de nos confrères, le docteur Fredet, en a publié un autre dans la *Gazette des Hôpitaux*, il y a deux ans, et comme sous cette manifestation pathologique se cachent des diathèses différentes, la question vaut la peine d'être discutée avec soin.

Trois diathèses peuvent donner lieu, d'après ce que j'ai vu, à la formation d'un plus ou grand nombre d'abcès du tissu cellulaire sous-cutané chez les enfants : la diathèse puerpérale, la diathèse scrofuleuse et la diathèse syphilitique. L'enfant que je vous présente aujourd'hui appartient à la syphilis.

Abcès sous-cutanés multiples du nouveau-né, suite d'érysipèle puerpéral. — En 1856, on présentait à ma consultation de l'hôpital des enfants Sainte-Eugénie, une fille de cinq semaines, né à terme, et dont la mère était morte en couches de fièvre puerpérale au quinzième jour.

Elle avait teté sa mère pendant huit jours et était restée huit jours sans teter avant d'être remise à une autre nourrice.

A ce moment, elle aurait eu un érysipèle ambulant, qui aurait guéri, et un peu après, à la troisième semaine, aurait eu un petit abcès à la partie moyenne et externe du bras droit.

A la suite de ce premier abcès, il en est venu neuf autres, sur le ventre, au coude, deux au genou, un à la mamelle, un sur le pied, un à la cuisse, etc.

Quelques-uns de ces abcès ont été ouverts, et il en est revenu d'autres. Après l'incision, quelques-uns ont guéri, mais les autres se sont rempli de pus, et il a fallu les inciser de nouveau.

Un peu plus tard, il est revenu d'autres abcès à la tête et au coude droit, dont je fais l'incision.

Au bout de huit jours, on me ramena l'enfant avec un nouvel abcès à la main gauche, et un autre très-considérable dans le mollet droit, sans changement de couleur à la peau. Ils sont incisés comme les autres, et ils se cicatrisent bien.

Au troisième mois, l'enfant est guérie et tette bien, mais elle reste très-chétive.

Deux mois après, je la revois pour une entérite aiguë, dont je la guéris encore. Ses anciens abcès sont tous cicatrisés.

Abcès multiples sous-cutanés, suite de syphilis constitutionnelle chez un enfant de six mois. — Un enfant de six mois qui avait eu, au bout d'un mois, de la roséole et des syphilides tuberculeuses aux parties génitales, dont il était guéri, me fut ramené avec des gommes au bras et à la main, au front et dans le cuir chevelu.

Ces gommes étaient caractérisées par la présence de petites tumeurs sous-cutanées, indolentes, dures, élastiques et sans changement de couleur à la peau. Elles avaient le volume d'une noisette, et celles du crâne étaient un peu plus grosses. Peu à peu elles se ramollirent, toutes se remplirent de pus et durent être incisées.

Après l'incision de celles du front et de la tête, je constatai la dénudation du périoste et la présence des os, mis à nu.

Leur suppuration fut longue, mais sous l'influence d'un traitement antisyphilitique par l'iodure de potassium, prolongé pendant plusieurs jours, l'enfant guérit sans sortie d'aucun séquestre.

Abcès multiples scrofuleux d'un enfant de quatorze mois. — La petite fille du prince X..., venue à Paris pour des abcès multiples sous-cutanés, me fut présentée en 1875, et son médecin ordinaire fut appelé de Russie pour assister aux consultations.

C'était une enfant lymphatique, très-grosse et très-grasse, qui avait à la joue, sur le front, sur les reins, aux cuisses, à la fesse et aux jambes, de petits abcès et de petites tumeurs sous-cutanées du volume d'une noisette.

Deux de ces abcès avaient été ouverts depuis un mois et étaient restés fistuleux, sécrétant un liquide séreux, clair, roussâtre et ayant leur orifice violacé.

Trois autres abcès étaient fluctuants, j'ai dû les inciser, et ils sont également restés fistuleux.

Sur d'autres points, il y avait de petites tumeurs sous-cutanées, dures, sans changement de couleur à la peau, qui, peu à peu, se sont ramollies, ont suppuré et ont dû être incisées.

Sous l'influence d'un régime tonique, de l'huile de foie de morue et de bains salés, tous ces abcès se sont guéris en six mois, laissant une petite coloration rougeâtre de la peau, qui s'est éteinte au bout d'un an.

Abcès scrofuleux sous-cutanés multiples. — Félicie D... a un frère de dix ans et une sœur de six, qui n'ont jamais été malades. Après sa naissance, il n'y a eu aucune roséole ni aucune maladie de la peau, et c'est à l'âge de six mois qu'elle a commencé à avoir un

grand nombre d'abcès, qui durent aujourd'hui. Ces abcès commencent par des noyaux durs du tissu cellulaire, disséminés sur tous les points du corps. Ce sont des gommes scrofuleuses. L'une d'elles, située aux lombes, s'est ramollie il y a deux mois et laisse une ouverture fistuleuse, qui persiste. Il y en a une autre sur la paupière supérieure, qui est aujourd'hui la seule accompagnée de rougeur à la peau et qui soit fluctuante. Au coude gauche, à la partie inférieure de l'humérus, il y en a une très-volumineuse, qui commence à se ramollir. On en trouve d'autres, disséminées sur différents points du corps, à l'état de gommes dures. Depuis deux mois, il y a un fort écoulement du conduit auditif externe.

J'ai vu d'autres cas de ce genre, mais chez des enfants plus âgés, et alors les abcès étaient moins nombreux. Ceux-là sont bien connus des médecins comme une des manifestations possibles de la scrofule dans la seconde enfance. Il y a un, deux, trois abcès au plus sur les membres ou sur la face, quelquefois autour de l'orbite, où ils produisent des cicatrices affreuses, dont je reparlerai plus loin.

Chez les enfants qui présentent ainsi des abcès sous-cutanés multiples, il faut étudier avec soin la marche de la maladie, car de la promptitude, avec laquelle se forme la suppuration, ressort le diagnostic d'une diathèse aiguë puerpérale, tandis que si l'évolution est lente, il s'agit de syphilis ou de scrofule.

Chez les enfants dont la mère a été atteinte de fièvre puerpérale, ou qui ont un érysipèle peu de jours après la naissance, il faut admettre une septicémie de puerpéralité dont la clinique fournit de nombreuses preuves. On sait, en effet, que les enfants subissent l'influence puerpérale à un moindre degré que leurs mères; mais lorsque règne une épidémie sur les femmes en couches, les ophthalmies purulentes, les érysipèles autour de la plaie ombilicale ou d'une vaccine prématurée, les ictères graves par phlébite ombilicale sont des accidents de naissance assez fréquents. Il n'est que juste de croire alors que la cause septicémique agit sur les plaies d'une façon analogue à celle qui s'accomplit sur la plaie utérine, et que les germes invisibles et toxiques de l'atmosphère agissent sur l'enfant comme sur la mère, ou même agissent parfois sur une élève sage-femme, qui a ses règles au moment où elle séjourne dans une salle de femmes en couches atteintes de septicémie puerpérale. C'est ce qui fait qu'on doit séparer un enfant de sa mère lorsque celle-ci est atteinte de fièvre puerpérale.

Lors donc que, sous cette influence, l'enfant a un érysipèle et qu'il guérit en ayant ensuite des abcès sous-cutanés multiples, on est en droit de les rapporter à la diathèse puerpérale et à une septicémie communiquée par la mère. La formation des abcès est la conséquence : soit de l'élimination du poison morbide, soit d'infarctus capillaires se terminant par suppuration. Je ne me prononce pas entre ces deux hypothèses qui se présentent à mon esprit, mais il est impossible de ne pas les formuler, car elles représentent l'idée qu'on doit se faire de la maladie.

Quoi qu'il en soit, de petits noyaux se forment sous la peau, qui rougit et devient douloureuse. D'abord durs, ces noyaux se ramollissent et deviennent fluctuants, la peau rougit davantage et s'amincit, puis l'abcès s'ouvre si l'on n'a pas la précaution, pour éviter des décollements inutiles et dangereux, de les ouvrir par le bistouri.

Chez les enfants, au contraire, qui ont la syphilis constitutionnelle héréditaire, la marche est différente. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois que se présentent les abcès.

Les enfants ont eu, six semaines ou deux mois après la naissance, soit de la roséole, soit des syphilides pustuleuses à l'anus et à la vulve, soit des fissures ou toute autre manifestation de la syphilis constitutionnelle. Après guérison de ces accidents, la peau paraissant saine, il se montre dans la couche sous-cutanée de petits nodules durs qui grossissent et semblent un peu mobiles. Ce sont des *gommes syphilitiques*. Ces nodules se ramollissent, deviennent fluctuants; leur surface rougit; la peau s'amincit, s'ulcère et donne passage à une petite quantité de pus jaunâtre, mêlé de sang. Après l'évacuation du pus, l'ouverture reste fistuleuse et livide, suinte pendant quelque temps et se ferme. Si l'abcès siége sur un os, comme le temporal ou les pariétaux, le périoste se détruit, et on sent l'os dénudé dans une plus ou moins grande étendue. Alors la plaie est plus longue à se fermer, et elle suppure jusqu'à ce que l'os se soit exfolié et réparé.

La troisième variété des abcès sous-cutanés multiples, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, dépend de la scrofule. Celle-ci s'observe également dans la seconde enfance comme accident secondaire du scrofulisme; mais dans la première année elles sont très-rares. Ce sont *des gommes scrofuleuses.*

Il y a là un antécédent de scrofule ou de lymphatisme à rechercher dans les parents. Mais qu'on l'avoue ou qu'on le dissimule, il est difficile de ne pas l'admettre.

Quoi qu'il en soit, chez les enfants à la mamelle atteints d'abcès sous-cutanés multiples sous la dépendance de la scrofule, la maladie ne se montre que vers l'âge de huit à quinze mois, beaucoup plus tardivement que dans la production des gommes syphilitiques.

Le mal commence par des nodules sous-cutanés, indolents, d'abord très-petits, et qui s'accroissent lentement. Ils sont disséminés en plus ou moins grand nombre sur le tronc, sur les membres et quelquefois même au visage, sur la joue et autour de l'œil, ce qui est très-grave relativement aux cicatrices consécutives. Après être restés stationnaires, ils augmentent de volume, se ramollissent, deviennent fluctuants, s'ouvrent au dehors en laissant écouler du pus verdâtre, épais, et en formant une fistule cutanée, dont l'orifice est rougeâtre, livide. Cette fistule dure plusieurs mois et se ferme en laissant une cicatrice déprimée, indélébile, restant colorée pendant longtemps et ne reprenant la couleur naturelle de la peau que beaucoup plus tard. Parfois, lorsque ces abcès existent sous la paupière inférieure et supérieure, il en résulte des dépressions cicatricielles horribles, quelquefois suivies d'ectropion incurable.

Dans quelques cas, la nature de ces abcès multiples, à forme scrofuleuse, est incertaine; c'est lorsqu'on trouve réunis chez les parents la diathèse scrofuleuse et syphilitique. Alors, bien que l'enfant n'ait pas eu précédemment des signes de syphilis constitutionnelle, on peut se demander si cette diathèse dégénérée n'est pas une origine de scrofule chez l'enfant, et si, comme on l'a dit, la syphilis des parents ne peut pas produire le scrofulisme chez les enfants. A ces questions, il n'y a pas de réponse possible à faire. Ce sont des doutes à exprimer, mais rien de plus.

Le traitement des abcès multiples du tissu cellulaire, chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, change selon la cause qui leur a donné naissance.

Dans le cas d'abcès puerpéraux dont la marche est assez aiguë, et qui arrivent rapidement à la suppuration, il n'y a qu'à les couvrir de catasplasmes de farine de lin et à les ouvrir dès qu'il y a fluctuation de pus.

Si les abcès résultent de gommes syphilitiques, avant leur maturité, tant qu'ils sont durs, à l'état de gomme, on doit les couvrir matin et soir de la pommade suivante :

Axonge. . . . . . . 30 grammes.
Iodure de plomb. . . . 3 —

Mêlez;

et à l'intérieur, donner matin et soir une cuillerée à café du sirop suivant :

Sirop simple. . . . . 150 grammes.
Iodure de potassium. . . 5 —

Quand les abcès se rattachent au scrofulisme, il faut les combattre dans leur première période de dureté par les pommades suivantes, soit :

Axonge. . . . . . . 30 grammes.
Iodure de plomb. . . . 3 —

Mêlez;

Soit par cette autre :

Axonge. . . . . . . 30 grammes.
Iodure de potassium. . . 3 —

Mêlez;

et à l'intérieur, prescrire l'huile de morue additionnée de vieux cognac, — soit l'arséniate de soude, 5 à 10 centigrammes par jour — soit le vin de quinquina; soit le chlorure de sodium, 1 à 2 grammes par jour, soit enfin les bains salés, les bains de mer, les bains de Salies de Béarn, les bains de Lavey; les bains de Kreuznack, etc.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

VII

Les cas de Tillanus et de Rigeu sont les mieux connus et ceux qu'on cite le plus généralement comme preuve de cette proposition, que les anévrysmes de la crosse de l'aorte peuvent, quelquefois du moins, être enrayés dans leurs progrès par la ligature de la carotide gauche.

Voici ce que Velpeau (*Nouv. Élém. de méd.*, op. 2e, éd. 1839, vol. II, p. 243 et 244) dit à leur sujet : « Il semblerait à *priori* que la ligature dans la région hyoïdienne, pourrait suffire dans tous les cas dans lesquels l'anévrysme n'affecte que la carotide; mais qu'il serait nécessaire d'y joindre la ligature de la sous-clavière quand le tronc brachio-céphalique est lui-même atteint. Cependant M. Kerst d'Utrecht, m'a communiqué deux faits qui, avec ceux d'Evans et de Montgomery, prouvent d'une manière incontestable, que la ligature de la carotide seule peut arrêter les progrès non-seulement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique, mais encore de ceux de la crosse de l'aorte.

« On reçut à l'hôpital civil d'Amsterdam, un homme ayant un anévrysme qui faisait saillie au-dessus du sternum. M. Tillanus, croyant avoir affaire à un anévrysme de la carotide gauche, lia cette artère dans un point élevé. Le malade guérit. Cinq mois après il mourut subitement. L'anévrysme, qui affectait la crosse de l'aorte elle-même, était complétement rempli par un caillot de couleur blanche. On conserve la préparation dans le musée pathologique d'Amsterdam.

« Dans l'autre cas, l'anévrysme fit son apparition dans le même point et il était sur le point de se rompre. Croyant également, dans cette circonstance, avoir affaire à un anévrysme de la carotide gauche, M. Rigeu (d'Amsterdam), lia cette artère quelques pouces plus haut, le 21 février 1829. Les symptômes graves disparurent et la tumeur diminua beaucoup de volume. Le 9 mai de l'année suivante, il fallut opérer cet homme pour une hernie étranglée; mais il mourut le 13 juin avec des symptômes de spasme ou d'asthme. L'autopsie montra que l'anévrysme affectait la crosse de l'aorte entre la carotide gauche et l'innominée. Comme dans le cas de M. Tillanus, il était rempli de caillots blancs, et son volume était considérablement diminué. »

Après avoir rapporté les deux faits de Tillanus et de Rigeu, Velpeau poursuit : « Nous croyons donc, d'après cela, que la ligature de la carotide d'après la méthode de Brasdor mérite d'être essayée même dans les cas où l'anévrysme paraît se continuer jusqu'à l'aorte. Mais, cependant, je ne suis pas encore parfaitement certain que les chances de succès ne soient pas notablement augmentées par la ligature simultanée ou consécutive de la sous-clavière; il reste seulement le doute de savoir si la mammaire interne, la vertébrale, la thyroïdienne inférieure, etc., ne continueraient pas à entretenir la circulation à la racine de ce vaisseau, et n'annuleraient pas ainsi tous les effets de la ligature sur le sac anévrysmal. »

M. Guthrie a cité avec tous ses détails et en le commentant le cas de Montgomery, et il s'en sert comme d'un autre argument, en y ajoutant celui d'Évans, pour prouver que si la ligature périphérique amène la guérison, ce n'est qu'en provoquant l'inflammation du sac. Il est singulier que les deux cas d'Évans et de Montgomery soient, à l'exception de celui de Hutton, sur un total de vingt-neuf opérations, les deux seuls cas connus de Guthrie dans lesquels cette circonstance se soit montrée. Tant il est dangereux de conclure d'une manière générale d'après un ou deux faits! Quoi qu'on puisse penser du cas de Montgomery, il n'en est pas moins vrai que l'opération fut suivie d'une grande diminution dans le volume de la tumeur.

Chez le malade de Pirogoff qui survécut, l'opération fut suivie d'un amendement considérable de la dyspnée dont il était incommodé, et d'une certaine diminution de la tension des pulsations de la tumeur. Au bout d'environ dix semaines, le malade quitta l'hôpital fort soulagé. On ne peut douter que, dans ce cas, comme dans celui de M. S. Lane, la portion carotidienne du sac ne se soit consolidée et que les progrès de la tumeur n'aient été par là arrêtés pour un temps.

Le cas de M. Lane est ordinairement cité comme un cas d'anévrysme de la carotide gauche, parce que la portion aortique du sac n'était pas perceptible avant l'opération, et on diagnostiqua donc un anévrysme de la carotide. Mais les détails donnés dans la dernière édition du *Dictionnaire de chirurgie* de Cooper (vol. I, p. 215) ne laissent plus de place au doute. Malheureusement la préparation a été perdue; mais la description de l'autopsie faite par M. Lane établit positivement que le malade mourut le soixante-huitième jour après l'opération, par suite de l'accroissement de la partie inférieure ou aortique du sac et de sa rupture dans le poumon gauche, tandis que la partie supérieure ou carotidienne était complétement consolidée. L'aorte n'était pas dilatée elle-même, mais l'embouchure de la carotide l'était; il est évident que c'est l'entrée de ce volume considérable de sang venant de l'aorte dans le sac qui a empêché la consolidation de sa partie inférieure et le succès complet de l'opération.

Le cas de M. Heath est le dernier dans lequel l'opération ait été faite. L'observation n'est pas encore complète, mais ce que l'on en connaît justifie pleinement la marche adoptée. L'opération amena un soulagement considérable et immédiat sans aucun symptôme incommode. Comme le malade se trouve

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 juillet.

être en ville, je lui ai demandé, avec l'assentiment bienveillant de M. Cockle, de se tenir ici à notre disposition pour que tous ceux d'entre vous qui désireront l'examiner puissent s'assurer par la bouche du malade lui-même, de la réalité de l'amélioration que l'opération a produit. Le sujet peut aujourd'hui faire à pied quatorze milles en un jour, et il se trouve parfaitement bien. Le côté gauche de la poitrine est tout à fait plat. On sent la tumeur battre dans le creux sus-sternal, et la paroi thoracique droite fait en avant une légère saillie, mais la maladie est en pleine voie de rétrocession. Le malade est un un homme de quarante-huit ans, domestique de ferme dans le Cambridgeshire, d'où il est venu se confier aux soins de M. Cockle en janvier 1872.

Depuis quatre ou cinq ans, il éprouvait une douleur dans le côté droit de la tête, du cou, de l'épaule et de la poitrine, et il resta deux mois à l'hôpital d'Addenbrooke, sans être soulagé. Après Noël de 1871, il dut abandonner son travail par suite de l'augmentation de la douleur dans l'épaule et le cou. Il présentait des signes marqués d'anévrysme de la portion ascendante et de la portion horizontale de la crosse de l'aorte. L'articulation sterno-claviculaire droite était déplacée, avec projection de la partie droite et supérieure du sternum; le creux sus-sternal était rempli par une tumeur pulsatile. Il y avait sur toute la surface de la tumeur un mouvement intense de soulèvement et d'expansion; et, de plus, une matité marquée. On n'entendait aucun bruit, mais on sentait un double bruit de choc. Le bruit respiratoire était faible ou nul dans la partie supérieure du poumon droit. Les bruits du cœur étaient obscurs ou voilés, mais sans souffle appréciable. Il n'y avait ni toux ni gêne de la déglutition. Le pouls radial gauche était manifestement plus faible que son congénère; la pupille gauche était très-dilatée, et l'œil gauche très-congestionné. Sous l'influence de l'exercice, il éprouvait de la gêne de la respiration, des palpitations et de la douleur. M. Heath lia la carotide gauche au-dessus de l'omo-hyoïdien, le 28 février 1872. Il employa le fil de boyau de chat pour la ligature, et la plaie fut recouverte avec de l'ouate. Il n'y eut pas de troubles généraux. Au bout de quarante-huit heures, le malade pouvait se coucher et dormir sur le côté droit, ce qu'il ne pouvait pas faire auparavant. La pupille gauche reprit son diamètre normal et la congestion de l'œil disparut.

Le huitième jour, quand on leva le pansement pour la première fois, on trouva la plaie complétement réunie par première intention. Depuis l'opération, l'état du malade s'est amélioré sous tous les rapports, la poitrine s'est aplatie, et le mouvement de soulèvement a grandement diminué. Il n'éprouvait ni douleur ni gêne.

Notre table se termine par deux cas, dans lesquels la sous-clavière a été liée au niveau de la troisième portion pour anévrysme de l'innominée. Le premier est le cas bien connu de M[me] D..., opérée par Wardrop. La malade présentait des symptômes évidents d'anévrysme de l'innominée, et elle éprouvait un sentiment fort pénible de suffocation imminente.

Le pouls des branches de la carotide droite était imperceptible, et on pensait qu'il n'y avait pas de pulsations dans le tronc de cette artère, bien que, sous ce rapport, l'observation soit moins affirmative. Supposant donc la carotide obstruée, M. Wardrop pensa bien faire en liant la sous-clavière dans sa troisième portion, le 6 juillet 1827. « Il y eut une amélioration immédiate dans l'état de la respiration, qui devint libre et tranquille, et ce changement fut d'autant plus frappant que, pendant les vingt-quatre heures précédentes, elle avait beaucoup souffert d'une dyspnée très-forte... Les sensations particulières qu'elle éprouvait dans la tête disparurent également. » Les pulsations de la tumeur parurent diminuées, bien que son volume fut resté le même. Le neuvième jour, on put percevoir des pulsations dans la carotide et l'artère temporale, ce que Wardrop attribua à la diminution de volume de la tumeur et à la diminution consécutive de la compression de ce vaisseau. La ligature tomba le vingt-deuxième jour, la tumeur étant alors « très-diminuée de volume ». Dans la suite, il lui resta à peine trace de sa maladie antérieure, à ce point qu'un chirurgien qui la vit à la fin d'août déclara que s'il n'avait pas su l'histoire des faits, il ne lui eut pas été possible de reconnaître qu'il avait existé un anévrysme. A la fin de l'année, elle eut une bronchite grave, et elle fut traitée vigoureusement par la méthode antiphlogistique.

En 1828 (août), M. Wardrop écrit sur ce fait la note suivante : « Il est important de remarquer que, depuis le commencement où j'ai donné mes soins à cette malade, elle a, jusqu'à présent, été saignée plus de cinquante fois, et qu'on lui a rarement tiré moins d'une pinte de sang et souvent le double de cette quantité. Depuis la ligature, elle a été réduite à environ une once de nourriture solide par jour et douze onces de liquide. Souvent, à la vérité, elle a pris une petite quantité de pain et de beurre, et à l'occasion, un peu de fruit. Il n'y a pas maintenant de tumeur perceptible au siége de l'anévrysme, mais on sent une induration, qui résulte de la condensation de la tumeur. Elle a eu un œdème passager des pieds, mais il a disparu, et elle fait tous les jours de l'exercice au grand air. » La malade survécut jusqu'au 13 septembre 1829, époque à laquelle elle mourut d'hydropisie; avant sa mort, l'anévrysme s'était élargi, dépassant le sternum jusqu'à la racine de la carotide droite. Wardrop proposa de lier la carotide droite, mais il en fut apparemment dissuadé par quelques consultants qui croyaient à une erreur de diagnostic. Cependant l'autopsie prouva qu'on avait affaire à un anévrysme de l'innominée. « Les portions claviculaire et trachéenne du sac étaient remplies par un caillot solide, la cavité de l'anévrysme était limitée par la division en portion sternale et portion trachéenne et avaient environ le volume d'une noix. Les couches de caillot étaient remarquablement solides, d'une couleur pâle, devenant plus molles et plus foncées à mesure qu'elles se rapprochaient de l'intérieur de la cavité. » L'aorte était saine.

Il ne semble pas possible ici de nier que la malade n'ait retiré un grand avantage de l'opération, bien qu'il ne faille pas perdre de vue les effets possibles des déplétions vigoureuses qui ont précédé et suivi l'opération. Il est fort à regretter que la carotide n'ait pas été liée, car l'autopsie semble avoir prouvé que la portion du sac correspondant à la sous-clavière était oblitérée; et, si la malade eût survécu à la ligature de la carotide, on eût pu espérer la guérison définitive de l'anévrysme, comme dans le cas de M. Fearn. Il est également très-regrettable que M. Wardrop n'ait pas mis à exécution le projet qu'il indiquait dans son observation, d'offrir cette précieuse préparation au musée de ce collége.

Le seul autre cas dans lequel la sous-clavière a été liée du côté de la périphérie, pour anévrysme de l'innominée, est celui de Broca, dont on trouvera tous les détails dans le *System of surgery* et dont il suffira de dire que l'amélioration due à l'opération fut très-marquée, et que le malade mourut d'une affection complétement étrangère à l'anévrysme.

Il y a bien encore un cas de Laugier (*Lancet*, 1834-5, vol. 1, p. 891), dans lequel il lia l'axillaire pour un anévrysme de l'innominée; mais je ne pense pas qu'aucun chirurgien soit aujourd'hui tenté de suivre cet exemple. C'est un cas fort inté-

ressant en ce que la carotide était oblitérée et la sous-clavière saine. Le patient mourut de toux et de dyspnée, et après la mort on trouva les vertèbres malades dans une grande étendue. Autant que nous en puissions juger par l'observation, il est possible qu'une ligature placée sur la sous-clavière à une période moins avancée, alors que les vertèbres n'étaient pas encore endommagées, eut pu être efficace.

REMARQUES SUR L'EMPLOI ET LE CHOIX DES ANESTHÉSIQUES EN CHIRURGIE DENTAIRE (1)

Par M. Moreau-Marmont.

II

Nous savons bien que l'on a nié l'exactitude de ces chiffres; mais, que ne niera-t-on pas, par l'esprit de système? Eh bien soit! laissons la statistique de côté. Quel est le médecin qui n'a entendu parler ou lu la relation des sinistres trop nombreux dus à l'inhalation du chloroforme? Comment donc ne connaîtrait-il pas ceux causés par le protoxyde d'azote? En admettant même que les personnes responsables eussent intérêt à ne pas les publier, le bruit qui se fait autour de ces événements tragiques, ne suffit-il donc pas à les faire connaître? L'opinion publique, du reste, a jugé la question, et il est de notoriété, aujourd'hui, que le chloroforme est un anesthésique beaucoup plus dangereux que le gaz hilariant. Aussi, la plus grande partie des malades qui repoussent avec effroi le chloroforme, acceptent et demandent même le protoxyde d'azote. Certainement, ce gaz produit des phénomènes asphyxiques qui ont beaucoup effrayé, mais à tort, selon nous, car on est toujours maître de les modérer et de s'arrêter à temps. Il n'en est pas de même des phénomènes qui se produisent du côté du cœur ou de l'encéphale, et qui sont propres au chloroforme et à ses succédanés.

Il y aurait deux processus anesthésiques : l'un par effet toxique sur les centres nerveux, ayant pour agent le chloroforme, l'éther, etc.; l'autre par asphyxie, c'est-à-dire par diminution de la proportion d'oxygène du sang. Il résulte des travaux de MM. P. Bert, Budin et Coyne, que lorsque l'analyse du sang ne donne plus que 3 ou 2 volumes pour 100, les animaux peuvent être piqués ou pincés sans manifester aucune douleur. C'est la période anesthésique de l'asphyxie. Si l'on prolonge l'expérience, l'insensibilité persiste et il survient un nouveau signe, sur lequel M. Bert insiste : c'est la dilatation de la pupille. A ce moment, l'analyse du sang ne donne plus que 2 à 1 volume d'oxygène. Enfin, lorsque la proportion d'oxygène est descendue à 1 volume ou 0,5 pour 100, les animaux succombent. On voit, par ce qui précède, à quel degré extrême il faut arriver pour produire la mort et que l'insensibilité est un des phénomènes qui se montrent au début. Or, le protoxyde d'azote, employé pur, n'est pas toxique. A la vérité, il est impropre à la respiration, et il asphyxie, mais il n'empoisonne pas, et le malade n'est pas plutôt soustrait à son influence, qu'il reprend connaissance.

Le chloroforme, que l'on a soin d'administrer mélangé d'air n'asphyxie pas; mais, c'est un poison terrible, pour lequel il est impossible de connaître la tolérance de chaque sujet, et il tue, sans asphyxier, mais il tue, et quelquefois d'une façon foudroyante, dès les premières inspirations, sans qu'il soit possible d'apporter le moindre secours au malade.

Qu'observe-t-on, dans la pratique, pour le protoxyde d'azote? A peine a-t-on retiré l'embouchure, que le malade perd sa teinte cyanotique et revient à la vie, si rapidement qu'il faut se hâter d'opérer. Puis, au bout de quelques minutes, il est complétement remis et peut se livrer, comme de coutume, aux différents actes de la vie. Jamais de malaises sérieux, jamais de vomissements, de céphalalgie, etc. A peine de temps en temps un peu de lourdeur de tête passagère. Il se produit quelquefois pendant le sommeil des mouvements nerveux, sans importance. Quant à la respiration stertoreuse, on sait qu'avec cet agent, elle n'a rien d'inquiétant, et qu'elle indique seulement le commencement du sommeil anesthésique.

Pour le chloroforme, la scène change, et tout le temps de son emploi, le chirurgien est en proie à l'inquiétude. Comment en serait-il autrement? La cyanose, cependant, ne se produit pas. Mais la pâleur de la face, la respiration stertoreuse, la faiblesse du pouls, la modification des inspirations, les vomissements et surtout la syncope, sont autant de phénomènes graves qui préoccupent grandement l'opérateur. Enfin le sujet a repris connaissance, mais, sans insister sur les accidents tardifs (1), rares, il est vrai, tout le monde connaît les malaises qui poursuivent l'anesthésié longtemps après son réveil, tels que nausées, céphalalgie, somnolence, vertiges, etc. Tout ce qui vient d'être dit du chloroforme est applicable à l'éther, mais à un moins haut degré; toutefois, l'on doit considérer ce dernier comme beaucoup plus dangereux encore que le protoxyde d'azote. Notons, pour être juste, qu'avec le gaz hilariant on sera plus exposé à rencontrer des sujets réfractaires qu'avec le chloroforme ou l'éther. Cependant, après l'avoir administré plus de trois cents fois, ce cas ne s'est présenté pour nous que sur deux sujets. Nous croyons donc être fondé à penser que c'est là un léger inconvénient.

Nous basant sur ce qui précède, nous avons rejeté, depuis bien des années, dans notre pratique, l'usage de tout autre anesthésique que le gaz protoxyde d'azote, chimiquement pur; encore en avons-nous limité l'emploi aux cas que nous avons cités plus haut, étant en général, comme nous l'avons dit, peu partisan de l'anesthésie appliquée aux opérations qui se pratiquent dans la bouche.

Mais, qu'il nous soit permis de formuler bien humblement le vœu de voir accepter par tous les chirurgiens le protoxyde d'azote, au moins pour les opérations de courte durée et, certes, ce sont les plus fréquentes. Qui empêcherait de ranger dans cette catégorie, les amputations et les résections mêmes, pratiquées sur les membres, quand on sait avec quelle habileté opèrent aujourd'hui nos chirurgiens. Assurément, le protoxyde d'azote est moins commode et plus dispendieux que le chloroforme; mais ce sont là de bien mesquines questions quand la vie humaine est en jeu, et nous sommes bien certain qu'il faut chercher ailleurs la cause de son peu de faveur jusqu'ici. Du reste, au moyen des nouveaux appareils et des procédés de compression, qui permettent d'enfermer 450 litres de gaz hilariant dans une bouteille de fer de la contenance d'un litre, le transport et l'administration en ont été grandement simplifiés.

En résumé, si le protoxyde d'azote a quelques légers inconvénients, que n'ont ni l'éther ni le chloroforme, soit dans la moins grande commodité de son emploi, soit dans l'insuffisance de ses effets pour quelques cas isolés, ses avantages, et notamment la garantie de sécurité, sont tellement frappants, que nous n'hésitons pas à penser que son plus grand tort en France consiste à ne pas être assez connu, assez vulgarisé. Aussi lui prédisons-nous une grande faveur dans l'avenir.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 juillet.

(1) Rochet, thèse inaugurale. Paris, 1870.

Pauvre Horace Wells, inventeur si longtemps méconnu de l'anesthésie! Ces discussions nous amènent bien loin de l'accueil si malveillant qui lui fut fait, en 1845, par les médecins de Boston, lorsqu'il leur présenta sa précieuse découverte. Pouvait-on prévoir alors que ces mêmes compatriotes élèveraient un jour une statue à l'homme, qui finit si misérablement après avoir doté l'humanité d'un des plus grands bienfaits?

PROPRIÉTÉS TOXIQUES DE LA GLYCÉRINE

Par MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé.

M. Dujardin-Beaumetz a entrepris avec M. Audigé une série d'expériences, comparables à celles qu'il a déjà entreprises sur les alcools, sur les propriétés toxiques de la glycérine. Ces expériences peuvent ainsi se résumer : lorsqu'on introduit sous la peau des chiens une dose de glycérine chimiquement pure qui dépasse 8 grammes, on détermine, dans un laps de temps plus ou moins court, des accidents mortels, et la rapidité de ces derniers est en rapport direct avec la dose administrée. Ainsi avec 8 gr 50, la mort ne survient qu'au bout de vingt-quatre heures; avec 10 ou 12 grammes, elle survient en quinze ou vingt heures; avec 14 grammes et plus, elle arrive en moins de trois ou quatre heures. Les accidents que l'on observe chez les animaux ainsi empoisonnés sont les suivants : après peu de temps, l'animal est agité, manifeste des souffrances par ses cris; après quelques heures, il devient triste, inquiet, va et vient la tête basse; il urine du sang, il vomit. A une période plus avancée, il se produit de la sécheresse des muqueuses; la soif est ardente; à ce moment, la température commence à baisser; puis des troubles se produisent du côté du système moteur; l'animal marche avec difficulté; il reste étendu, somnolent et indifférent à tout ce qui l'entoure; la température s'abaisse de plus en plus, la respiration diminue de fréquence, le pouls devient faible et le chien succombe.

Dans cet ensemble de symptômes, auxquels on pourrait donner le nom de *glycérisme*, il est quelques points sur lesquels insiste M. Dujardin-Beaumetz, en les comparant avec ce qui se produit dans les empoisonnements par les alcools mono-atomiques. L'abaissement de la température suit une marche différente de celle qu'on observe dans l'alcoolisme aigu. Dans ce dernier cas, c'est immédiatement après une courte période de réaction que survient l'abaissement, qui va graduellement en augmentant jusqu'à la mort, tandis que, dans le glycérisme, la période de réaction fait complétement défaut, la température reste invariable dans toute la première partie de la scène toxique et ne commence à s'abaisser que dans une période avancée de l'empoisonnement, sans jamais atteindre les chiffres que l'on observe avec les alcools par fermentation, chiffres qui peuvent représenter la moitié de la température initiale.

Quant aux phénomènes moteurs, la résolution est beaucoup moins prononcée chez les animaux intoxiqués par la glycérine que chez ceux soumis aux alcools; elle ne se manifeste qu'aux périodes avancées de l'intoxication. Les convulsions, qui font défaut lorsque la dose de glycérine est faible (8 à 10 grammes), se produisent au-delà de 14 grammes. Elles prennent alors un caractère particulier, qui les rapproche des phénomènes convulsifs déterminés par la strychnine, c'est-à-dire qu'elles sont tétaniques, et que le moindre attouchement amène l'explosion des crises convulsives. Avec des doses aussi considérables (14 à 15 grammes), la température, au lieu de s'abaisser, s'élève.

Dans l'alcoolisme aigu, la période comateuse est des plus accusées; avec la glycérine, au contraire, le coma n'apparaît qu'aux phases ultimes de l'empoisonnement.

L'hématurie, qui s'observe dès le début du glycérisme, s'observe également dans l'alcoolisme aigu.

L'examen nécroscopique des animaux qui succombent au glycérisme, sont les suivants : le foie est d'un brun rougeâtre; fortement hyperémié; son tissu est le siége d'une désorganisation profonde; la muqueuse intestinale est aussi congestionnée; des hémorrhagies existent à sa surface.

Les mêmes phénomènes se retrouvent, au même degré, dans les reins. Les poumons sont gorgés de sang, mais ne présentent pas de noyaux apoplectiques, le cœur est distendu et ses cavités sont remplies de caillots. Le sang est épais et noirâtre. Ces désordres sont les mêmes dans l'alcoolisme aigu et dans le glycérisme. Aussi M. Beaumetz est-il porté à rapprocher, dans une certaine mesure, l'action toxique de la glycérine de celle des alcools; c'est-à-dire qu'il pense que cette substance agit primitivement et directement sur le sang et sur l'axe cérébro-spinal.

Les lésions observées dépendent toutes de l'élimination de la glycérine, qui a, comme l'alcool, une action élective sur le foie et sur l'intestin.

Les analogies constatées par MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé entre l'action toxique des alcools mono-atomiques et celle des alcools triatomiques mériteraient d'être poursuivies plus loin, et il serait intéressant de savoir si les mêmes différences, constatées entre les alcools propylique, butylique et amylique, se retrouvent dans le groupe des glycérines.

En résumé, si la glycérine possède des vertus thérapeutiques, elle jouit aussi de propriétés toxiques; comme l'alcool, elle peut être un médicament ou un poison selon la dose et les circonstances selon lesquelles elle est administrée. Ainsi, toutes les fois que la glycérine sera prescrite à l'intérieur et que la médication sera prolongée, il faudra songer aux inconvénients qui peuvent en résulter.

Ces réflexions s'appliquent plus particulièrement au traitement du diabète par la glycérine.

M. Dujardin-Beaumetz termine par les conclusions suivantes :

1° La glycérine, chimiquement pure, détermine chez le chien en vingt-quatre heures, lorsqu'elle est introduite sous la peau, des accidents toxiques mortels à la dose de 8 à 10 grammes par kilogramme du poids du corps.

2° L'ensemble des accidents toxiques (glycérisme aigu) est comparable dans de certaines limites à ceux de l'alcoolisme aigu.

3° Les lésions nécroscopiques dans le glycérisme sont analogues à celles de l'alcoolisme, ce qui porte à penser que leur action toxique est à peu près la même.

4° Au point de vue thérapeutique, il n'est donc pas sans danger d'introduire dans l'économie de trop grandes quantités de glycérine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1876. — Présidence de M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LES MALADIES RÉGNANTES

Diphthérie, contagion dans les hôpitaux, nécessité absolue de l'isolement des enfants atteints de cette maladie. — M. Ernest Besnier donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

Nous extrayons de ce rapport le passage suivant, relatif aux maladies contagieuses dans les hôpitaux et particulièrement à la diphthérie :

« Les affections diphthériques du pharynx, du larynx et des bronches, ont conservé dans les hôpitaux de l'enfance, une malignité inexorable. Leur mortalité s'accroît malgré les progrès généraux de la thérapeutique, et la multiplication des soins qui sont prodigués aux enfants. Aucune méthode de traitement plus efficace ne surgit, et les malheureux enfants infestés par le poison diphthérique vrai sont marqués d'avance pour une mort presque certaine.

Aux premiers moments encore peu éloignés de nous où la diphthérie prit cette fréquence et cette gravité sans cesse croissantes, on put croire que ce n'était là qu'une phase passagère, une mauvaise période à passer; la notion de la contagion de la maladie était obscurcie par les idées dominantes ou dénaturées par des expérimentations imparfaites. Aussi ne songeait-on pas à prendre de mesure de prophylaxie nosocomiale, alors que, par une véritable inconséquence, on ne manquait pas d'isoler activement, dans la pratique civile, les enfants atteints. Aujourd'hui, en présence de

cette horrible mortalité devant laquelle nous restons à peu près impuissants, en présence de cette contagion que nous déclarons imminente pour tous les enfants couchés dans la même salle, certaine pour un grand nombre, mortelle pour tous ceux qu'elle frappe dans ces conditions, a-t-on du moins écouté nos avis répétés jusqu'à satiété, et pris quelques mesures pour soustraire à cet effroyable danger les malheureux petits êtres qui sont apportés dans les salles pour les maladies diverses? Non. A Paris, en l'année 1876, on place encore dans les salles communes des enfants malades, des sujets atteints de diphthérie, affection contagieuse, surtout d'enfant à enfant et dont la mortalité est de 80 pour 100. Cela est déplorable à constater, triste à écrire ; mais c'est pour nous tous un devoir, auquel nous nous sommes depuis longtemps attachés, de montrer au grand jour ces faits lamentables, jusqu'à ce que nous ayons fait obtenir gain de cause aux malheureux que les nécessités de la vie amènent à l'hôpital. C'est en outre, pour nous, un droit de dégager de ces faits notre responsabilité d'une manière directe, complète, absolue. On nous dit que nos confrères, nombreux dans le parlement, se sont réunis en un groupe particulier, pour étudier les questions de médecine populaire et faire concourir le mouvement politique de notre époque au bien-être de l'humanité souffrante. Si cela est vrai, jamais occasion plus magnifique ne leur sera offerte de concourir aux progrès de la médecine, dont le rôle premier consiste dans la prophylaxie des maladies, en réalisant enfin la mesure générale de l'isolement des affections contagieuses. Jamais occasion plus opportune ne leur sera présentée de témoigner de leur dévouement aux classes déshéritées, en effaçant pour toujours ce danger et cette souillure de nos hôpitaux.

De toutes façons, d'ailleurs, le moment est venu d'avoir recours à quelques mesures extraordinaires, car les voies ordinaires et régulières ont été dans toutes les directions poursuivies par nous avec persévérance et patience.

Écoutez les paroles de l'un de nos plus éminents collègues qui ne cesse de son côté de poursuivre, comme nous tous, comme tous les médecins de l'enfance surtout, cette pratique comdamnée de la promiscuité des affections communes et des affections contagieuses dans les hôpitaux.

Voici ce qu'écrit M. Bergeron :

« Cette note trimestrielle ne sera pour ainsi dire qu'une lamentation sur la diphthérie dont la gravité semble s'être accrue depuis trois mois, et qui indépendamment, des malades venus du dehors, en a enlevé quatre qui étaient dans le service pour des affections très-diverses. Ce dernier et lamentable fait nous montre que les salles d'isolement destinées aux diphthéries, dont je vous annonçais il y a tantôt deux ans la construction prochaine, n'existent encore qu'à l'état de projet. Le choix de l'emplacement, les plans, les devis, les fonds eux-mêmes sont prêts, dit-on, et cependant rien ne se fait. Pourquoi? je l'ignore, et il semble qu'aucun de ceux qui serait en position de le savoir n'est plus avancé que moi ; et cependant l'automne approche et avec lui une recrudescence probable de la terrible endémo-épidémie parisienne. »

Cette question, ajoute M. Besnier, à laquelle M. Bergeron ne peut obtenir de réponse, je l'adresse aujourd'hui publiquement à qui de droit, les termes en sont nets et précis, espérons qu'elle ne sera plus éludée. »

Relativement à la variole, M. Besnier constate de nouveau les bons résultats obtenus par l'isolement dans les hôpitaux de Paris, quelque incomplet qu'il soit.

Par contre, M. Leudet (de Rouen) fait remarquer que le nombre des cas de variole venant du dehors est toujours minime, et que celui des individus qui ont contracté la maladie dans l'hôpital est toujours élevé. Ainsi sur 16 varioleux, 3 sont venus du dehors, 13 ont contracté la maladie à l'hôpital, 6 sont morts. L'Hôtel-Dieu de Rouen continue donc à être le foyer principal de la variole dans cette ville.

M. LAILLER émet la proposition que cette partie du rapport de M. Besnier soit tirée à part, répandue avec une grande profusion et adressée aux deux chambres et au conseil municipal. Les fonds de la Société suivant M. Lailler, ne sauraient trouver un plus légitime emploi.

PRÉSENTATIONS

M. SYREDEY présente deux malades, l'une qui est atteinte de sclérodermie, l'autre d'un esthiomène vulvaire. Il communiquera ultérieurement les observations complètes de ces deux intéressantes malades.

Fièvre typhoïde sans altérations des plaques de Peyer. M. LÉPINE présente des pièces anatomiques qu'il a recueillies sur un jeune homme de vingt-quatre ans qui avait présenté l'appareil symptomatique complet de la fièvre typhoïde, la marche typique de la température, la douleur dans la fosse iliaque, le gargouillement, la diarrhée, les taches rosées lenticulaires, etc. Quatre ou cinq jours après le début de la maladie, ce malade offrit les symptômes classiques d'une perforation intestinale et mourut le lendemain.

A l'autopsie, on constata les lésions de la péritonite purulente ; la rate mesurait 15 centimètres de longueur. Les ganglions mésentériques étaient rouges et tuméfiés. Au sommet d'un diverticulum de l'intestin grêle, à 25 centimètres de la valvule, on constatait une petite perforation de 2 millimètres de diamètre. L'intestin étant ouvert, on ne trouva pas de plaques de Peyer tuméfiées; elles sont seulement très-visibles et ont l'aspect d'une barbe récemment faite. Au centre de l'une d'elles, très-voisine de la valvule, se trouve une petite ulcération peu profonde de 3 millimètres de diamètre, ayant mis à nu les fibres circulaires de l'intestin. Les follicules clos sont sains. Le diverticulum n'a pas été ouvert à l'état frais. Il est probable que l'ulcération s'est faite sur une plauqe du diverticulum. C'est donc là un cas authentique de fièvre typhoïde avec ulcération de plaques non-tuméfiées.

MM. LEREBOULLET et DUMONTPALLIER disent avoir observé des cas analogues.

Propriétés toxiques de la glycérine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

M. DESNOS fait observer que la glycérine en injections dans le tissu cellulaire sous-cutané est bien plus active qu'introduite par le tube digestif. Il ne faudrait donc pas conclure de ce qui se passe dans les expériences de M. Beaumetz à ce qui a lieu lorsque l'on administre la glycérine à l'intérieur chez l'adulte.

M. GUYOT fait remarquer que les doses de glycérine injectées par M. Beaumetz sont des doses énormes, relativement à celles qui ont pu être données chez l'homme.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond à cela que certains médecins étrangers donnent de 180 à 300 grammes de glycérine à l'intérieur, dans le traitement du diabète.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le docteur Bouchut vient de partir en Espagne, à Santander, accompagnant S. M. la reine Isabelle et les infantes, pour aller voir S. M. le roi Alphonse XII.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les secours aux blessés après la bataille de Sedan, par le docteur MERCHIE. — 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Bruxelles, H. Manceaux. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la diarrhée endémique chronique des pays chauds, ses rapports avec le foie, son traitement par le sucre de lait, par le docteur TALMY. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1876, A. Coccoz.

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1268 pages, chez Ve A. Delahaye et Ce. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion, commencée d'abord sur le spirophore de M. Woillez, s'est étendue sur un terrain beaucoup plus vaste.

M. Colin a lu un mémoire considérable sur l'asphyxie. Il s'est attaché à démontrer, par une série d'expériences sur les animaux, qu'on aurait tort de compter beaucoup sur un procédé, quel qu'il fût, de respiration artificielle, pour réveiller la vie, quand la mort apparente a duré plus de quelques minutes.

Cela peut être vrai chez les animaux; mais ce n'est certainement pas vrai dans la race humaine.

L'autorité incontestable de M. Colin en physiologie expérimentale ne saurait prévaloir contre des faits nombreux, directement observés chez l'homme. Parmi ces faits, je citerai notamment ceux que M. Faure a publiés dans les *Archives de médecine*, et ceux que j'ai moi-même observés.

Je reviendrai sur cette question, beaucoup trop vaste pour être traitée en passant.

Mais dès aujourd'hui je tiens à dire que l'on serait coupable de se décourager après les premières tentatives, quand il s'agit de ranimer un asphyxié ou un noyé.

On peut arriver au résultat le plus complet après plusieurs heures de mort apparente : j'en ai rapporté un exemple très-remarquable dans la *Gazette des Hôpitaux*, numéro du samedi 3 août 1867.

Quand au spirophore, son emploi chez l'homme vivant a été le sujet de deux discours : l'un de M. Woillez, pour le défendre, l'autre de M. Leroy de Méricourt, pour exprimer quelques légers doutes sur son utilité pratique.

Deux intéressantes communications ont occupé le reste de la séance.

M. Maurice Raynaud a lu, à l'appui de sa candidature, un travail sur des crises douloureuses, néphrétiques, qu'il a observées chez un malade atteint d'ataxie locomotrice.

M. Léon Le Fort a raconté l'histoire d'une jeune femme chez laquelle il a pratiqué un vagin artificiel par un procédé d'électrolyse tout à fait nouveau.

Il doit d'ailleurs, dans un mémoire spécial, développer les applications qu'il a faites de ce procédé.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

Sclérose latérale amyotrophique (1).

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

II

Examinons maintenant en quoi ce malade se rapproche de la maladie que je vous ai désignée sous le nom de sclérose latérale atrophique, et en quoi il en diffère.

Je dirai de suite qu'il présente un tableau assez net de cette affection et que les phénomènes que je vous ai signalés dans le membre supérieur sont, en effet, ceux qu'on observe constamment. Le premier signe que l'on constate est, en effet, la paralysie, qui habituellement commence par les membres supérieurs. L'un et l'autre sont successivement affectés et, après un temps extrêmement variable, on voit la paralysie gagner les membres inférieurs. Chez notre malade, il a fallu quatre mois pour que la paralysie envahit les quatres membres, et pendant trois mois elle est restée limitée aux supérieurs, affectant la forme d'une paralysie cervicale. Mais, dans quelque cas plus rares, on l'a vue commencer par les membres inférieurs. Tel est le cas rapporté par M. Charcot, dans lequel la paralysie se manifesta dans les membres inférieurs quinze jours après l'envahissement des membres abdominaux.

Dans quelques circonstances encore plus rares, on a vu la paralysie débuter par les muscles de la langue ou de la face. Très-peu marquée dans les premiers temps, elle va en s'accentuant, et bientôt arrive à un degré considérable. Néanmoins il est très-rare qu'elle soit complète au point d'empêcher les mouvements d'une façon absolue.

En même temps que les accidents se produisent, on voit survenir dans les muscles, soit qu'ils commencent à être envahis par les phénomènes paralytiques, soit au contraire qu'ils soient entièrement sains, des contractures qui fréquemment sont précédées de simples roideurs tout à fait passagères, lesquelles viennent se joindre à la paralysie et aggraver considérablement l'impuissance motrice. C'est ce que nous avons observé chez notre malade.

Ces roideurs sont d'abord très-peu prononcées, puis elles s'accusent davantage, et enfin elles arrivent à constituer des contractions permanentes. Celles-ci ont une durée très-variable, elles peuvent persister pendant des jours et des semaines, mais il arrive souvent qu'elle s'apaisent momentanément. Notre malade nous en offre un exemple. Il est même des cas dans

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 juillet.

lesquels ces contractures peuvent arriver à disparaître d'une façon complète, et l'on a alors une paralysie flasque.

Mais cela ne s'observe qu'à la période la plus avancée de la maladie, et dans les membres qui sont absolument atrophiés, de sorte que cette disparition des contractures est peut-être due à ce qu'elles ne peuvent plus se faire, les fibres musculaires n'existant plus, ou bien à ce que les progrès de la sclérose ont totalement envahi le segment de la moelle correspondant.

Ces phénomènes de paralysie et de contracture existent dans les quatre membres, mais habituellement les phénomènes de contracture sont bien plus marqués dans les inférieurs que dans les supérieurs. Ils ont lieu habituellement dans l'extension, quelquefois dans une flexion légère, et affectent d'une façon prédominante les adducteurs. Ces contractures s'exagèrent, en général, par toutes les excitations musculaires, soit, par les mouvements volontaires, soit par les mouvements communiqués, ou bien encore sous l'influence de la faradisation.

Dans les muscles qui sont sous le coup de ces contractures, qu'ils soient ou non en voie d'atrophie, on voit survenir habituellement des mouvements fibrillaires, comme dans l'atrophie musculaire progressive. Chez notre malade, ils ont en ce moment presque complétement disparu, mais ils étaient très-accusés, il y a quelques jours. Ils sont souvent assez prononcés pour que l'on voie se produire des contractions spasmodiques dans les membres et, particulièrement, dans les doigts.

En même temps, on voit fréquemment apparaître dans les membres contracturés des phénomènes particuliers, qu'on désigne dans leur ensemble sous le nom de paralysie spinale. Ils apparaissent surtout au membre inférieur, et consistent dans un ensemble de contractions spasmodiques qui se manifestent à l'occasion de mouvements volontaires ou communiqués. Quand elles sont très-fortes et toniques, on leur donne le nom de paralysie spinale; si, au contraire, elles sont beaucoup moins intenses, on a des trémulations qui peuvent affecter toutes les formes. Tantôt, très-légères, elles rappellent un peu le tremblement alcoolique; d'autres fois, très-accentuées, elles consistent dans les contractions cloniques de la grande attaque de l'épilepsie véritable.

Tels sont les phénomènes que l'on observe du côté du tissu musculaire des membres. Mais ils ne restent pas limités à ces derniers, et il est habituel de les voir se manifester aussi dans les muscles du tronc. De là une rigidité particulière, qui peut s'étendre également aux muscles du cou, parfois même aux muscles de la face.

Ordinairement, ce qui survient dans ceux-ci, c'est encore de la paralysie, mais qui dépend alors de l'extension de la lésion de la moelle aux noyaux du bulbe et qui se présente sous la forme de la paralysie glosso-labio-laryngée. Chez notre malade, ce phénomène commence à se produire, car il existe déjà un peu de paralysie des orbiculaires des lèvres et des paupières. Il est problable, par conséquent, que les cellules du noyau inférieur du facial sont déjà atteintes par la sclérose. Cette paralysie glosso-labio-laryngée constitue une aggravation redoutable et fatale de la maladie, car elle ne manque jamais de se produire, et c'est toujours par l'envahissement des noyaux du bulbe que les malades arrivent à la mort.

Cette paralysie du bulbe se traduit par tous les symptômes qui constituent la paralysie labio-glosso-laryngée, que je vais vous rappeler. En général, les premiers phénomènes portent sur l'orbiculaire des lèvres. Tous les mouvements qui exigent la participation de ces organes sont impossibles : le malade ne peut ni siffler, ni prononcer les labiales ; les lèvres restent inertes.

En même temps qu'on observe cette paralysie de l'orbiculaire des lèvres, il se produit, par le fait de la prédominance d'action des releveurs des commissures, un agrandissement du diamètre horizontal de la bouche, d'où résulte une sorte de rictus permanent qui donne au malade un aspect particulier, qu'on connaît sous le nom d'aspect pleurard. De plus, quand, sous l'influence d'une émotion ou de la volonté, le malade imprime quelques mouvements à ces muscles de la bouche, ceux-ci conservent pendant un certain temps la position qui leur a été communiquée, et ne reviennent que très-lentement à leur situation primitive.

En même temps, des phénomènes semblables se passent dans les muscles de la langue. C'est d'abord une simple gêne, une simple difficulté dans les mouvements : les malades commencent par la tirer avec peine ; puis les mouvements de latéralité deviennent impossibles, et enfin elle finit par rester complétement immobile et fixée d'une façon absolue sur le plancher de la bouche.

Un état pareil de la langue et des lèvres entraîne des troubles dans la déglutition, que ne tarde pas à augmenter l'extension de la paralysie au voile du palais et au pharynx. La paralysie du voile du palais est souvent très-peu accusée : et il est rare qu'elle soit assez complète pour que l'on voie survenir, dans ce cas, le rejet des boissons par les fosses nasales. Mais bientôt la déglutition devient de plus en plus gênée : pour boire, les malades sont obligés de rejeter la tête en arrière. Bientôt elle ne se fait plus du tout : les aliments solides eux-mêmes ne peuvent plus être ingérés, et l'alimentation de ces malheureux n'est plus possible désormais que par l'introduction de la sonde œsophagienne.

Un autre phénomène qui résulte encore de la paralysie des lèvres, c'est l'écoulement incessant de la salive. L'orbiculaire étant tout à fait paralysé, les mouvements de déglutition étant devenus impossibles, les malades présentent constamment un écoulement de salive au niveau des deux commissures.

Pendant ce temps, la lésion fait des progrès et envahit d'autres noyaux nerveux, celui du maxillaire inférieur, branche motrice de la cinquième paire. Il en résulte alors une gêne considérable de la mastication. A ce propos, Duchenne, de Boulogne, a remarqué que toutes les fois que le noyau de la branche motrice de la cinquième paire était affecté, cela constituait un phénomène d'une haute gravité ; que la lésion des cellules s'étendant de plus en plus, le noyau pneumogastrique ne tardait pas lui-même à être affecté, et que de cet envahissement résultaient des troubles cardiaques et respiratoires qui compromettaient d'une façon extrêmement sérieuse la vie des malades.

Les troubles de la respiration, dus à l'extension de la lésion au noyau du pneumogastrique, consistent d'abord dans un sentiment de gêne et de plénitude de la poitrine. Ailleurs c'est un sentiment de pesanteur que les malades perçoivent au niveau de la base du thorax. Bientôt surviennent des accès de dyspnée intenses avec hypersécrétion des mucosités des bronches, et production de râle dans la poitrine. Cette accumulation de mucosités dans les conduits bronchiques peut entraîner la mort des malades qui succombent alors à une asphyxie par écume bronchique.

Ailleurs, ce sont des syncopes qui se répètent de temps en temps et qui emportent le malade dès la première attaque. D'autres fois les troubles cardiaques consistent en une accéléra-

tion notable des battements de cœur qui, ici encore, déterminent une très-grande disposition à la syncope.

Pour en revenir à l'état des muscles, je dirai que l'atrophie que je vous ai signalée est habituellement limitée aux membres supérieurs, et que rarement elle affecte les inférieurs. Mais elle atteint encore très-fréquemment les muscles innervés par les noyaux du bulbe et particulièrement les muscles du larynx. Dans les cas de sclérose latérale amyotrophique où surviennent des phénomènes de paralysie glosso-labio-laryngée, on constate parfois une atrophie très-nette de la langue, qui est alors petite, ratatinée et couverte de plis à sa surface. Cette atrophie apparaît d'une manière évidente au microscope.

Dans certains cas, elle semble ne pas s'accuser d'une manière appréciable, mais cela tient à ce qu'elle n'existe qu'à un très-léger degré. Il est des faits cependant dans lesquels il semble que les muscles de la langue n'ont pas encore subi une atrophie marquée.

Cette atrophie musculaire se présente avec des conditions de similitude très-grande avec l'atrophie musculaire protopathique. En effet, comme dans cette dernière, l'atrophie affecte d'abord les muscles des éminences thénar et hypothénar, et elle peut aller jusqu'à la disparition complète des fibres musculaires. Comme dans l'atrophie musculaire progressive, la contractilité électrique est conservée, et, comme dans cette maladie encore, l'atrophie suit une marche progressive. Mais, dans la sclérose des cordons latéraux, elle est plus généralisée; elle s'accompagne toujours d'un certain degré d'hyperesthésie musculaire; et dernier caractère, les troubles qu'on observe aux membres supérieurs sont très-rapidement suivis de troubles semblables aux inférieurs.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Genu valgum.

M. Tillaux va opérer devant vous deux enfants affectés de ce vice de conformation du genou qu'on connaît vulgairement sous le nom de genou cagneux, et que nous qualifions, en chirurgie, de la dénomination de genu valgum ou de valgus du genou.

La pathogénie de cette difformité est peu connue. On ne sait pas exactement comment se produit cette singulière affection, qui consiste dans le déjettement plus ou moins considérable du pied et de la jambe en dehors, de façon que celle-ci forme avec la cuisse un angle obtus à sinus ouvert en dehors. Ce que l'on sait, c'est que le vice de conformation se manifeste quelquefois au moment de la formation des os, c'est-à-dire pendant la première ou tout au moins durant la seconde enfance. Il y a, en effet, des enfants qui, dès qu'ils commencent à marcher, ont le genou cagneux.

D'autres fois, au contraire, le genu valgum semble ne survenir que longtemps après la naissance, vers l'époque de l'adolescence, c'est-à-dire vers l'âge de quatorze ou quinze ans. Tel est le cas des deux enfants qui vont être opérés devant vous. Ils affirment, et leurs parents déclarent avec eux, qu'ils n'ont jamais boîté dans leur enfance et que le genou cagneux a commencé à se manifester pour l'un, il y a un an, et pour l'autre, il y a six mois. Il y aurait donc eu, chez eux, formation du valgus du genou vers l'âge de quatorze ou quinze ans, et cette affection constituerait ici une variété des maladies de l'adolescence.

Dans les premiers temps où l'on commença à s'occuper de ce vice de conformation, les chirurgiens avaient vu là un fait d'ostéomalacie, de rachitisme des os. Cette opinion serait admissible si le genu valgum se formait toujours pendant la première enfance, ou au moins pendant la seconde, et s'il coïncidait avec d'autres manifestations du rachitisme, la courbure des os. Mais quand on voit le valgus du genou survenir, comme ici, à la fin de la seconde enfance, chez des sujets bien portants, bien constitués, il est difficile d'admettre que cette affection soit déterminée par un ramollissement partiel de l'os, lequel se ferait du côté externe du tibia ou du fémur, et permettrait à ceux-ci de céder sous le poids du corps. Nous n'en avons la preuve par aucune manifestation anatomique.

On a beaucoup parlé encore, et Malgaigne surtout a émis cette opinion, du relâchement ou de la déchirure du ligament latéral externe de l'articulation tibio-fémorale, qui sembleraient ainsi devoir favoriser le développement du genou en dehors. Mais il serait singulier de voir survenir cette déchirure ou ce relâchement du ligament latéral sans lésion traumatique, une contusion, par exemple. D'autre part, on n'a jamais observé que l'entorse où la contusion du genou, avec déchirure du ligament, aient été suivies de genu valgum.

Enfin, on a encore invoqué, comme susceptible de produire le genou cagneux, la contraction exagérée et persistante du biceps fémoral ou des péroniers latéraux, mais ces explications ne sauraient avoir de valeur.

Pour moi, je me demande si le genu valgum ne tiendrait pas simplement à quelque vice de nutrition du cartilage épiphysaire. Il pourrait se faire que, l'épiphyse s'ossifiant la première du côté externe, l'os cessât de s'allonger en dehors, tandis que l'allongement continuerait à se faire du côté interne; mais il faudrait, pour établir la réalité du fait, des preuves anatomiques à l'appui.

On s'est beaucoup préoccupé de la thérapeutique de cette affection, et trois modes de traitement ont été signalés. Le premier consiste à laisser les malades à leur infirmité, avec laquelle la vie n'est nullement compromise. C'est certainement celui auquel j'aurais recours si j'avais affaire à une affection de ce genre chez un individu âgé de vingt-cinq ans, par exemple.

Un autre mode de traitement assez rationnel, c'est de chercher à obtenir le redressement progressif du genou au moyen de machines, d'appareils spéciaux. Ce moyen a réussi quelquefois chez des enfants; mais je n'ai pas, dans ma pratique, d'exemple témoignant qu'il ait été suivi de succès complet chez des sujets déjà âgés de quatorze à quinze ans.

Enfin, le dernier mode de traitement a été inauguré par M. Delore (de Lyon). Il consiste à redresser brusquement le genou, de manière à déterminer certaines lésions qui permettent d'obtenir ce résultat. Je laisse à M. Tillaux le soin de vous exposer ce procédé.

M. Tillaux. — Le genu valgum, consistant, ainsi que vous l'a dit M. Gosselin, dans une déviation angulaire du genou, par suite de laquelle la jambe se trouve fortement projetée en dehors, le but du chirurgien doit être, par conséquent, de ramener celle-ci dans l'axe de la cuisse. Pour cela, deux moyens sont à notre disposition.

On peut, en effet, ou bien presser directement sur le sommet de l'angle formé par la cuisse et le genou, de façon à le redresser, ou bien, se servant des condyles du fémur comme point d'appui, de la jambe comme bras de levier, et exerçant en même temps sur le genou une pression assez forte, ramener celle-ci dans la ligne droite.

M. Delore a recours au premier procédé. Il fait coucher le malade sur un lit et exerce une pression sur le sommet de l'angle. Mais l'effort ainsi produit n'est pas toujours suffisant, et il n'est pas surprenant que les résultats auxquels M. Delore soit arrivé n'aient pas toujours été très-satisfaisants.

Quant à savoir positivement ce que nous déterminons dans le genou par cette manœuvre, nous sommes assez embarrassés. Évidemment, nous arrachons quelque chose, et il est probable que ce quelque chose est l'extrémité épiphysaire du fémur ou du tibia. C'est, en effet, ce que semble attester le bruit que l'on perçoit à la fin de l'opération, bruit sourd, ayant un caractère un peu spécial, et qui n'est certainement pas celui d'une fracture osseuse. Mais est-ce l'épiphyse du fémur ou bien celle du tibia, que nous décollons de la sorte. Il est probable que c'est tantôt l'une, tantôt l'autre.

M. Delore a, en effet, présenté à la Société anatomique des pièces provenant d'un enfant qu'il avait opéré d'un valgus des deux genoux, et qui succomba quelques jours après à une pneumonie. Sur l'un des côtés, on trouva un décollement de l'épiphyse du fémur, sur l'autre, un décollement de l'épiphyse du tibia.

C'est ce décollement de l'une ou l'autre épiphyse que nous allons chercher à produire chez ces deux enfants, puis, le redressement du membre obtenu, nous le placerons dans un appareil silicaté, où nous le laisserons soixante jours, comme s'il s'agissait d'une fracture.

Quant aux suites de l'opération, elles ne sont pas à redouter, l'expérience ayant appris que le traumatisme ne produit aucune espèce d'accident ultérieur.

Les deux enfants ont été opérés après cette leçon. Chez le premier, jeune garçon de quinze ans, les malléoles étaient distantes l'une de l'autre de 15 centimètres; chez l'autre, petite fille de quatorze ans, l'écartement mesurait 21 centimètres. La réduction obtenue est complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er août 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Guidoni, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans les communes de Gelia, Calvi et Montemaggiori, du 1er décembre 1875 au 1er août 1876;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1875, dans les arrondissements de Langres, de Privas, d'Orléans, Pithiviers et Gien, de Limoges, Bellac et Saint-Yriex, de Perpignan, de Ceret et dans les départements de la Loire, de Meurthe-et-Moselle, du Pas-de-Calais et du Doubs. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Mariand, soumettant au jugement de l'Académie un nouvel instrument dit *bâillon* ou dilatateur destiné à maintenir la bouche ouverte pendant les opérations qui se pratiquent dans cette cavité.

L'instrument peut aussi être employé pour l'examen laryngoscopique.

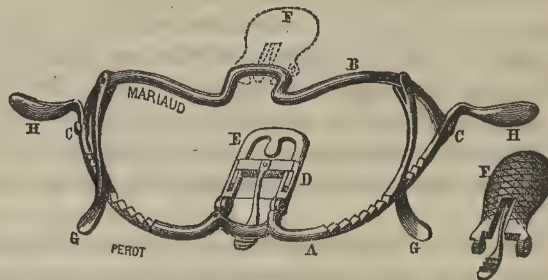
Le bâillon se compose :

De deux branches principales A B s'articulant en C C, au moyen de deux arcs-boutants et en prenant point d'appui sur les oreillons C H.

La branche A, taillée à crémaillère, est munie d'un abaisse-langue à rallonge D que l'on peut articuler à tous les degrés, pour abaisser plus ou moins la langue.

A la branche B s'ajuste à volonté une pièce métallique F quadrillée à sa surface portérieure, que j'ai ajoutée à l'instrument sur les indications de M. le professeur Trélat.

Cette pièce peut s'articuler de façon à venir s'appuyer contre la voûte palatine, afin de mieux immobiliser l'appareil, pour les personnes dépourvues de dents à la mâchoire supérieure.



L'abaisse-langue D se démonte facilement afin de ne pas gêner pour les ablations de la langue.

Le bâillon peut rendre de véritables services pour toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche, il a été employé plusieurs fois avec succès, notamment par M. le docteur Péan, à l'hôpital Saint-Louis.

LECTURE

M. MAURICE RAYNAUD, candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale, lit un travail intitulé : *Des crises néphrétiques dans l'ataxie locomotrice progressive.*

Le but de ce travail, dit l'auteur, est de faire voir qu'il peut se montrer dans le cours de l'ataxie locomotrice des accès douloureux qui, par leur siége et par leur physionomie symptomatique, présentent, avec les accès de colique néphrétique de cause calculeuse, les plus étroites analogies, et peuvent ainsi devenir l'objet d'un diagnostic des plus difficiles.

L'auteur, après avoir donné avec de longs détails l'observation du malade qui lui a inspiré ce travail, résume cette observation dans les termes suivants :

« Le trait essentiel qui ressort de cette longue observation, le symptôme capital et qui prime tous les autres, ce sont des crises douloureuses paroxystiques atteignant l'intensité la plus extrême et qui, au point de vue de la marche générale qu'elles ont affecté, peuvent se diviser en trois périodes : une première, pendant laquelle elles ont été séparées par des intervalles de santé à peu près parfaite; une seconde, où elles deviennent en quelque sorte subintrantes et où elles acquièrent plus de fréquence qu'elles ne perdent en intensité, le dépérissement de l'organisme est déjà évident; une troisième, enfin, où les crises font insensiblement place à un endolorissement profond et continu, qui se confond avec les symptômes de plus en plus dessinés de la phthisie pulmonaire. »

Les caractères de la douleur, son siége, les caractères objectifs de la crise, principalement la rétraction du testicule du côté affecté et la notable diminution des urines pendant la crise, allant quelquefois jusqu'à l'anurie complète et souvent accompagnée de ténesme vésical, ont évidemment avec ceux de la colique néphrétique de cause calculeuse, pour le moins de grandes ressemblances. Aussi l'auteur établit avec soin les caractères différentiels de la crise ataxique et de la colique néphrétique : longue durée allant parfois jusqu'à quatre, six et même huit jours sans interruption, ce qui est tout à fait sans exemple dans la colique néphrétique légitime.

La fréquence du retour des accès, qui est remarquable, fréquence qui se manifeste pendant un, deux et même jusqu'à six mois, avec une répétition incessante, inconnue, dans la colique néphrétique.

Enfin, et c'est là ce qui domine tout, dans la lithiase rénale, il y a toujours, en dehors de l'anurie, des troubles caractéristiques de la sécrétion urinaire, tels que hématurie, présence de calculs, de graviers, de sable, de pus, tous signes qui font absolument défaut dans les crises néphrétiques de l'ataxie locomotrice. D'ailleurs, il est bien entendu qu'il ne faudra jamais négliger des'enquérir des symptômes concomitants, ainsi que des commémoratifs.

Dans l'observation de M. Raynaud, la réalité du diagnostic a été

confirmée par l'examen anatomique du malade, qui a montré dans toute sa pureté la lésion type de l'ataxie locomotrice progressive, à savoir la sclérose des cordons postérieurs.

Le remarquable travail de M. Raynaud est renvoyé à la section de pathologie générale.

DISCUSSION SUR LE SPIROPHORE.

M. WOILLEZ avait annoncé dans la séance du 20 juin qu'il devait faire le lendemain une expérience sur le spirophore. Cette expérience a été faite, et il a été constaté par les nombreux médecins présents que, à chaque abaissement de levier, un litre d'air, et quelquefois plus, pénétrait dans la poitrine, et qu'une même quantité ressortait des poumons quand on relevait lentement ce même levier. Le fait expérimental est donc bien établi. Mais il a été adressé à M. Woillez, soit pendant la durée de cette expérience, soit dans la presse médicale, des observations et des critiques, auxquelles il vient répondre.

On a pensé d'abord que chez l'asphyxié soumis à l'action du spirophore, il pouvait survenir des troubles dans la circulation du sang, analogues à ceux que provoque la ventouse de Junod, et, déterminer par suite une anémie cérébrale mortelle. M. Woillez répond que le cas est tout autre. Car c'est en se précipitant dans les cavités pulmonaires ouvertes que l'air extérieur obéit à la tendance au vide, lorsqu'une rupture d'équilibre a lieu entre l'air extérieur et celui de la caisse. Il est vrai qu'il n'entre qu'environ un litre d'air dans la poitrine, alors qu'un coup de levier en fait sortir vingt litres du sphirophore; mais il ne faut pas oublier que l'occlusion n'est pas complète. La toile imperméable, maintenue autour du cou du patient par un assistant, ne s'oppose jamais assez complétement à la pénétration de l'air extérieur dans la caisse au moment de l'aspiration pour que cette aspiration ne soit pas grandement atténuée dans sa force, dès que la poitrine a été dilatée. D'ailleurs ceux qui ont essayé de cet appareil n'en ont éprouvé aucune sensation anormale ailleurs que dans la poitrine. On a également accusé l'appareil d'aspirer de l'air dans l'estomac et même dans les intestins par l'œsophage; M. Woillez croit que l'accolement des parois de l'œsophage rend la chose impossible. Si d'ailleurs on venait à constater dans la pratique que l'usage du spirophore ait des inconvénients dus à une trop grande force d'aspiration de l'appareil, l'abaissement moins complet du levier et le relâchement de la toile imperméable maintenue autour du cou y remédiraient facilement.

M. Woillez en vient ensuite à répondre à M. Depaul, qui préfère à l'application du spirophore la respiration artificielle par insufflation. D'après l'examen même des faits contenus dans le mémoire du célèbre accoucheur, il ne croit pas à l'innocuité absolue, ni à la parfaite efficacité de cette méthode. Il faut très-longtemps pour arriver ainsi à la dilatation de toutes les vésicules pulmonaires, et souvent même on n'y arrive pas. D'ailleurs, pratiquée avec grand soin par des médecins autres que M. Depaul, l'insufflation a donné lieu souvent à un emphysème interstitiel ou sous-pleural par rupture des vésicules, ce qui n'est point à craindre avec le spirophore. Aussi M. Woillez croit-il que l'inspiration avec le spirophore des nouveau-nés sera préférable à l'insufflation.

M. COLIN lit un discours qu'il résume en ces termes :

« Les expériences dont je viens de donner le résultat montrent que le temps nécessaire pour rendre mortelle l'asphyxie dans l'air et dans l'eau est plus court qu'on ne le pense généralement.

Elles font voir que l'asphyxie se produit un peu plus vite dans l'eau que dans le cas d'occlusion des voies respiratoires, que le temps nécessaire à l'accomplissement de l'asphyxie n'est pas invariable, qu'il est plus long chez le cheval, et chez les grands animaux que chez les petits.

Le cheval et le bœuf périssent après cinq à six minutes de suspension des actes respiratoires. Le chien, le chat, le lapin, après trois ou quatre minutes. Si la différence est en rapport avec la taille, l'homme doit se placer entre les grandes et les petites espèces domestiques.

Ces expériences montrent qu'au moment où cessent les actes mécaniques de la respiration et les mouvements généraux, où surviennent la résolution musculaire, la dilatation des pupilles, l'insensibilité, la mort n'est qu'apparente.

Une période de une, deux, trois minutes, caractérisée par la persistance des mouvements du cœur, sépare la mort apparente de la mort réelle. Celle-ci est marquée par la cessation des systoles complètes du cœur. Pendant cette période intermédiaire, il se produit spontanément quelques bâillements, quelques secousses des parois costales, en un mot, des efforts respiratoires qui peuvent, s'ils sont assez répétés et assez étendus, ranimer le sujet asphyxié dans un très-court délai. La respiration artificielle ne paraît être efficace que si elle est employée à cette période de transition, alors que les mouvements du cœur persistent. Elle ne les ranime pas une fois qu'ils sont arrêtés dans les ventricules, bien que les oreillettes continuent à agir encore pendant un temps assez long.

Dès que les mouvements du cœur sont suspendus, ou qu'ils ne sont plus assez énergiques pour pousser le sang dans les artères, la respiration artificielle, si bien dirigée qu'elle soit, est impuissante à opérer l'hématose, puisque le sang ne se renouvelle pas dans le système capillaire du poumon, et que la fraction oxygénée n'est pas lancée dans les organes à révivifier. On se fait donc illusion quand on croit à la possibilité de ranimer les asphyxiés longtemps après le début de la mort apparente. Il n'y a plus rien à espérer dès que la circulation est arrêtée, et elle s'arrête une demi-minute, une minute, une minute et demie, après la suspension des mouvements respiratoires, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. Dans l'asphyxie, le système nerveux paraît mourir le premier ; la mort des autres organes semble bien plus la conséquence de celle du système nerveux que l'effet du défaut de sang oxygéné. »

M. LEROY DE MÉRICOURT n'a nullement l'intention de critiquer le spirophore, alors qu'il en est seulement au début de la période expérimentale. Mais il rappelle que, lorsqu'il s'agit d'asphyxie, l'important est de pratiquer la respiration artificielle le plus tôt possible. Le succès dépend de l'instantanéité de l'application. Or il existe plusieurs procédés toujours à la disposition du clinicien, celui de Marshall Hall et celui de Sylvester, préconisés l'un et l'autre par la *Société humaine anglaise*; en outre, celui de Pacciné, simple variante de la méthode de Sylvester. On a reproduit par la photographie les positions qu'il faut donner au patient dans les divers temps de ces procédés. Il faudrait répandre ces photographies à profusion, de manière à ce que chacun sût facilement comment s'y prendre pour ramener vraiment à la vie l'homme qu'on vient de retirer de l'eau. Sur les navires, il n'est pas besoin de spirophore, il est très-rare qu'on ait à soigner des noyés. Si, en effet, un homme tombe à l'eau alors qu'un navire est en marche, il arrivera de deux choses l'une, ou bien il pourra se maintenir à la surface de la mer jusqu'à ce qu'on vienne à son secours, ou bien il se laissera couler au fond de l'eau, et il sera complétement impossible de l'y rechercher, faute de point de repère.

Les choses se passent autrement dans les cours d'eau; mais là encore il est essentiel de ne pas perdre le moindre temps pour ranimer le noyé. Or, on se trouvera souvent plus ou moins éloigné des lieux où serait déposé un spirophore. En outre, l'emploi de cet appareil a l'inconvénient assez grave de mettre obstacle à l'application de tous les autres moyens, accessoires, mais cependant très-importants, qui ont pour but de rechauffer le noyé, d'exciter la sensibilité cutanée et de ranimer la circulation; tandis que ces divers moyens peuvent être employés pendant l'application des méthodes artificielles de respiration.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. LÉON LE FORT présente une malade à laquelle il a créé un vagin sans recourir à l'instrument tranchant, et dont l'observation se résume en ces termes.

Une femme âgée de vingt-six ans a présenté, dès l'âge de quinze ans, les troubles généraux qui accompagnent la période menstruelle. Mais, par suite de l'absence du vagin, ses règles ont été remplacées par des hémorrhagies supplémentaires, hémoptysies, hémorrhagies par la peau des jambes, épistaxis, accompagnées de douleurs toujours très-vives et souvent atroces. En 1872 elle entra à l'hôpital de la Pitié, où M. Labbé lui pratiqua successivement dix opéra-

tions, qui n'eurent pour résultat que de créer un infundibulum vulvaire de quelques centimètres de profondeur. Découragée par l'insuccès de ces tentatives, la malade quitta l'hôpital après y avoir séjournée dix-huit mois. Les douleurs continuant, elle entra en juillet 1875, à l'hôpital Beaujon, où M. Théophile Anger, suppléant en ce moment M. Le Fort, pratiqua une onzième opération qui augmenta la profondeur de l'infundibulum, mais fut suivie d'une pelvi-péritonite très-grave, qui força M. Le Fort à ne s'occuper activement de la malade, qu'en janvier 1876. Le moyen qu'il employa consista à introduire un cylindre de buis terminé par un embout métallique, mis en rapport avec le pôle positif d'une batterie de petits éléments au sulfate de cuivre, le pôle négatif aboutissant à une plaque métallique entourée d'un linge mouillé placée sur l'abdomen. Le courant, très-peu énergique, n'est pas senti par la malade et n'amène de petites eschares qu'au contact immédiat des rhéophores métalliques. L'appareil était mis en place chaque soir et conservé toute la nuit. Peu à peu la tige fit son chemin dans la cloison vésico-rectale, et, le 26 février, elle avait pénétré jusqu'au col utérin.

Pour la première fois alors, la malade eut à l'époque menstruelle un écoulement de sang par le vagin conjointement avec quelques douleurs abdominales et une légère hémoptysie. Mais le mois suivant, le traitement qui avait été continué ayant creusé un canal suffisamment large, les règles furent normales, sans douleurs, et ont depuis continué avec la plus grande régularité. Après deux mois de séjour au Vésinet, séjour que prolongea une pneumonie dont fut atteinte la malade, elle rentra à l'hôpital Beaujon le 1er juillet, et l'on reprit le traitement pour donner cette fois un vagin de longueur suffisante. Enfin, le 29 juillet, l'examen au spéculum devenu possible permit de constater la présence d'un col utérin petit et irrégulier, placé à dix centimètres de profondeur dans la cavité utérine, qui présente par conséquent sa longueur normale. Le résultat est donc complet. Pour le rendre permanent et éviter le rétrécissement du canal artificiellement formé, il suffira à la malade, à défaut de moyens plus physiologiques, d'introduire quelquefois pendant la nuit un pessaire intra-vaginal formé d'une tige cylindro-conique de buis ou d'ivoire.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 juillet 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Physiologie de l'embryon. — M. Laborde présente quelques considérations relatives à la physiologie de l'embryon et plus particulièrement aux fonctions du cœur.

Sinus rhomboïdal des oiseaux. — M. Duvel fait une communication sur le sinus rhomboïdal des oiseaux, et montre des pièces microscopiques à l'appui de cette opinion que ce sinus rhomboïdal, au lieu d'être uniquement formé par un trou, comme le veulent plusieurs physiologistes, est au contraire très-exactement rempli par une substance continue qui n'est autre que la névroglie épendymaire.

Bromure de camphre. — M. Bourneville fait une communication sur un point relatif à l'action physiologique du bromure de camphre. Dans ses expériences antérieures, s'étant servi d'une solution alcoolique de bromure de camphre, il a voulu voir quelle était la part de l'alcool et celle du bromure de camphre dans la production de l'abaissement de température sur lequel il a insisté. A cet effet, il a institué un certain nombre d'expériences sur des chats et des cochons d'Inde.

Voici le sommaire de quelques-unes d'entre elles :

1° Un chat, âgé de six semaines, reçoit sous la peau 7 grammes d'alcool. La température qui, avant l'injection, était de 39 degrés, descend, en dix heures, à 36°4, puis remonte en vingt-quatre heures à 40°,4; l'animal guérit.

2° Huit jours plus tard, le même chat reçoit sous la peau 7 grammes d'une solution composée de 8 grammes de bromure de camphre et de 92 grammes d'alcool. La température s'abaisse progressivement de 39 à 28 degrés, et il meurt.

3° Un chat de la même portée reçoit en injection sous la peau 7 grammes de la solution alcoolique de bromure de camphre; sa température descend de 39° à 27°,4, et il meurt.

4° A un cochon d'Inde, pesant 510 grammes, on injecte 160 gouttes d'une solution composée de : bromure de camphre, 3 grammes; glycérine, 22 grammes et alcool 35 grammes. Sa température, en quarante heures, descend de 39°6 à 27 degrés; mort.

5° Un cochon d'Inde pesant 550 grammes reçoit 160 gouttes d'une solution composée de : glycérine, 25 grammes; alcool, 35 grammes; sa température descend de 39°7 à 35°2 en vingt-huit heures; puis, elle s'élève de 35°2 à 39°2 en vingt-trois heures. L'animal se rétablit.

6° A un chat, âgé d'un mois, on injecte 100 gouttes de la même solution glycéro-alcoolique de bromure de camphre; sa température s'abaisse en cinq heures de 37°8 à 21°, et il succombe.

7° Un autre chat de la même portée reçoit 100 gouttes d'une solution composée simplement de : alcool, 35 grammes; glycérine, 25 grammes; sa température retombe de 37°9 à 33°2 en cinq heures, puis elle s'élève de 33°,2 à 38°2 en vingt-sept heures; il guérit.

8° Chez une malade du service de M. Charcot, à la Salpêtrière, atteinte d'*état de mal épileptique*, et dont la température était à 40°9, M. Bourneville fit administrer, à une heure d'intervalle, quatre quarts de *lavement huileux*, contenant chacun 2 grammes de bromure de camphre; au bout de six heures, la température avait baissé de 2°4.

De ces expériences, M. Bourneville conclut que le bromure de camphre détermine réellement un abaissement de la température et que cet abaissement, dans les conditions précitées, est considérable.

Otologie. — M. Gellé présente un appareil destiné à enregistrer les petits mouvements supérieurs du conduit auditif externe, et à démasquer ainsi les simulations de surdité dans les conseils de révision.

ÉLECTION

M. Duvel est élu membre de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

HUITIÈME LETTRE

LES FACULTÉS DE MÉDECINE EN AUTRICHE. — VIENNE (FIN). LES INSTITUTS DE GRAZ.

I.

Vienne, 20 mars 1876.

Monsieur le directeur,

Les Allemands appellent la Faculté de médecine de Vienne la *Faculté-Monstre*. Avec ses grands hôpitaux, ses cours nombreux, son petit peuple de professeurs, sa foule d'étudiants, Vienne leur paraît mériter ce nom, même à côté de leurs plus importantes Facultés de premier ordre, comme Berlin, Leipzig, Wurtzbourg ou Munich. Il est certain que Vienne est, à l'heure présente, le centre de la plus grande activité d'enseignement médical en Allemagne; il n'est pas besoin d'un long séjour ici pour s'en assurer.

Cette Faculté possède aujourd'hui vingt et un professeurs ordinaires, qui, en y joignant dix extraordinaires, constituent le collège

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 juillet.

des professeurs; en dehors de ce collége, il y a encore vingt-deux professeurs extraordinaires, qui font tous des leçons quotidiennes. Soixante-huit privat-docents complètent ce personnel enseignant.

Sans reprendre en détail l'exposé des cours et des exercices pratiques faits pendant un semestre dans une université allemande, exposé que nous avons fait à propos d'une Faculté importante, Munich, et qu'il est inutile de reproduire à propos de chacune des universités nouvelles dont nous aurons à vous entretenir, nous croyons cependant qu'il ne sera pas inutile de donner ici quelques indications sur les points les plus intéressants de l'organisation des chaires de Vienne.

A propos de quelques chaires qui existent dans les Facultés allemandes, et que nous n'avons point encore dans les nôtres, nous avons donné quelques indications dans les lettres sur les États du Sud; en ce qui touche Vienne, rappelons quelques-uns de ces faits intéressants. C'est sous l'influence de Van Swieten, au siècle dernier, que les services cliniques de l'Université médicale furent installés dans l'hôpital civil (1753) et l'empereur Joseph II, en 1784, agrandissant cet hospice, fondé en 1693 par Léopold I[er], lui donna le nom de Grand-Hôpital-Général (*K. K. allgemeines Krankenhaus*), qui est encore le sien aujourd'hui. La chaire de physiologie, à Vienne, existe depuis 1805, à titre indépendant de celle d'anatomie; elle est seulement désignée sous le nom de chaire de physiologie et d'anatomie supérieure. En 1805, nous voyons également le professeur d'accouchement figurer comme ordinaire pour cette chaire spéciale dans le Proffessoren-Collegium. En 1872, une seconde chaire de clinique d'accouchements fut fondée à l'Hôpital-Général.

Nous nous sommes également étendus sur l'ophthalmologie; il est inutile de revenir sur ce point. Depuis 1874, il y a à Vienne deux cliniques ophthalmologiques avec services importants.

Une clinique universitaire pour les maladies des oreilles (stationnaire et non ambulatorium) existe de même ici depuis 1873. Cette spécialité avait déjà été enseignée depuis 1846 par Gultz, Gruber, et A. Politzer comme docents.

Stoerk enseignait la laryngoscopie comme docent dès 1864, et, en 1869, il a été fondé une clinique d'université pour cet enseignement particulier.

Dès 1847, nous trouvons, dans le programme, des leçons libres faites à la Faculté de Vienne par Hébra, sur les maladies de la peau et la syphilis. Depuis 1870, deux cliniques officielles ont été fondées pour ces maladies.

La clinique psychiatrique n'existe que depuis 1874.

Les premières leçons sur l'anatomie pathologique furent faites en 1819 par Biermayer, qui devint professeur extraordinaire en 1823. Le maître de Rokitansky, Jean Wagner, enseigna cette même science comme docent et devint lui-même extraordinaire en 1830. En 1833, Rokitansky apparaît pour la première fois comme docent d'anatomie pathologique; en 1834, il est nommé professeur extraordinaire; en 1845, professeur ordinaire. Cette même chaire était offerte, il y a deux ans, à M. de Recklinghausen, professeur à la nouvelle université de Strasbourg, et, sur le refus de ce dernier, au professeur Heschl (de Graz), qui l'occupe actuellement.

Aujourd'hui, le collége des professeurs et le corps des extraordinaires occupent les chaires dont les désignations suivent; ces chaires ont un objet fixe dans leur enseignement; nous n'avons point besoin de le dire; nous ajouterons même qu'un docteur qui veut être docent doit indiquer au doyen de la Faculté les matières sur lesquelles il veut faire ses cours, et que les professeurs extraordinaires sont dans le même cas. Nous avons même vu, chose singulière, un des professeurs extraordinaires les plus éminents de la Faculté de Vienne, obligé d'adresser une demande au ministère de l'instruction publique, parce qu'au lieu d'annoncer un cours sur *les maladies du système nerveux et l'électro-thérapie*, pour le semestre d'été prochain, matière dont l'enseignement lui avait été seulement permis à son entrée à la Faculté, il voulait faire un cours *sur les maladies du cerveau particulièrement*. C'est sans doute pour que les docents et les extraordinaires ne fassent qu'après autorisation les mêmes cours que ces professeurs ordinaires, que ces formalités leur sont imposés : l'administration se réserve ainsi le droit de leur interdire le choix de sujets que les ordinaires voudraient particulièrement traiter.

La Faculté de Vienne possède une chaire de physiologie et d'anatomie supérieure, deux chaires ordinaires d'anatomie humaine, qu'occupent Ch. A. Voigt et C. Langer; une de ces chaires était occupée par Hyrtl, dont le *Traité d'anatomie* est classique dans les universités allemandes; une chaire d'anatomie physiologique; une chaire de pharmacologie; une chaire de chimie pathologique et physiologique; une chaire de clinique psychiatrique et pour les maladies du système nerveux; *trois* chaires de clinique ophthalmologique, dont l'une est occupée par M. de Jæger, seulement professeur extraordinaire; deux chaires d'accouchement et gynécologie clinique, une chaire ordinaire d'accouchement pour les médecins qui veulent se perfectionner dans cet art, et pour les sages-femmes; une chaire d'histoire de la médecine; une chaire de clinique syphilitique; une chaire de clinique dermatologique, occupée par le professeur Hébra; une chaire d'histologie, où se donnent aussi des leçons d'anatomie pathologique microscopique; une chaire de pathologie générale; deux chaires de clinique chirurgicale occupées par MM. Dumreicher et Billroth; deux chaires de clinique interne occupées par les professeurs Duchek et Bamberger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, le mercredi 9 août, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Observation de croup suivi de trachéotomie, guérison; par M. Cintrat. — 2° Discussion du rapport de M. Lafont, sur les médicaments à ajouter au formulaire des bureaux de bienfaisance.

Calculs de l'urèthre et des régions circonvoisines chez l'homme et chez la femme, par le docteur Bourdillat. In-8°, 32 figures dans le texte. Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Fer dialysé Bravais *pharmacien-chimiste à Paris.*

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre. Raoul Bravais

Glycérine, fer et quinquina.

Administration de tous les principes du quina, du fer à haute dose, sans **constipation**, et de la glycérine pure employée par les médecins anglais et américains comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie*, etc.)

VIN DE CATILLON : Bagnols, quina et glycérine.

VIN FERRUGINEUX (élixir) : quina au lunel, fer, glycérine (*troubles digestifs, fièvres, aglobulie, diabète*, etc.

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Voir *France médicale* du 29 avril 1876, et notre Mémoire sur l'emploi de la glycérine à l'intérieur.

Bain Pennès, reconstituant, stimulant et sédatif des plus efficaces

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux* contre l'appauvrissement du sang, la chloro-anémie, l'engorgement lymphatique, l'épuisement des forces et les douleurs rhumatismales.

Il remplace les bains alcalins, ferrugineux, iodurés ou sulfureux et même les **bains de mer.**

NOTA. *Se garantir des contrefaçons et imitations en exigeant que l'étiquette qui enveloppe le rouleau porte la signature ci-contre, sur laquelle le* TIMBRE DE L'ÉTAT *aura été apposé.* — PRIX : 1 fr. 25.

Vente en gros, à la Fabrique, 2, r. de Latran. — **Détail**, à la Pharmacie, rue des Écoles, 49, à Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies et établissements de bains ou d'eaux minérales.

Eau de Contrexéville (SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Koumys — Edward ET **Extrait de Koumys-Edward**

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Apozème de santé Lemaire.

L'Apozème de Santé Lemaire, employé par un grand nombre de médecins, est le plus doux laxatif rafraîchissant; il guérit la CONSTIPATION la plus opiniâtre et les affections qui l'accompagnent, telles que les HÉMORRHOIDES, l'Hystérie, la Goutte, les Rhumatismes, la Migraine, les Congestions cérébrales, et rétablit les fonctions digestives de l'estomac. (V. Instruction.)

Prix : la boîte : 2 fr. 50 (par mandat-poste 2 fr. 75).

A la Pharmacie LEMAIRE, 14, rue de Grammont, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Cie des Eaux minérales de LA BOURBOULE.

GRANDE SOURCE PERRIÈRE,	la plus arsenicale, très-chaude.
SOURCE DE LA PLAGE, SOURCE DE SEDAIGES,	sources très-arsenicales tempérées.
SOURCE FENESTRE N° 1, SOURCE FENESTRE N° 2,	sources arsenicales, froides.

Ces cinq Sources constituent une gamme médicale complète et très-puissante.

Dans leurs prescriptions, les médecins devront toujours désigner le nom de la Source.

DÉTAIL : Dans tous les Dépôts d'Eaux minérales et les Pharmacies.

GROS : S'adresser à la Ce DES EAUX MINÉRALES DE LA BOURBOULE, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), et à la PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE, 7, rue de Jouy, à Paris.

Sirop de Quinquina au Vin DE MALAGA de LARRIEU, pharmacien-chimiste. — Reconstituant très-efficace, tonique agréable et supérieur contre l'anémie, la chlorose, les estomacs faibles, les convalescents. — Dépôt : pharmacie, 13, rue Turbigo, Paris.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par **J. THOMAS**, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

Pilules de Louvard *Au fer pur inaltérable et à l'absinthe.*

A la dose de 6 à 9 par jour, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et la mieux tolérée; les fonctions digestives sont rapidement rétablies. Gros, Darrasse, rue Simon-le-Franc, 21, Paris.

Asthme, Catarrhe, Oppression

Soulagement instantané par les TUBES LEVASSEUR, 23, r. de la Monnaie, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier (goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Pepsine Boudault, seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Enghien-les-Bains, près Paris

Eaux sulfureuses (moyennes et fortes). Inhalations. Bains. Douches variées. Hydrothérapie à l'eau sulfureuse et ordinaire. Cure des maladies de la gorge, du larynx, des bronches et des poumons, de la peau, des rhumatismes, des catarrhes de la matrice, etc., etc. — Anémie. — Lymphatisme. — Engorgements osseux et ganglionnaires. — Flueurs blanches.

Solution Coirre au CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX, préparation de phosphate de chaux la plus rationnelle et la seule physiologique, puisque c'est la forme que doit prendre ce sel pour être absorbé. — Reconstituant énergique dans PHTHISIES, ANÉMIES, SCROFULES, RACHITISME, etc.

24, rue du Regard, Paris, et pharmacies.

L'eau de Léchelle hémostatique

combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses*.

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, l'*anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.

Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

N° 91. — SAMEDI 5 AOUT 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 5 AOUT 1876. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Médications nouvelles et médications qui réussissent.

LE CHLORHYDRATE DE MORPHINE EN INJECTIONS HYPODERMIQUES DANS LES DIARRHÉES REBELLES, — LE BI-IODURE DE MERCURE DANS LE LUPUS SUPERFICIEL, — LES BAINS FROIDS RÉPÉTÉS DANS LE DELIRIUM TREMENS, — L'ACIDE SALICYLIQUE DANS LE RHUMATISME AIGU, — LE SOUS-NITRATE DE BISMUTH A DOSES FRACTIONNÉES DANS LES HÉMORRHAGIES INTESTINALES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Pour classer une médication parmi celles qui réussissent, il faut attendre, en général, qu'elle ait longuement fait ses preuves, car les illusions sont fréquentes en thérapeutique.

Cependant il peut être utile d'indiquer dès le début les premiers résultats, surtout quand il s'agit d'une action très-rapide, et d'un effet favorable obtenu alors que d'autres traitements avaient complétement échoué.

Tel est, par exemple, le cas pour les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, dernièrement préconisées par M. le professeur Vulpian contre les diarrhées les plus tenaces. De nombreux essais ont été faits dans son service, et, sans entrer dans le détail, nous pouvons dire que les résultats en ont été très-favorables, même dans des cas de phthisie, même dans un cas de cancer présumé de l'intestin. Pour ma part, je viens de faire l'essai de ce moyen chez un dysentérique, que je traitais en vain depuis plusieurs semaines, et en cinq jours, avec des doses qui ne dépassèrent pas un centigramme et demi le dernier jour, j'avais obtenu la guérison. C'est donc un remède à essayer, dans ce moment surtout où l'on use avec une si grande profusion, et l'on abuse peut-être, des injections hypodermiques pour calmer de simples douleurs.

— Disons maintenant quelques mots de la guérison du lupus suivant une méthode nouvelle. M. Guibout a employé dernièrement contre cette maladie une pommade composée de parties égales d'axonge et de bi-iodure de mercure. L'application de cette pommade est très-douloureuse; mais les premiers résultats obtenus sont on ne saurait plus encourageants.

Ainsi, une femme de trente-sept ans, confectionneuse, entra dans le service, il y a deux mois et demi, pour se faire traiter d'un lupus superficiel, en d'autres termes d'une scrofulide tuberculo-ulcéreuse, qui occupait le menton et la plus grande partie de la joue gauche.

Cette affection avait débuté il y a quinze ans, et depuis lors elle n'avait cessé de s'accroître, bien que la malade, assez riche pour payer les soins médicaux, eût consulté à peu près tous les médecins qui ont un nom en dermatologie. Elle a subi avec persévérance des traitements de toute espèce, applications de teinture d'iode alternant avec des cataplasmes, d'huile de cade, d'huile de foie de morue, etc., jusqu'à des cautérisations au fer rouge, sans obtenir la plus légère amélioration même momentanée. Elle raconte qu'elle avait joui d'une très-bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. Mariée à quinze ans et demi, elle eut sept couches, dont les cinq dernières depuis que le mal a commencé.

A cette époque, elle avait d'abord eu un gonflement, suivi de suppuration, de quelques ganglions situés sur le côté gauche du cou. L'abcès, une fois ouvert, il se déclara autour de lui un gonflement inflammatoire du derme, qui s'étendit vers le menton, et que l'on prit d'abord pour un érysipèle. Mais le menton resta gros et rouge ; et bientôt il y apparut une ulcération. Cette ulcération gagna de proche en proche sur la joue droite. Elle était surtout douloureuse au moment des règles. Il se formait alors sur la peau restée saine, vers ses limites, une poussée de boutons rouges et indurés. La joue était dans tout son ensemble le siége d'une infiltration dure, et les ulcérations étaient des plus profondes. Cette femme se trouvait entièrement défigurée.

Après s'être fait traiter chez elle durant quinze ans, en désespoir de cause elle entra à Saint-Louis. Nous l'avons vue hier, et c'est d'après ses renseignements, confirmés par tout l'entourage, que nous écrivons cette note. Aujourd'hui, de cette affection si rebelle, il ne reste plus ou à peu près, que des cicatrices, encore un peu rouges, mais qui pâlissent de plus en plus. Et, cependant, on n'a fait que cinq applications de la pommade au bi-iodure de mercure.

Chaque fois que cette pommade est appliquée, à ce que raconte la malade, il se produit au bout d'une heure environ une douleur violente, presque intolérable, qui plusieurs fois a occasionné des crises de nerfs, et qui se prolonge avec toute cette intensité pendant quatre ou cinq heures. Après quoi, elle se calme progressivement, mais pour ne se terminer complétement que vers la cinquième ou sixième heure. En même temps, les surfaces qui en sont recouvertes commencent à fournir une grande quantité d'une *eau rousse*, à ce que raconte la malade. M. Guibout, lui, nous a dit qu'il se faisait une poussée de pustules absolument semblables à celle de l'ecthyma,

et qui en se brisant formaient des croûtes. Quand ces croûtes tombent, on trouve au-dessous d'elles la peau dégonflée, assouplie, et, dans les parties ulcérées, la cicatrisation commence.

Il ne convient pas de répéter les applications de pommade à des intervalles très-rapprochés. Une huitaine de jours après la première, la malade de M. Guibout se sentait déjà beaucoup mieux. Elle avait cessé de souffrir spontanément de son lupus. La joue s'amincit, reprit son volume, la cicatrisation se fit avec une extrême rapidité : et, aujourd'hui, elle est complétement achevée; cependant, en y regardant de près, on trouve encore sur la peau quelques petites lignes de tubercules saillants, sur lesquels, hier, M. Guibout a étendu une couche de pommade.

— La mode est aux bains froids. On les a essayés contre la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, les rhumatismes cérébraux, etc.; mais je ne crois pas avoir vu noter les bons effets que l'on peut obtenir de leur administration dans le *delirium tremens*.

M. le docteur Féréol vient de soumettre à cette médication un jeune homme qui était entré, pour un délire alcoolique des plus furieux, dans son service, à la Maison municipale de santé; trois bains froids d'une heure, espacés à des intervalles de deux heures environ, suffirent pour amener un sommeil calme et la guérison de l'accès.

— On ne peut encore rien affirmer sur l'efficacité de l'acide salicylique contre le rhumatisme aigu, cette affection étant de sa nature des plus mobiles et des plus fécondes en surprises. Pourtant je dois dire que, dans deux services, entre les mains de M. Laboulbène à l'hôpital Necker, et entre celles de M. Féréol à la Maison municipale de santé, l'emploi de ce remède a coïncidé, chez divers sujets, avec une amélioration notable de symptômes; et la contre-épreuve ayant été faite, l'état des malades s'est aggravé de nouveau, sitôt qu'on a voulu suspendre l'acide salicylique. Il faudrait expérimenter ce mode de traitement sur une large échelle.

— Aux hémorrhagies intestinales qui surviennent dans le cours des fièvres typhoïdes, M. Martineau oppose un remède qui se recommande, dans tous les cas, par sa parfaite innocuité. Il fait administrer, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à complète cessation de l'hémorrhagie, du sous-nitrate de bismuth par paquets de 1 gramme. C'est là une dérivation de la pratique de Monneret, qui, considérant surtout le bismuth comme agissant mécaniquement pour ainsi dire, en recouvrant les surfaces muqueuses enflammées ou ulcérées, l'employait toujours de préférence à doses massives. Chez les cinq malades chez lesquels M. Martineau a déjà mis ce moyen en usage, le résultat en a été très-bon et très-rapidement atteint.

Hématémèses et mélénas subis sans douleur ni trouble fonctionnel de l'estomac.

On a confondu sous le nom d'ulcères simples de l'estomac des affections parfaitement distinctes par leur marche, par leurs symptômes, par leur pronostic : les unes, chroniques et tenaces, troublant profondément les fonctions digestives, s'accompagnant de douleurs vives à direction antéro-postérieure ; d'autres, passagères et fugitives, pour ainsi dire, symptomatiquement caractérisées par une ou plusieurs hématémèses, par des selles noires, durant un ou deux jours, sans douleurs gastriques bien notables, ou du moins sans la douleur vive à direction horizontale, et sans vomissement exclusivement alimentaire.

Cette dernière espèce n'est point très-rare; j'en ai déjà parlé plus d'une fois; j'en vais donner un nouvel exemple, que l'on peut regarder comme un type.

Le 19 juillet dernier, dans l'après-midi, on reçut d'urgence à l'hôpital Necker, dans le service de M. Laboulbène, salle Saint-Louis, n° 16, un homme âgé de quarante-trois ans, grand, solidement bâti, qui venait de vomir d'une manière inopinée une quantité considérable de sang.

Cet homme, employé dans une compagnie de tramways, avait encore fait son service le matin même. Mais il avait eu déjà, la veille, un vomissement qui peut-être, probablement, avait coïncidé avec une première hémorrhagie de l'estomac.

Les jours précédents, la santé était excellente, l'appétit robuste : les digestions se faisaient bien.

Aucun trouble dans les fonctions digestives, aucune douleur vers l'épigastre, rien absolument n'avait annoncé l'imminence d'un accident semblable à celui qui surprit cet homme.

D'habitude sobre depuis très-longtemps, il racontait n'avoir usé un peu largement des alcooliques que dans sa jeunesse, alors qu'il était sous-officier dans les carabiniers. Entré comme employé au ministère de la guerre, après avoir fini son congé de sept ans, il y resta plusieurs années, et ce fut alors seulement qu'il eut parfois des vomissements glaireux. Mais à partir du moment où il quitta ces occupations sédentaires pour un emploi dans la compagnie des omnibus, c'est-à-dire depuis six ans et demi, il cessa complétement de vomir le matin, et il fut ordinairement très-bien portant.

Pourtant, l'année dernière, à diverses reprises, à cinq ou six semaines d'intervalle, il se sentit moins bien disposé durant deux ou trois jours, l'appétit diminuait, et il éprouvait ce qu'il appelle *des petites coliques d'estomac*, qui ne cessaient qu'après un vomissement bilieux. Il prenait alors à ses repas un vin de qualité médiocre et très-probablement fraudé.

Il y a six mois, ayant changé de service et de quartier, il trouva du cidre chez le marchand de vins traiteur où il alla manger, et en qualité de Normand, il accorda la préférence à cette boisson. Dans tout le cours de cette année, il n'eut pas le plus léger trouble de l'estomac. Au contraire, il sentait son appétit grandir de plus en plus, et s'en plaignait parfois en plaisantant. Des inquiétudes de famille et des chagrins qu'il éprouva, il y a trois mois environ, n'avaient pas eu le moindre retentissement sur l'appareil digestif.

Le mardi 18 juillet, veille de son entrée à l'hôpital, en sortant de bien déjeuner, à midi, il prit un service assez pénible sous les rayons d'un soleil ardent. Vers quatre heures, il commença à se sentir assez mal à son aise : il quitta son bureau pour aller aux lieux; mais en passant sous la porte cochère de la maison où se trouve les cabinets, devant la porte de la concierge, il perdit soudain connaissance. Son évanouissement ne fut pas long : Il revint à lui, eut une selle assez abondante, mais dont il ignore la couleur, puis remonta dans sa chambre, où il se jeta sur son lit et dormit tranquillement durant deux ou trois heures. Vers cinq ou six heures, il redescendit et retourna à son bureau, où il reprit son service jusqu'à dix heures. Il ne se ressentait plus de rien, et à l'heure du repas, vers six heures et demie, il mangea avec grand plaisir du pain trempé dans du vin sucré.

Le lendemain 19, il déjeuna de bon appétit, et il était à son travail comme d'ordinaire, lorsque vers la même heure environ, vers deux heures, il se sentit pris de nouveau du même malaise que la veille. Cette fois il se hâta de regagner sa chambre avant de perdre connaissance. Il se jeta sur son lit, cessa

pendant quelques instants d'avoir la notion du monde extérieur, puis éprouva le besoin de vomir. Il rendit alors, avec les aliments qu'il avait pris, une quantité de sang considérable. Il n'en fut pas, pourtant, tellement affaibli qu'il ne put descendre, de son pied, plusieurs étages, lorsque le médecin, appelé en toute hâte, eut fait avancer une voiture pour le conduire à l'hôpital Necker. Il put encore monter seul l'escalier de l'hôpital et gagner son lit dans une salle du second étage. Mais le lendemain, ayant eu encore des selles noires dans l'intervalle, il se sentait beaucoup plus affaibli. La peau prit cette teinte d'un jaune terreux qui suit les grandes pertes de sang, et se rapproche parfois beaucoup de la vraie teinte cachectique des cancéreux; un mal de tête, en forme de barre sur le front, qui s'accroissait quand le malade voulait quitter la position horizontale, un sentiment de brisement général et de vertige au moindre mouvement, indiquaient aussi combien grande était l'anémie. Il est évident que cet homme a conservé à peine assez de sang pour vivre. On a vu souvent en pareil cas l'hémorrhagie être foudroyante. J'en ai mentionné un exemple que j'avais observé dans le service de Trousseau chez un homme également bien taillé et robuste.

Elle ne l'a pas été tout à fait chez le malade de M. Laboulbène, et, l'écoulement sanguin une fois arrêté, le pronostic était très-favorable. Pendant quelques jours l'appétit resta très-faible, après cette secousse. Mais, et c'est un point sur lequel je ne saurais trop insister, ni pendant le vomissement de sang, ni dans les jours qui précédèrent, ni dans ceux qui suivirent, il n'y eut chez cet homme aucune douleur d'estomac, ni aucune douleur de dos, ni aucun vomissement purement alimentaire. Il n'y eut d'hématémèse que le 19 juillet, et à partir du lendemain les selles cessèrent d'être noires. J'ai déjà dit que très-probablement la selle du 18 était un méléna dû à une première hémorrhagie coïncidant avec le premier vomissement.

Ainsi tout compris, en ce qui touche les pertes sanguines, l'accident eut une durée de deux à trois jours; après cela il ne resta plus qu'une inappétence momentanée et une profonde anémie.

Du reste les fonctions de l'estomac ne tardèrent pas à se réveiller. Depuis quelques jours l'appétit, non-seulement se dessine, mais devient exigeant. Le malade se plaint d'en souffrir, car on ne le nourrit encore qu'avec de grandes précautions, et la prudence le commande.

Dans la clinique de Trousseau, on trouve deux observations qui sont tout à fait comparables à celle-ci.

L'une des deux a trait à un ancien fonctionnaire de la Faculté de médecine, que j'ai beaucoup connu, et qui m'a souvent raconté lui-même l'acccident qu'il a éprouvé, il y a vingt-trois ans environ. Ses souvenirs, très-récents alors, concordaient du reste très-bien avec le récit rédigé plus tard par notre illustre maître.

Un malaise subit, et bientôt après une perte de connaissance, survenant au milieu de la plus belle santé, sans phénomène prémonitoire, sans douleur aucune, avait été chez lui, comme chez le malade de M. Laboulbène, l'indice d'une hémorrhagie, soit gastrique, soit intestinale, qui se traduisit par un méléna. Chez lui également, ce malaise et cette perte de connaissance se renouvelèrent après un intervalle de retour complet à la santé. Mais chez le malade de M. Laboulbène, cet intervalle fut seulement de vingt-quatre heures; chez celui de Trousseau, il fut de quatre jours entiers. Le premier évanouissement avait eu lieu le jeudi; le second se produisit le lundi suivant, et le mardi, il en survint deux autres. Il n'avait pas vomi, du reste, il n'avait pas rendu de selles noires, étant d'habitude très-constipé. Il fallut que Trousseau lui administrât un purgatif pour voir apparaître le meléna. La quantité de sang rendue alors par lui dans les garde-robes est évaluée à à cinq ou six litres. Il y a donc certaines différences dans l'histoire de ces deux malades, mais elles ne sont pas essentielles. Chez l'un comme chez l'autre, l'anémie fut très-profonde, la pâleur extrême, la faiblesse excessive. Il fallut trois mois pour que le malade reprît complétement ses couleurs et ses forces. Mais à partir de ce moment, sa santé est restée parfaite. Il s'agissait aussi d'un homme de haute taille et très-vigoureux.

L'autre observation de Trousseau n'offre pas moins d'analogies avec la nôtre. Il n'y est pas question, il est vrai, de perte de connaissance, mais d'un vomissement subit survenant chez une malade sans qu'elle ait jamais eu ni douleurs d'estomac, ni nausées, ni éructation. La perte de sang avait été telle, tant par les vomissements que par les garde-robes, que le teint était devenu d'un jaune paille tout à fait semblable au jaune cachectique des cancéreux. Cependant cette malade se rétablit très-bien sans nouvel accident; et la guérison s'était maintenue cinq ans après, quand Trousseau reçut des nouvelles fraîches de cette dame.

Je n'ai pas retrouvé dans la leçon de Trousseau l'observation de cet homme, dont j'ai déjà parlé à diverses reprises, et qui, entré dans son service dans des conditions tout à fait semblables, en 1854, y était mort d'hémorrhagie gastrique en quelques heures, sans avoir éprouvé jamais aucune douleur d'estomac. A l'autopsie, à laquelle je pris part, nous trouvâmes une ulcération très-superficielle et très-petite, ayant un diamètre inférieur à celui d'une pièce d'argent de vingt centimes, et qui se trouvait intéresser un petit vaisseau artériel.

Cette observation m'avait frappé très-vivement par son étrangeté. Mais il était encore peu question d'ulcère simple de l'estomac à cette époque, quatre ans avant que Cruveilhier n'eut publié son beau mémoire; Trousseau sans doute en avait oublié les détails quand il entreprit la critique de ce mémoire dans la leçon que nous citons.

Aussi ne voit-il dans les faits rapportés plus haut que des exemples d'hémorrhagies essentielles, sans aucune lésion quelconque de l'estomac. Dans cette pensée, il en rapproche un troisième fait très-dissemblable, mais complété par une autopsie.

Le récit en étant très-court, je le reproduis textuellement pour mieux montrer les différences :

« Au commencement du mois d'août 1861, entrait dans nos salles un homme âgé de cinquante-trois ans qui, au moment même de son entrée, fut pris de vomissements et mourut subitement. Il était arrivé dans un état d'abattement profond, ne parlant pas, et ne pouvant donner aucun renseignement. On sut seulement des personnes qui l'avaient apporté sur un brancard qu'il était malade depuis longtemps, et les gens de service furent frappés de la teinte jaune de sa peau et du volume de son ventre. Les matières des vomissements, que l'on eut soin de nous conserver, étaient formées par du sang altéré par son mélange avec le suc gastrique. C'était un liquide de couleur sépia, avec un dépôt de matières solides, finement granulées, ressemblant à de la suie, dont une partie était tenue en suspension dans le liquide. A l'ouverture du corps, l'abdomen contenait un épanchement péritonéal comme enkysté. L'estomac, enlevé avec la plus grande précaution, ne présentait aucune altération. Ses orifices cardiaque et pylorique étaient libres, il n'y avait aucune trace de tumeur cancéreuse; sur sa surface muqueuse, nous ne découvrîmes pas la plus petite ul-

cération. Dans le duodénum, il n'y avait pas de lésion appréciable. Les poumons, le cœur, le cerveau étaient sains. »

Certes au point de vue de la physionomie symptomatique, il n'y a guère d'analogie entre le cas de cet homme succombant, avec un vomissement sanguin, à la dernière période d'une affection chronique et celui de ces gens robustes qui sont pris d'une hémorrhagie stomacale et intestinale, alors qu'il se croient le mieux portant.

L'hématémèse et le méléna ont maintenant pris place, au moins en qualité de complication à prévoir, dans la description d'un certain nombre de maladies chroniques ou d'états constitutionnels.

Mais les circonstances ne sont plus les mêmes, lorsque le jeu des actions réflexes, pouvant aboutir aux vaso-moteurs, se trouve depuis longtemps profondément troublé, que lorsqu'il semble qu'il devrait fonctionner à l'état normal.

Une hématémèse survenant à titre de complication ou de phénomène secondaire, ne doit donc pas être rapprochée des hématémèses isolées, comme dans le cas qui nous occupe.

La question est donc de savoir si elles sont vraiment essentielles quand elles se présentent isolément. N'existe-t-il pas, le plus souvent, en pareil cas, une de ces petites ulcérations, très-superficielles, en coup d'ongle, dont la présence peut passer inaperçue toutes les fois qu'elle ne se révèle point par une hémorrhagie? On sait combien il est fréquent de rencontrer à l'autopsie des ulcérations peu profondes de l'estomac, qu'aucun symptôme n'avaient révélées sur le vivant.

Quoi qu'il en soit, il faut savoir, et c'est là le point essentiel pour le praticien, que cette affection, cliniquement bien définie, ne suit nullement la marche de l'ulcère chronique, avec lequel on tend aujourd'hui généralement à la confondre.

Sa durée est courte : elle effleure à peine l'estomac, pour ainsi dire, et elle est suivie, en fort peu de temps, d'un rétablissement complet des fonctions digestives. La règle n'est pas qu'elle récidive.

S'il s'agit d'une ulcération, cette ulcération est bien peu profonde, bien peu tenace, bien accidentelle.

La rareté des autopsies rendra longtemps cette question douteuse; mais l'analyse approfondie de chaque élément, des observations sur le vivant n'en a que plus d'importance.

Ainsi, le rôle que peuvent jouer, en qualité de causes occasionnelles ou déterminantes, certaines circonstances accessoires, pourra être jugé quand le nombre des cas soigneusement étudiés sera devenu plus considérable.

Chez le malade de M. Laboulbène, l'hémorrhagie est survenue deux jours de suite à la même heure, environ deux heures après le repas, alors que le soleil était des plus ardents. Il est possible que le travail en plein soleil, pendant la période de la digestion, n'ait pas été sans influence sur la congestion hémorrhagique. Cela serait possible, alors même qu'il eut existé dans l'estomac une très-légère érosion de la muqueuse sur un point. L'idée d'une lésion locale n'exclut pas nécessairement celle d'une autre action, contribuant accessoirement à troubler les fonctions des nerfs vaso-moteurs, de manière à déterminer l'ampliation des capillaires et la rupture de quelque petit vaisseau.

Mais dans ces questions, toujours si complexes et si délicates, de l'étiologie, il faut réunir les faits en faisceaux et pouvoir en citer beaucoup avant de conclure.

Dr Victor Revillout.

REVUE DE LA PRESSE

De l'état fonctionnel des nerfs dans l'hémianesthésie hystérique. — On sait que l'un des symptômes les plus communs de l'hystérie paraît être l'analgésie ou l'anesthésie, liée le plus souvent à des troubles sensoriels complexes. On sait également que Duchenne (de Boulogne), en constatant que l'application de l'électricité sur les parties anesthésiées provoquait de la douleur, prétendait avoir guéri l'anesthésie.

M. Ch. Richet, interne des hôpitaux, a recherché sur quatre hystériques du service de M. Charcot ce que pouvait avoir de caractéristique l'excitation électrique des parties anesthésiées.

Voici le résultat de ses observations. Si l'on fait passer les courants continus par les deux bras, de manière à électriser en même temps la moelle épinière, on constate seulement un peu plus de douleur du côté sain que du côté malade. On détermine d'ailleurs de la douleur en un point limité soit à droite, soit à gauche, en se servant d'une large plaque pour le pôle positif et d'une pointe pour le pôle négatif. Dans ce cas, c'est toujours au pôle négatif que la douleur est perçue, qu'il soit appliqué au côté sensible ou au côté anesthésié.

Mêmes résultats avec les courants interrompus, avec cette différence cependant que la douleur est rapportée au poignet, soit droit, soit gauche.

Si, pour éviter cette objection que la douleur est perçue dans la moelle et rapportée aux points électrisés, on fait passer le courant par une portion très-limitée de la peau, les courants induits donnent encore les mêmes résultats que les courants interrompus; dans les deux cas, il y a une sensibilité exactement semblable à droite et à gauche, au côté sain et au côté anesthésié.

Pour rendre le fait plus frappant, M. Ch. Richet traverse un pli de la peau avec une épingle, et un peu plus loin en enfonce une seconde dans les téguments. Il n'en résulte aucune douleur, mais si l'on vient à faire passer l'électricité par ces épingles, on provoque une douleur intense (toujours plus vive au pôle négatif), supérieure de beaucoup à celle qu'on fait naître du côté sain en appliquant l'électricité à l'aide de plaques. Cette plus grande intensité de la douleur dans le côté anesthésié s'explique du reste par ce fait que l'aiguille électrique enfoncée dans la peau agit directement sur les nerfs, tandis que de l'autre côté ceux-ci sont recouverts par la couche cornée de l'épiderme.

Il semblerait donc que le passage du courant ait réveillé la sensibilité dans les pointes qu'il a traversées; mais il n'en est rien. Si, en effet, sans retirer les aiguilles au moyen desquelles on a fait passer le courant électrique, on vient à les chauffer avec une lampe à alcool, le malade n'accuse aucune douleur.

Ainsi l'anesthésie est aussi marquée après qu'avant l'expérience, et Duchenne (de Boulogne) se serait trompé quand il déclarait les malades guéris.

Ces expériences témoigneraient encore que, ainsi que le pense M. Charcot, il n'y a pas dans ces hémianesthésies de lésions anatomiques des nerfs, puisqu'ils sont encore capables de transmettre la sensation électrique aux centres nerveux. Enfin elles montreraient qu'un nerf peut, sous l'influence d'une perturbation fonctionnelle encore inconnue, rester sensible à l'action de certains agents, tels que l'électricité. — (*Gaz. méd.*)

Mal plantaire perforant des deux premiers orteils. — M. le docteur Morat rapporte une observation de mal perforant des deux premiers orteils, consécutif à une blessure par arme à feu. Il s'agit d'un individu qui, il y a cinq ans, avait reçu un éclat d'obus à la face externe de la jambe gauche, un peu au-dessus de la partie moyenne. Après un séjour de dix-huit mois à l'hôpital, le malade en était sorti avec sa fracture consolidée et sa plaie cicatrisée; mais depuis le début, l'extrémité inférieure du membre était restée presque complétement insensible.

Après de nombreuses poussées inflammatoires, survenues à plusieurs reprises, au lieu de la fracture, il s'est fait depuis deux ans une ulcération à la face plantaire des deux premiers orteils, ayant

tous les caractères destructifs du mal perforant. En ces points, la sensibilité a complétement disparu; à la limite de ces régions insensibles, à la partie inférieure de la jambe, on observe un mélange d'anesthésie et d'analgésie, et le malade accuse des fourmillements. Ces parties sont, en outre, recouvertes d'une sueur abondante et complétement dénuées de poils.

Le péroné est épaissi sur toute la longueur; les articulations sont raides, les tendons sont rétractés, et les muscles présentent des indurations profondes avec des points douloureux à la pression. D'autres points plus superficiels sont rouges, tuméfiés, en voie de s'abcéder.

Sur les instances du malade, on pratique l'amputation du membre.

Les muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe présentent d'abord tous les caractères de la myosite chronique interstitielle : les fibres musculaires au niveau du corps charnu sont en grande partie détruites et remplacées par un tissu lardacé, dur à la coupe, gorgé d'éléments cellulaires.

Le nerf sciatique poplité interne, à partir du point où il devient le tibial postérieur, présente un renflement fusiforme, de la grosseur du doigt, en partie adhérent au périoste de la face postérieure du tibia. Il se perd au milieu du tissu pathologique qui remplace les muscles. Plus bas, un autre cordon nerveux qui, par sa direction, son volume, sa distribution, représente le tibial postérieur, n'offre à l'œil qu'une teinte blanchâtre un peu plus accusée que celle des nerfs sains. Au microscope, au contraire, on constate une altération profonde des éléments nerveux : tubes à moelle dépourvus de leur myéline et réduits à leur gaîne de Schwann, dans laquelle se voient des noyaux en voie de prolifération; disparition complète du *cylinder axis*.

Mêmes lésions dans les branches collatérales, et notamment dans celles qui se distribuent aux deux orteils affectés.

Le sciatique poplité interne, immédiatement au-dessus du point où il se renfle pour cesser brusquement, présente un mélange de fibres altérées et de fibres saines; ce que M. Morat explique par le voisinage immédiat d'un tissu de cicatrice, siége à chaque instant de nouvelles poussées inflammatoires. Quant au renflement lui-même, il ressemble à ces intumescences qu'on rencontre à l'extrémité des nerfs dans les moignons d'amputés.

Les deux os de la jambe sont épaissis, irréguliers, reliés l'un à l'autre par un pont osseux qui s'étend du bord interne du péroné au bord externe du tibia.

Les articulations présentent seulement un peu d'injection des synoviales et de dépoli des cartilages, probablement imputables à l'immobilité prolongée du malade.

Quant aux ulcères, ils offrent bien les caractères du mal plantaire dont leur marche les rapproche également : épiderme épaissi sur les bords, action destructive, envahissement de tissus profonds, chute des ongles, élimination d'une grande partie de la phalange. — (*Lyon médical.*)

De la fissure à l'anus chez les enfants à la mamelle. — C'est un fait tellement rare que de rencontrer des fissures à l'anus chez les enfants en bas-âge, que la plupart des auteurs n'en ont jamais observé. M. le docteur Mabboux aurait cependant eu occasion d'en voir un cas.

Il s'agit d'une petite fille de deux mois qui, après avoir présenté pendant quelques jours de la constipation, une consistance et une dureté des matières inaccoutumée, manifeste à chaque garde-robe les signes de la plus grande douleur sur la signification desquels il est impossible de se méprendre. Cet état se prolonge tant que dure l'émission des matières, et pendant un certain temps après, puis les manifestations de la douleur vont en s'atténuant graduellement pour cesser au bout d'une demi-heure, une heure. Les matières expulsées sont de consistance molle, mais plus ferme qu'on ne les rencontre habituellement chez des enfants de cet âge, jaunâtres, sans mélange de sang ni de mucus, ni d'aucun produit pathologique.

Le pourtour de l'anus est absolument sain, mais en écartant les plis de la muqueuse, on trouve du côté droit, entre deux plis et parallèlement à leur direction, une fissure large de 1 millimètre environ, longue de 3 millimètres, superficielle et de couleur rosée. Si l'on cherche à introduire l'extrémité du petit doigt dans l'anus, on constate une constriction extrêmement forte du sphincter et une résistance tout à fait insolite. Ces tentatives arrachent des cris de douleur à l'enfant.

M. Mabboux recommande de laver l'enfant, après chaque défécation, avec un linge imbibé d'une solution légère d'acétate de plomb et de graisser la fissure avec la pommade suivante :

Extrait de ratanhia. . . . . 4 grammes.
Cold-cream. . . . . 15 grammes.

Dès le lendemain, l'effet du traitement commença à se faire sentir; six jours après les garde-robes avaient lieu sans douleurs, et à partir de ce moment les accidents ne reparurent plus.

La fissure à l'anus est d'une extrême rareté dans l'enfance. Boyer, Blandin, Bégin, ne l'ont jamais observée chez des enfants ou des adolescents, et Velpeau considère comme un fait exceptionnel de l'avoir rencontrée chez ces derniers. Les deux premiers cas, qui aient été signalés à ce sujet, datent de 1856, et appartiennent à la pratique de Trousseau.

La connaissance de ces deux faits, jointe à ce qui résulte de son observation personnelle, permet à M. Mabboux, d'établir les symptômes de la fissure à l'anus, chez les enfants. D'après cet auteur, c'est d'abord de la constipation à laquelle succèdent des garde-robes qui provoquent les plus vives souffrances. Les douleurs ont cela de particulier, qu'elles ne se produisent qu'au moment de la défécation et se prolongent pendant un certain temps après. En dehors des crises, les enfants sont gais et tranquilles; leur état général est bon.

Les caractères de la douleur suffisent pour diagnostiquer la fissure à l'anus. Leur absence avant la défécation, leur apparition au moment de l'émission des fèces, leur persistance pendant un temps plus ou moins long après leur expulsion, ne permettent pas de croire à l'existence de coliques que l'enfant manifesterait d'ailleurs par l'irritation des membres, par la flexion des cuisses sur le ventre et la contraction de la face.

La présence du sang sur les matières, symptôme qui existait dans les deux cas de Trousseau, pourrait faire songer à une hémorrhagie intestinale si celle-ci n'était toujours l'expression d'un trouble grave de la santé, laquelle au contraire, à moins que l'affection ne dure depuis un temps très-long, se conserve bonne dans la fissure.

Dans la dysenterie, le sang est mêlé aux matières; dans les fissures, elles en sont seulement tachées.

On est donc conduit par l'étude de ce symptôme à chercher, dans une lésion de l'ouverture anale ou de la partie inférieure du rectum, la cause des symptômes présentés par les petits malades, et, dès lors, il ne peut s'agir que d'hémorrhoïdes, de polype du rectum ou de fissure anale. Les affections herpétiques et eczémateuses, les excoriations produites par des violences, sont en effet trop faciles à apercevoir, pour soulever le moindre doute à leur sujet.

Entre ces trois affections, l'exploration de l'anus est indispensable pour fixer le diagnostic. S'agit-il de fissure? En dépliant la muqueuse on trouvera la lésion. Si l'on a affaire à un polype du rectum, en examinant l'orifice anal au moment de la défécation on verra s'y engager une petite grosseur rouge, mamelonnée, rappelant l'aspect d'une framboise. Enfin les hémorrhoïdes externes se reconnaîtront à la simple inspection, et les hémorrhoïdes internes pourront également être entrevues à travers l'anus dans les efforts de la défécation. Si l'exploration de l'anus est négative, on devra admettre l'existence d'hémorrhoïdes internes ou d'un polype, profondément situés, et on ira à la recherche de la lésion avec le doigt. Or, dans les cas où il existe une fissure, celui-ci perçoit une résistance] inaccoutumée à s'engager dans l'orifice. Cette constriction du sphincter, jointe aux cris de douleur que provoquent les tentatives d'exploration, peuvent permettre d'affirmer l'existence de l'érosion caractéristique qu'une observation attentive finira par faire découvrir.

Cette constriction du sphincter, affirmée par Boyer, complétement rejetée par M. Gosselin, et signalée, du reste, dans les deux observations de Trousseau, est pour M. Mabboux, un symptôme non douteux de la fissure à l'anus, et il le signale comme un moyen de diagnostic certain, entre la fissure anale d'un côté, les polypes et les hémorrhoïdes de l'autre. — (*Union médicale.*)

Un nouveau symptôme de l'herpès tonsurant. — M. le docteur Aubert, appelle l'attention des dermatologistes sur un nouveau symptôme de l'herpès tonsurant. Il s'agit de points noirs offrant à l'œil nu l'aspect que présenteraient des *acnés punctata* de petit volume et constitués, à la loupe, par un poil qui, trop faible pour traverser l'épiderme, s'est replié ou enroulé au-dessous de lui, sous forme d'un cercle, d'un demi-cercle ou d'une ligne sinueuse. Si l'on vient à gratter ces points avec une aiguille, on extrait à la fois et le point noir tout entier et la lamelle épidermique qui la recouvre.

Au microscope, on voit un fragment de poil mou, infiltré de spores ayant de 5 à 6 et même 7 à 8 millièmes de millimètres et souvent mêlées à des fragments de mycélium.

Ces points noirs appartiendraient essentiellement à l'herpès tonsurant nettoyé et traité et ne s'observeraient pas dans les cas indemnes de tout traitement antérieur. Ils existent sur le quart ou le cinquième des malades. — (*Lyon médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 août 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les publications scientifiques de la semaine ;

2° Le deuxième fascicule du tome V du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

M. Verneuil offre : 1° de la part de M. Bourdelois, sa thèse intitulée : *Sur quelques observations de scrofule chez les vieillards.* D'après les neuf observations que renferme ce travail, les hommes sembleraient à l'abri des manifestations de la scrofule à un âge avancé, car toutes ont pour sujet de vieilles femmes.

2° De la part de M. Casabianca, une thèse sur les *affections de la cloison des fosses nasales.*

3° M. Verneuil présente en outre un petit instrument que son auteur, M. Th. Minière, a imaginé et a employé avec succès pour guérir un malade affecté de spermatorrhée invétérée. Dès que le sommeil commençait, ce malade avait une érection suivie d'éjaculation, et cet accident se renouvelait vingt et ving-cinq fois pendant la nuit. Il en était résulté un profond marasme. L'instrument consiste en un anneau muni d'une sonnerie électrique. Le malade se passait cet appareil autour de la verge en se couchant, et chaque érection mettait en mouvement la sonnerie qui le réveillait. Il a pu, par ce moyen, obtenir une grande amélioration de sa maladie, qui avait commencé depuis quatorze ans.

RAPPORTS

M. Marc Sée donne lecture d'un rapport sur différents travaux adressés à la Société par M. Dechaux (de Montluçon), sur les sujets suivants.

1° *De la conservation dans les cas de mutilation du membre supérieur par des engrenages.*

2° *Deux cas de traumatisme grave n'ayant pas interrompu la grossesse.* Il s'agissait dans le premier d'une femme de trente-huit ans, ayant déjà eu six enfants et enceinte de sept mois, qui reçut par derrière un coup de corne de vache qui déchira la grande et la petite lèvre d'un côté, en coupant l'anneau vaginal jusqu'à l'anus. Cette femme guérit très-bien et accoucha à terme d'un enfant vivant. Dans le second cas, la femme, enceinte de cinq mois avait fait une violente chute de cheval. L'accouchement se fit néanmoins à terme et sans accident.

3° *Des plaies graves du poignet.* Les plaies des parties molles du poignet sont très-fréquentes à la fabrique de glaces de Montluçon.

Les travaux de M. Dechaux seront déposés aux archives.

M. Terrier lit un rapport sur un travail de MM. Mathieu, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Maljean, médecin aide-major de 1re classe, sur *les altérations du sang pendant la fièvre traumatique et pendant les fièvres en général.* Cet important mémoire est renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATION

M. Faucon (d'Amiens), membre correspondant, donne lecture d'une observation de *résection du maxillaire inférieur avec ablation des parties molles du menton, suivie d'autoplastie.* A la suite de ces opérations, ce qui reste du maxillaire tend à se rapprocher considérablement, et M. Faucon conseille d'attendre que ce premier travail naturel soit accompli pour entreprendre l'autoplastie, qui sera alors restreinte à un petit espace.

M. Verneuil et Larrey sont partisans de cette expectation que M. Tillaux, s'appuyant sur les résultats satisfaisants qu'il a obtenus en pratiquant l'autoplastie immédiate, hésite à accepter.

M. Duboué (de Pau) rappelle un cas analogue à celui de M. Faucon, qu'il a fait connaître à la Société il y a douze ans.

M. Larrey croit que Bégin s'était exagéré la gravité et la fréquence de la rétraction de la langue, qui peut survenir lorsque le menton est détruit, et contre lequel M. Fauçon avait pris la précaution de relever la langue par un fil qui la traversait et qui était fixé au front.

M. Le Dentu a déjà fait un certain nombre de ces opérations. Il a tenté plusieurs fois l'anaplastie immédiate; mais une fois il a vu la mort survenir au quatrième jour, sans érysipèle, probablement par suite de septicémie putride; une autre fois, le résultat immédiat était très-beau, mais il s'est produit un enroulement des bords du lambeau, accident signalé par M. Verneuil, et après deux mois le lambeau était considérablement descendu. Au contraire, un malade opéré l'année dernière et qui devait revenir quelque temps après pour que le chirurgien fit une autoplastie pour restaurer la perte de substance, ne se représenta que cette année, pour une autre cause, car il ne restait qu'une simple petite fistule de quelques millimètres. Maintenant M. Le Dentu ne ferait pas d'autoplastie immédiate. Il est d'avis aussi qu'il faut se préoccuper de l'obstruction de la glotte par la langue lorsqu'une large brèche est faite au menton. Pour la combattre, il a fixé cet organe en bas, à travers la plaie. Il est survenu une glossite œdémateuse qui a été réduite facilement en élevant au contraire la langue.

COMMUNICATION

M. Panas fait une communication sur quelques détails histologiques du nerf optique. L'espace appelé gaîne lymphatique sous-vaginale n'est pas une cavité unique ; il est traversé par un lacis celluleux connu depuis longtemps; Douders, Ivanoff, ont étudié ces faisceaux ; M. Panas a vu que ces faisceaux qui sont élastiques, serpentins, ne sont autre chose que des cellules épithéliales rappelant celles de la cristalloïde antérieure, et dont la capacité presque toute entière est occupée par un gros noyau.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

153. Boutry. Diagnostic différentiel entre la consolidation incomplète des fractures et la pseudarthrose au point de vue du traitement ultérieur.

154. Lange. De la névralgie cervico-occipitale.

155. Jagot-Lacoussière. De la dilatation rapide de quelques cavités naturelles (rectum, urèthre chez la femme) au point de vue du diagnostic et du traitement.

156. Ménard. De l'otite moyenne purulente.

157. Raymond. Étude anatomique physiologique et clinique sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques.

158. Lemoine. Contribution à l'étude du rein sénile.

159. Damian. Contribution à l'étude du pronostic de la fracture du col fémoral chez le vieillard.

160. Perret. De la trépanation dans les abcès des os et dans l'ostéite à forme névralgique.

161. Esbach. Modications de la phalangette dans la sueur, le rachitisme et l'hippocratisme.

162. Andrillard. De l'érythème papuleux.

163. Pierron. Considérations sur le système artériel du bras et de l'avant-bras.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Cadiat, agrégé, préparateur du laboratoire d'histologie, est nommé directeur adjoint dudit laboratoire, en remplacement de M. Mathias Duval, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Garnier (Léon), né à Bar-le-Duc (Meuse), le 9 février 1855, est nommé aide préparateur du laboratoire de chimie biologique (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Georges Arth, bachelier ès sciences, licencié en droit, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de chimie, pendant la durée du congé accordé à M. Dupré, et en remplacement de M. Hommel, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Guillemin (Nicolas-Auguste), professeur de physique au lycée d'Alger, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, pour une période de neuf années.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Bernard, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, pour une période de neuf années.

— M. Scribe, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques, est institué, en outre, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, pour une période de neuf années.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Gauderon (Eugène-Adolphe), né le 5 mars 1849, à Clerval, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Deroge, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques, est institué, en outre, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes, pour une période de neuf années.

— *Ecole de médecine de Limoges.* — M. Piliault est chargé, provisoirement et pendant une année, des fonctions de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Poisson, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, pour une période de neuf années.

— M. le docteur Filleau est nommé médecin des archives nationales.

— *Prix à décerner en* 1877. La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

« *Rechercher les meilleurs moyens d'assister la mère indigente,* « *dans l'intérêt de l'enfant du premier âge.* »

Riche ou pauvre, mariée ou non, à moins d'un obstacle absolu, la mère doit nourrir et élever son enfant; mais, si elle est indigente, elle ne peut le faire qu'à la condition d'être secourue.

La loi Roussel assurera la protection des enfants placés en *nourrice*, en *sevrage* ou en *garde*; mais, si elle n'est pas modifiée, elle ne fera rien pour ceux qui restent chez leurs parents. Il serait donc éminemment utile de rechercher, dans l'intérêt de ces derniers enfants, les réformes qu'il conviendrait d'introduire dans la législation actuelle et dans les différents modes d'assistance publique ou privée; et c'est là, surtout, le point de vue sous lequel la Société protectrice de l'enfance désirerait que la question fût étudiée par les concurrents.

La Société protectrice de l'enfance de Lyon décernera une médaille d'or, dans la séance publique de janvier ou février 1877, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général, place des Célestins, 7.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires ne seront pas rendus.

— Le *Times of India,* de Bombay, annonce que le choléra sévit avec une grande intensité dans le Népaul; des centaines de personnes meurent quotidiennement, principalement dans les pays au Nord de cette province. L'épidémie sévit également dans le Panchgunny.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'histoire de l'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents, par le docteur Luigi. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude de la chorée, par le docteur Guérin. — In-8°. Prix : 1 fr. 50 — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Tableaux synoptiques de la presbyopie à tous les âges, par le docteur Claparède. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Gravelle urinaire, de son traitement par les eaux minérales, par le docteur Delfau. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Note sur les altérations du cœur, du foie, des reins, chez les aliénés, par le docteur Dufour. — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Quelques mots sur certaines modifications des urines. Pathologie séméiotique et thérapeutique, par le docteur Bouloumié. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Des tumeurs adénoïdes.

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

Je viens d'enlever chez une femme une petite tumeur du sein, qui avait pour caractères principaux d'être indurée, mobile sous la peau et sur les parties profondes et qui appartient à la classe des fibromes sous-cutanés ou de ces tumeurs qui ont reçu des noms particuliers et qui font partie de cette catégorie à laquelle Velpeau a donné le nom des tumeurs adénoïdes, les considérant comme un tissu analogue à celui qui compose la mamelle.

Tout d'abord, je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'un fibrome sous-cutané. Ces sortes de tumeurs, que Dupuytren appelait des tumeurs fibreuses, cellulo-fibreuses enkystées, s'accompagnent assez souvent de douleurs, caractère qui leur a valu de la part des chirurgiens modernes, le nom de fibromes sous-cutanés douloureux ou bien encore de tubercules sous-cutanés douloureux. Or, chez la femme que je viens d'opérer, la douleur à la pression, signalée dans ces circonstances, faisait complétement défaut.

Mais si ce n'est pas un fibrome sous-cutané douloureux, ce pourrait être une tumeur fibreuse indurée, ne comprenant pas de filet nerveux dans son épaisseur et ne déterminant, par conséquent, aucun phénomène de compression capable de provoquer de la douleur.

Je croirais cependant plus volontiers que nous avons affaire ici à une tumeur adénoïde. Sa consistance, un peu moins dure que celle du fibrome franc, son volume moins considérable, la fréquence dans la région où elle s'est développée, de productions morbides constituées par quelques éléments rappelant ceux de la glande mammaire normale, autoriseraient jusqu'à un certain point cette manière de voir.

Aussi, après avoir procédé à la dissection et l'énucléation de la tumeur, des parties auxquelles elle était unie, je l'ai fendue dans le sens de sa longueur. Mais je n'ai trouvé à l'œil nu, rien de bien caractéristique ; j'ai simplement constaté à la coupe, un tissu grisâtre, peu vasculaire, légèrement lobulé, un peu dur, et dans lequel on ne trouve pas les éléments des fibrome francs, à savoir des fibres blanches entre-croisées. D'un autre côté, malgré cette petite apparence lobulée que le tissu présentait à la coupe, je n'ai pas vu entre les lobules, entre les divers départements dont se constituait la tumeur, ces tractus celluleux qui séparent les lobes les uns des autres dans une glande acineuse. D'autre part, le microscope révélera-t-il la présence de culs-de-sac glandulaires, c'est possible. Toujours est-il que je ne vois pas, à l'œil nu, les caractères d'une glande.

Pour le moment, admettons qu'il existe quelques-unes de ces cellules glandulaires : la tumeur rentre dès lors dans la catégorie des adénoïdes de Velpeau. Seulement l'incision ne permet pas de distinguer à l'œil nu, si c'est une tumeur adénoïde qui renferme beaucoup de tubes glandulaires et très-peu de tissu celluleux et cellulo-fibreux, ou bien au contraire beaucoup de tissu celluleux ou cellulo-fibreux et très-peu d'éléments glandulaires.

En examinant cette pièce, en rapprochant des caractères qu'elle présente, et la lenteur de son développement, et la parfaite indolence dont elle s'accompagna, on comprend comment jusqu'à l'époque où l'on a appliqué le microscope à l'é-l'étude des tumeurs, on a pu leur donner tant de noms différents.

Jusqu'à Astley Cooper, elles étaient rangées dans la catégorie des carcinomes ; on les considérait habituellement comme des cancers sous-cutanés, non-susceptibles de récidive. Aujourd'hui, cette opinion erronée a disparu de la science, et, pour ma part, il m'est arrivé bien souvent de pratiquer l'ablation de ces soi-disants cancers du sein, sans voir en effet la récidive se produire. Quand A. Cooper fit l'étude des tumeurs de la mamelle, il remarqua très-bien que certaines d'entre elles, que l'on considérait ainsi comme des cancers non-récidivants, n'étaient nullement de nature cancéreuse, et que leur aspect à la coupe était un peu semblable à celui de la mamelle. Aussi proposa-t-il pour ces tumeurs, le nom de tumeurs mammaires chroniques.

Cette description de A. Cooper éveilla l'attention des cliniciens, et nous valut à Paris, de la part de Cruveilhier, la publication d'un mémoire lu à l'Académie de médecine vers l'année 1835 ou 1836, dans lequel le savant anatomiste décrivit, sous le nom de tumeurs fibreuses de la mamelle, des tumeurs qui n'étaient autres que celles dont A. Cooper avait fait précédemment l'étude sous le nom de tumeurs mammaires chroniques.

Cruveilhier disait que cet aspect blanchâtre que l'on trouve à la coupe, en pareille occurrence, devait être déterminé par

du tissu fibreux, quelquefois mêlé de graisse et de gélatine. C'était d'après lui des tumeurs fibreuses particulières, et il fallait que les chirurgiens sussent que bon nombre de femmes peuvent en présenter de semblables, qu'elle n'étaient nullement des cancers et que l'on ne devait pas s'étonner par conséquent de ne pas les voir récidiver.

Plus tard, la même question fut reprise par Velpeau, qui, frappé de la ressemblance que présentaient ces tumeurs avec celles dont A. Cooper et, après lui, Cruveilhier avaient fait la description, déclara qu'elles étaient dues à des productions accidentelles, de même nature que les tissus au milieu desquels elles s'étaient développées, et, d'après lui, elles se manifestaient de préférence à la suite de certains épanchements sanguins. Il adoptait ainsi la théorie de Hunter, d'après laquelle le sang épanché dans les tissus se transformerait en éléments analogues à ceux dans lesquels se fait l'épanchement. Voilà pourquoi, si vous lisez le livre de Velpeau et le premier travail qu'il publia sur ce sujet (*Archiv. médicales*, 1824-25) vous y trouverez la description de tumeurs fibrineuses qui n'existent plus aujourd'hui sous ce nom, auquel Velpeau lui-même renonça plus tard, proposant à la place de cette désignation le nom de tumeurs adénoïdes.

Mais, au point de vue clinique, tumeurs mammaires chroniques, tumeurs fibreuses, fibrineuses ou adénoïdes, peu importe, et ces différentes dénominations se résument toutes dans le mot de tumeurs bénignes, en ce sens qu'il est rare de les voir s'ulcérer, compromettre la santé et que jamais enfin la récidive n'a lieu.

Plus tard, après que Velpeau eut créé ce genre de tumeurs, et que, sous l'impulsion du savant chirurgien, les anatomo-pathologistes voulurent savoir ce que ces tumeurs étaient réellement, ils eurent recours au microscope. C'est alors que Lebert et très-peu de temps après lui, MM. Verneuil, Broca, Robin, ont vu qu'elles étaient constituées par des éléments glandulaires, des tubes analogues à ceux qui caractérisent la glande normale, enfin par un épithélium analogue à celui que l'on trouve dans la mamelle.

De telle sorte que les études microscopiques n'ont fait que confirmer l'opinion émise par Velpeau et avancée auparavant par A. Cooper et Cruveilhier.

Lebert considérait ces tumeurs comme des hyperthrophies partielles de la mamelle; elles étaient dues pour lui à l'hypertrophie d'un lobule glandulaire qui venait ainsi former une saillie. Velpeau au contraire ne voulut pas accepter une tellle manière de voir, et il préféra conserver pour ces tumeurs le nom d'adénoïdes qu'il leur avait assigné, se fondant sur ce fait qu'il n'était pas assuré qu'il y eut là une hyperthrophie partielle de la glande ni une production accidentelle.

De nombreuses discussions s'élevèrent alors de toutes parts à ce sujet, et l'on rechercha si, dans ces circonstances, il y avait connexion ou non de la tumeur avec le tissu glandulaire de la mamelle.

J'ai recherché moi-même, chez la femme, à propos de laquelle je fais cette leçon, s'il n'y avait pas un point de la tumeur qui adhérait avec le tissu mammaire ambiant, ou bien si je n'avais pas affaire à l'hypertrophie de tout un département de la glande. Il m'a semblé alors que la tumeur était enkystée, ce qui viendrait à l'appui de l'opinion de Velpeau, et que nous avions affaire à une production accidentelle et non pas à une hypertrophie partielle de la glande.

Toutes ces tumeurs, quelle que soit leur nature, du moment qu'elles sont bénignes, sont contenues dans une enveloppe celluleuse. Ce fait a été parfaitement indiqué dans le livre de MM. Labbé et Coyne où l'on trouve une description historique extrêmement précise de ces tumeurs.

C'est le propre de ces tumeurs bénignes d'être enveloppées par un kyste celluleux qui, à l'œil nu, peut paraître exclusivement fibreux et ne pas ressembler beaucoup au tissu glandulaire au milieu duquel il s'est développé, mais qui évidemment est composé d'éléments celluleux, cellulo-fibreux analogues aux éléments normaux des glandes et aux éléments glanduleux proprements dits.

En nous reportant donc au travail de Cruveilhier, très-explicite par rapport à la thérapeutique, avons-nous eu tort d'enlever cette tumeur? Quoique nous reconnaissions avec lui qu'elles ne sont pas dangereuses et ne compromettent nullement l'existence, je ne partage pas sa manière de voir. Il est certain d'abord, que les femmes qui sont atteintes de tumeurs du sein, qu'elle qu'en soit la nature, en ressentent un trouble moral tel que la santé en souffre réellement, par cette raison qu'elles s'imaginent avoir un cancer. De plus, à force de tourmenter leurs tumeurs, d'y porter la main, elles finissent par l'enflammer, par l'irriter. D'autre part, s'il est certain que ces tumeurs peuvent quelquefois rester stationnaires et que les malades peuvent alors les garder sans inconvénients, on n'est jamais assuré qu'elles resteront indéfiniment dans cet état. Quand la femme est jeune, il y a lieu de croire, au contraire, que la tumeur s'accroîtra dans la suite. Les tumeurs adénoïdes constituent alors une difformité, qui, par son volume, est incommode, gênante pour l'habillement, et quelquefois même susceptible de s'enflammer, d'arriver même à la suppuration, et de donner lieu à un abcès qui sera toujours long à se cicatriser. Enfin bon nombre de ces tumeurs peuvent devenir kystiques. J'ai par devers moi plusieurs observations de ce genre. Dans ce cas encore, il en résulte une augmentation de volume due, tantôt à ce que le tissu adénoïde a pris des proportions considérables, tantôt à ce que des kystes successifs sont venus s'ajouter à la tumeur primitive. De là la nécessité d'un traitement long, qui exercera un trouble plus ou moins profond, sur l'état général. Telles sont les raisons pour lesquelles je préfère pratiquer de bonne heure l'ablation de ces tumeurs, surtout, comme c'était ici le cas, quand les femmes réclament elles-même l'opération.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Berthier.

Les pseudo-paralysies générales à propos d'un aliéné infanticide.

Le 8 août 1872, entrait à l'hospice le nommé P...... Cet homme, emballeur de son état, bon père, époux modèle, ouvrier rangé, n'avait offert dans sa santé rien qui dût attirer l'attention, jusqu'en janvier 1871. A cette époque, après un refroidissement, P... avait été atteint d'une paralysie incomplète des extrémités inférieures. Depuis, son caractère avait changé; il était triste, taciturne, d'une dévotion extrême, distrait outre mesure, porté à divaguer, sentant parfois sa tête s'égarer subitement, et peu à peu avait fini par suspendre son travail.

C'est dans un de ces moments d'*absence*, que, pris d'une folle impulsion, il saisit son enfant, fille de huit ans, et lui coupa le cou... Conduit au dépôt de la Préfecture de police, incapable d'expliquer son crime, il y fut reconnu atteint *d'affaiblissement progressif de l'intelligence et de la mémoire*, *de vertiges épileptiformes* avec *tremblement des mains et de la langue*, *affaiblissement de la motilité*; l'asile Sainte-Anne, qui le reçut ensuite, confirma ce diagnostic quant à la démence, en y ajoutant de la *mélancolie*. Mais, cet établissement ne le garda que vingt-quatre heures, ne possédant pas de quartier pour les aliénés criminels, et il nous échut. Le cer-

tificat d'admission porta, que P... avait la sensibilité morale émoussée, un fond de mélancolie ou plutôt de *dépression* vague et que, d'après son propre aveu, la faiblesse musculaire se traduisait non-seulement par la faiblesse des jambes, mais parfois aussi par des difficultés de prononciation et des rétentions d'urine.

Le certificat de quinzaine fut ainsi conçu :

« Après quelques jours de calme, est devenu agité, puis est tombé dans le collapsus. A dater de cette époque, les jambes ont été faibles, la parole plus lente, les conceptions laborieuses, la sensibilité morale puérile. — Je *crains* la démence et une altération organique du cerveau. L'état mental est aussi mauvais que l'état physique. »

On le voit, nous étions dans le doute. Le malade ne présentait pas un état nettement caractérisé, et nous attendions que la situation se dessinât. Un mois se passe ainsi. Tout-à-coup éclate un accès de délire général : P... devient gâteux, a de la peine à se tenir debout, et maigrit; on dirait même qu'il bégaie, quand on l'observe longtemps. L'idée d'une congestion cérébrale (à laquelle sa mère avait succombé) nous vient à l'esprit, et nous supposons une démence avec paralysie *généralisée*. Mais, au moment où il touchait à sa fin et où on l'avait transporté à l'infirmerie pour qu'il reçut plus commodément les visites de sa femme, une réaction se fit : comme un voile tomba des yeux du moribond, qui devint calme, raisonnable, poli, et reprit des forces avec de l'embonpoint. La marche seule conservait de la difficulté, et la vessie une grande paresse : strychnine et cantharide furent administrées.

L'infidélité de la mémoire et un défaut absolu de spontanéité donnèrent les seuls indices positifs.

Deux mois après, les accidents énumérés reparaissaient : délire général, perte de la mémoire, hébétude, rétention d'urine, dépérissement. Ils durèrent quelques jours, et furent suivis d'un retour apparent à la santé : des symptômes primitifs il ne resta qu'une faiblesse des extrémités, se manifestant par l'écartement de la base de sustentation.

Le 1er mars 1873 surgissent, d'un seul coup, de la turbulence, de la loquacité, de l'insomnie, des hallucinations, des idées incohérentes, des propos obscènes, des apostrophes ordurières, des tentatives de suicide qui nécessitent l'emploi de la camisole. (Il avait voulu s'amputer la verge.) Interrogé, il ne put fournir d'explication sérieuse, on lui avait entendu dire qu'il voulait s'offrir en holocauste. Et quelqu'un lui ayant demandé pourquoi il avait tué sa fille, il répondit : « Pour l'envoyer au ciel. »

Au bout de la semaine, changement de scène, calme, raison, retour du sommeil.

Pourtant, les phénomènes les plus graves ne s'étaient pas produits encore : quinze jours après ce dernier accès, notre homme perd brusquement connaissance, et tout le côté gauche du corps s'agite de convulsions toniques puis cloniques, qui se répètent huit fois pendant la journée et s'accompagnent de perte de connaissance, de lividité de la face, d'écume à la bouche, d'un bruit systolique au niveau de l'espace intercostal gauche, et d'une amélioration du pouls qui bat jusqu'à 160 fois par minute. Grâce à un traitement énergique, consistant surtout en dérivatifs, après quelques alternatives d'agitation et de calme, celui-ci prend le dessus, le bruit de souffle cesse, la circulation revient à son cours normal, la face se colore d'une bonne carnation; et, sans pouvoir rendre compte de ce qui s'est passé, mais comprenant qu'il a été fou, P... reprend, le 22 courant, le régime commun et le genre de vie de ses camarades, quoique un peu bizarre. Nous crûmes que nous avions affaire à une congestion de la moelle gagnant le cerveau; mais non à une démence paralytique ordinaire.

On devait s'attendre à un répit, et l'on y comptait. Nous fûmes trompés. P... mourut rapidement, quelques jours plus tard, au milieu d'une série de crises complétement épileptiques. Et nous ne fûmes pas peu surpris de lire dans un journal, le surlendemain, que cet aliéné avait, selon les prévisions de la Préfecture de police, succombé à une paralysie générale, confirmée par l'autopsie qui avait révélé l'opacité des méninges et leurs adhérences à la couche corticale.

Ce qu'avait appris l'autopsie pratiquée avec l'aide de MM. Moissard et Hirtz, deux internes aussi consciencieux qu'intelligents, le voici :

L'encéphale pesait 1,437 grammes, dont 1,260 pour le cerveau et 117 pour la cervelle et le bulbe partagés en deux poids égaux. La pie-mère était légèrement épaissie et variqueuse, et l'on remarquait plusieurs stries laiteuses le long des vaisseaux; mais la membrane se laissait facilement détacher de la substance grise, qui présentait à la partie antérieure des hemisphères, une injection considérable, un véritable piqueté, résistant à tous les lavages.

Dans l'hémisphère droit, au niveau de la corne occipitale, existait un foyer de ramollissement de date certainement ancienne. En outre, si les ventricules ne contenaient qu'une quantité minime de liquide citrin, la membrane qui les revêt, évidemment épaissie, présentait des granulations et un toucher chagriné. Enfin les artères de la base, principalement les cérébelleuses, étaient athéromateuses.

A part quelques adhérences pleurales, les viscères de la poitrine n'offraient rien à signaler.

Ceux de l'abdomen étaient sains.

A la lecture de cette observation, que nous avons résumée aussi brièvement que possible, pour mieux mettre sa marche en relief et ne pas distraire l'esprit des traits principaux, se posent immédiatement ces questions :

Quelle est la nature de l'affection? — Les altérations découvertes expliquent-elles les symptômes? — Quelle interprétation faut-il donner au meurtre accompli? — Quelles inductions ressortent de ces considérations pour la thérapeutique, la pathologie, la médecine légale?

1° Du commencement à la fin, cette affection est singulière; sa marche, son caractère, sa terminaison, tout semble imprévu.

Au début, elle s'annonce par un ensemble morbide que personne n'ose qualifier, — ni les médecins du Dépôt, ni ceux de Saint-Anne; et ce n'est que le certificat de quinzaine qui laisse entrevoir, pour la première fois, la possibilité d'accidents paralytiques; c'est-à-dire trois semaines, au moins, après le meurtre qui a déterminé la séquestration. Au point de vue mental, ce qui a frappé les yeux, c'est l'état de dépression, de tristesse, d'hébétude empreints dans le regard, la physionomie, l'attitude, le langage, les actes du patient. On voit qu'on a devant soit un homme dont l'intelligence est obtuse, sans réaction contre le passé, presque indifférent en face de son crime.

Au point de vue physique, on ne constate que des vertiges, un peu de faiblesse des jambes, un imperceptible embarras de la prononciation, la paresse extrême de la vessie par intervalles; car il était impossible de vérifier si les égarements subits accusés étaient des crises spécifiques.

Pouvait-on conclure hardiment? Évidemment non.

La seule affection qui prêtât à comparaison, c'était la paralysie générale laquelle se présente : ou avec un délire spécial connu, ou avec un état de démence préparé de longue main, accompagnés de troubles de la motilité encore mieux connus.

Or, ici, pas de délire spécial, pas de démence nette, des troubles organiques peu significatifs; car, la faiblesse des jambes datait de longues années, le défaut de prononciation était douteux, et l'asthénie vésicale rapprochée de la faiblesse des extrémités inférieures nous poussait plutôt à supposer une maladie ascensionelle de la moelle.

Mais, ces congestions cérébrales? dira-t-on.

Ces congestions ne furent ainsi nommées, tout d'abord par nous, que sous toute réserve : les accès, que l'on est en droit de désigner ainsi maintenant, se sont offerts avec apparence de ceux de la manie subaiguë, escortée une fois de troubles hallucinatoires, et de tentatives de suicides avec vagues idées mystiques. Et l'on sait que les hallucinations, les idées mysti-

ques, les tentatives suicides, loin d'indiquer la paralysie générale, en éloigneraient la pensée. (Nous n'avons vu, à Bicêtre, que deux exemples de tentatives suicide et homicide chez les déments paralytiques, — aucun, chez des déments *avec* paralysie.) Tout au plus serait-il permis de donner à ces accès le nom de manie congestive, lesquels se produisent non dans le cours de la folie paralytique, mais dans la période initiale; et nous ne pourrions admettre que telle était la période de la maladie qui remontait, non à trois semaines, époque de l'immolation de l'enfant, mais au mois de janvier 1871, par conséquent à dix-neuf mois. Du reste, les accès, à part un seul, étaient loin de présenter le tableau de la manie congestive décrite par M. Baillarger.

2° Est-on en droit de revendiquer les lésions nécropsiques, découvertes ici, par celles de la paralysie générale progressive? Examinons. D'après les auteurs les plus autorisés, on doit trouver, chez les aliénés paralytiques : l'opacité des membranes, leur adhérence à la couche corticale, le ramollissement ou l'endurcissement de la substance grise. Que la lésion ait suivi un mouvement centripète ou centrifuge, la lésion fondamentale caractéristique, qui est l'aboutissant obligé du travail nécrobiosique, c'est le ramollissement cérébral ou son induration, produit immédiat de la transformation graisseuse des cellules, ou de la sclérose interstitielle diffuse.

Or, ici, pas d'opacité des méninges; à moins qu'on ne veuille appliquer ce nom au léger épaississement observé de la pie-mère; — aucune adhérence des méninges à la couche corticale, qui a conservé sa consistance; — pas de ramollissement, autre qu'un petit foyer d'ancienne date à droite, expliquant la faiblesse ancienne du côté gauche. Seules les membranes ventriculaires sont légèrement hypertrophiées et parsemées de petites éminences, qui ont été considérées comme une suite de kystes siégeant dans l'arachnoïde prolongée.

A part cela, tous les désordres se réunissent, pour prouver une aptitude hémorrhagique, constatée par l'état athéromateux de certains vaisseaux, ayant amené une suite de congestions cérébrales, et donnant là clef de ces accès maniaques plus ou moins violents, suivis de stupeur, remplacés par des crises convulsives... mais rien de la méningite aiguë, ni de l'encéphalite.

Si, donc, il faut admettre que les accidents pathologiques ont débuté par l'extérieur, et ont marché de la circonférence au centre, où ils se sont arrêtés, — peut-on présumer qu'ils eussent, avec le temps, poursuivi leur marche dans le même sens et produit le ramollissement spécifique?

Nous n'osons pas l'affirmer.

Il nous a été donné plusieurs fois de rencontrer de telles contradictions, entre les lésions cadavériques et les symptômes morbides, que nous serions autorisés à supposer, ou que nous nous sommes trompés dans notre diagnostic, ou que l'anatomie pathologique est loin d'avoir dit son dernier mot à ce sujet.

L'aveu d'une erreur sert la science autant que la confirmation d'un principe.

Un de nos malades, décédé dans notre service, y est mort reconnu dément paralytique au troisième degré, et son histoire a été publiée à ce titre dans la *Gazette* : quand on a ouvert son crâne, on n'a pas rencontré une seule des lésions caractéristiques de la paralysie générale. Et un autre, dont l'observation a été publiée dans la *Médecine contemporaine*, de 1866, n'ayant qu'un accès maniaque subaigu, continu, puis rémittent, avait, après trois mois de maladie seulement, le cerveau aussi mou que de la gelée de coings — probablement la dégénérescence colloïde.

3° Si nous passons maintenant, au troisième ordre de faits, nous nous heurtons également à de grandes obscurités.

Il n'est pas aisé, en effet, d'interpréter le meurtre commis par cet aliéné, non pas que la folie soit douteuse : la simple énumération des symptômes suffirait pour l'affirmer. P..... était bien fou quand il a égorgé sa fille, et personne n'a songé à le contester; mais quelle signification diagnostique donner à son crime? A quelle catégorie de la nomenclature appartiendrait-il?

Le meurtre a été instantané, fortuit, inconscient. Dans quelle affection mentale eut-il présenté ce caractère?

Ce n'est pas dans le délire à idée fixe, où le sujet agit en vertu d'une systématisation invincible, — ni dans le délire hallucinatoire, où l'acte est commandé par des sensations impérieuses invariables, — ni même dans la folie instinctive, où les accès sont séparés par de longs intervalles lucides, et dont le malade a jusqu'à certain point conscience. Serait-ce, à l'alcoolisme? Les habitudes, le genre de vie de P..... ne permettent pas de le supposer, — à défaut de signes pathologiques. Serait-ce alors, à la démence paralytique? Je ne crois pas qu'on l'ait jamais signalé; l'hallucination qui y apparaît exceptionnellement n'a point un caractère impératif; l'eût-elle eu, en cette circonstance, le malade se le serait rappelé. Supposera-t-on qu'elle s'est produite comme accident d'un accès de manie congestive? Celle-ci n'a pas pour attribut l'instantanéité de cet homicide; elle a des périodes d'invasion, d'acmé, de déclin, comme tous les accès maniaques; les actes commis sont violents, mais précédés de la violence, et le malade s'en souvient.

Cependant, si nous rapprochons les deux tentatives criminelles de P..... — infanticide et suicide — nous ne pouvons nous empêcher de leur trouver de communs caractères; quoique la dernière ait été conçue avec plus de connaissance. Dans l'un et dans l'autre cas, il y a eu instantanéité, impulsion destructive, vague idée mystique; tout nous autorise à supposer que la première a été entourée d'un ensemble morbide de la même nature, à savoir : des symptômes congestifs. Cette présomption aurait d'autant plus de valeur, que des vertiges épileptiformes avaient été indiqués dans un des certificats, que le malade a succombé dans des crises épileptiques, et qu'il avouait lui-même être sujet à des égarements subits.

Que pourrait, donc, être un assassinat commis dans un moment d'égarement inopiné, dans des conditions pathologiques de cette nature, en dehors des *manies* classées et nommées, sinon une sorte d'épilepsie larvée, telles qu'il s'en produit quelquefois dans le cours des congestions paralytiques, et dont il a été question dernièrement à la Société medico-psychologique? Je n'ose me prononcer.

Mais, de cette observation, il s'ensuivrait que les attentats, appelés criminels, peuvent se présenter, quoique rarement, dans le cours des affections cérébrales de nature organique.

Ils se présentent, alors, sous la forme d'actes inconscients, semblables à ceux de la démence.

Cette démence, quand elle s'associe à la paralysie, n'offre pas de caractères bien spéciaux; mais la paralysie, quand elle n'est pas celle des aliénés proprement dits, suit une marche irrégulière qui doit éveiller des soupçons sur le diagnostic.

DE LA TRÉPANATION DANS LES ABCÈS DES OS
ET DANS L'OSTÉITE A FORME NÉVRALGIQUE (1)

Par le docteur S. PERRET.

Conclusions. — La trépanation doit être considérée comme le traitement rationnel de l'abcès intra-osseux aigu et chronique. C'est

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

le seul moyen de mettre un terme aux souffrances du patient et de le soustraire aux complications qui pourraient, plus tard, exiger le sacrifice du membre entier. Il existe une forme d'ostéite caractérisée par un gonflement modéré de l'os et des douleurs violentes, tantôt intermittentes, tantôt continues, à exacerbations nocturnes. — Cette ostéite a une marche chronique, interrompue de temps à autre par des poussées aiguës qui sont l'origine des douleurs qu'on y observe. — La cause intime de cette douleur doit être attribuée à l'étranglement de la moelle en développement dans les espaces préexistants qui ne subissent pas une résorption proportionnelle. La trépanation peut et doit être employée quand le chirurgien a épuisé contre cette affection tous les moyens locaux et généraux dont il peut disposer dans ce cas. Cette opération joue ici le rôle d'un véritable débridement et fait disparaître la maladie, comme l'incision dans le phlegmon diffus, en levant l'étranglement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 août 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Instruments à température constante. — M. D'ARSONVAL, préparateur de Cl. Bernard, présente à la Société une série d'instruments à température constante, qu'il fait fonctionner devant elle.

Ces régulateurs, dont l'exécution a été confiée à M. Wiesnuegg, sont d'une sensibilité pour ainsi dire indéfinie. On peut dépasser le centième de degré avec l'instrument présenté.

M. d'Arsonval applique le même principe à un grand nombre d'appareils différents. On remarque une couveuse artificielle et une platine chauffante, permettant d'étudier pendant des mois les éléments anatomiques soumis à l'action d'une température constante.

Enfin, avec les nouveaux appareils, on n'est pas limité à l'emploi du gaz comme combustible, on peut user de n'importe quelle source de chaleur, le résultat est le même. Ces appareils résolvent le problème absolument général de la constance de température, problème qui peut s'énoncer ainsi :

« Maintenir une température constante, indépendamment de la nature et de l'ardeur du foyer. »

Ces appareils sont un moyen général d'observation. L'auteur a entrepris avec leur aide une série d'observations qui feront l'objet d'une prochaine communication.

Calcul rénal presque uniquement composé de fer. — M. CAZENEUVE présente un calcul rénal qui provient d'un malade qu'a soigné M. Laborde. L'examen chimique de ce calcul a démontré qu'il contenait 75 pour 100 de peroxyde de fer.

M. LABORDE déclare tout d'abord que, quelque extraordinaire que soit ce fait, il est d'une parfaite authenticité. Il s'agit, en effet, d'un de nos confrères qui a été pris de coliques néphrétiques parfaitement caractérisées. La crise a duré une dizaine de jours pendant lesquels, notre confrère a enduré des douleurs atroces, qui ont résisté à tous les calmants possibles. Il se rendait, du reste, parfaitement compte de la migration de son calcul, lorsque étant dans un bain, il fut pris d'une très-abondante hématurie, et rendit dans sa propre main le calcul en question.

M. Laborde se contente de faire connaître ce fait étrange, sans chercher à en donner aucune explication.

Influence des diverses couleurs sur la végétation. — M. PAUL BERT a entrepris de nouvelles expériences relatives à l'influence des couleurs diverses sur la végétation. Ces expériences, qui ont porté principalement sur la sensitive, lui ont permis de constater les faits suivants :

La lumière verte tue les végétaux. Les plantes soumises à l'influence des rayons verts meurent en peu de temps. Sous l'influence des rayons rouges les pointes s'allongent, les pétioles s'élèvent en formant, avec la branche d'où ils naissent, un angle plus petit qu'à l'état normal, la plante paraît s'étioler, en un mot, et cependant elle reste parfaitement vivante. Sous l'influence des rayons bleus, c'est l'envers qu'on observe ; les pétioles deviennent perpendiculaires à la branche qui leur donne naissance, tandis que, sous l'influence des rayons blancs, c'est l'état intermédiaire à ces deux états qu'on observe, c'est-à-dire que les pétioles sont inclinés sur la branche de façon à former un angle de 45 degrés environ d'un côté et un angle de 75 degrés de l'autre côté. M. Paul Bert explique ces faits de la façon suivante : au niveau du point d'attache du pétiole existe un renflement moteur, qui augmente ou diminue de force suivant les diverses espèces de rayons. Sous l'influence des rayons rouges, il se forme dans ces renflements moteurs une substance particulière, osmotique, capable d'attirer l'eau, laquelle substance disparaît sous l'influence des rayons bleus.

Si l'on place une sensitive dans une lanterne dont un verre est de couleur rouge et l'autre de couleur verte, on voit la plante tourner ses pétioles vers le vert, c'est-à-dire vers la couleur qui la tue et, en effet, elle meurt.

Les divers rayons lumineux exercent donc, chacun à leur façon, une action physico-chimique sur les plantes.

Pathologie cérébrale. — M. PITRES communique l'observation d'une malade qui a succombé, dans le service de M. Charcot, à une hémorrhagie cérébrale sans symptômes moteurs. La lésion était située dans le centre ovale, à la partie antérieure de la deuxième circonvolution frontale.

Influence de l'arrêt circulatoire cérébral sur la circulation. — M. COUTY a étudié dans le laboratoire de M. Vulpian, l'influence de l'anémie cérébrale sur les fonctions cardio-vasculaires.

Opérant sur des chiens curarisés; oblitérant directement les artères cérébrales, par des injections de spores de lycopode, au lieu de lier les artères encéphaliques ; se servant d'appareils enregistreurs pour constater l'état de la circulation, il a pu arriver à des résultats plus précis. Il a même été possible dans certains cas, grâce à l'emploi du microscope, de rapporter les troubles observés à l'arrêt circulatoire d'une portion limitée de l'encéphale.

Si l'anémie porte sur toutes les parties, cerveau et mésocéphale, on constate : 1° *une augmentation considérable* de la tension artérielle qui a doublé, et même dans certains cas triplé sa valeur initiale ; 2° *un ralentissement du pouls* qui, de 180 à 140 pulsations, tombe à 40, 30 pulsations par minutes.

Après avoir duré un temps long, huit à dix minutes au moins, ces phénomènes cessent, et la tension peut même s'abaisser au-dessous de la normale.

Si l'anémie porte seulement sur les parties antérieures du cerveau, le cœur se ralentit, mais il n'y a aucune variation notable et persistante de la tension artérielle : le ralentissement du cœur est lui-même moins considérable que dans les cas d'anémie encéphalique générale.

Quelques-unes des expériences de M. Couty, ayant été publiées dans dans sa thèse sur l'entrée de l'air, en 1875 ; ces résultats sont donc antérieurs à ceux indiqués par M. Sigmond Mayer en février 1876 ; du reste, les expériences de M. Mayer ont été faites avec un procédé imparfait et défectueux.

M. Couty se réserve d'étudier prochainement le mécanisme de ces troubles si curieux et si considérables, et de fixer leurs voies de transmission, moelle, pneumogastriques, etc.

A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

Les extraordinaires qui font partie du collége des professeurs, et qui se trouvent ainsi naturellement désignés pour l'occupation des

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 août.

chaires ordinaires en cas de vacance, sont au nombre de dix. Nous avons dit que M. Jaeger avait un service à l'Hôpital-Général; une chaire extraordinaire est désignée pour la démonstration des instruments de chirurgie, et l'application des bandages et appareils; deux autres ont pour objet des leçons cliniques sur la syphilis et la psychiatrie; une pour l'enseignement de l'anatomie pathologique avec démonstration sur le cadavre; pour la chirurgie spéciale, ce semestre d'hiver, le cours devait particulièrement traiter des maladies de la prostate et de la vessie; le professeur extraordinaire Widerhofer est chargé d'occuper la chaire où sont enseignées les maladies des enfants. Au nombre des professeurs extraordinaires qui ont entrée dans le collége des ordinaires, il faut enfin compter le professeur Roell, de l'École vétérinaire, qui est chargé de faire un cours de médecine et de police vétérinaires; c'est un vieil usage à la Faculté de Vienne que la pathologie comparée ait un représentant dans le collége académique.

Viennent ensuite vingt-deux extraordinaires, en dehors du collége sus-cité, ne percevant que des traitements minimes ou n'en percevant point du tout, docents plus ou moins récemment élevés au rang de *professeurs*, titre qui a, comme chacun sait, une importance extrême en Allemagne, et dont toute personne qui enseigne tient fort à être revêtue. *Parmi les docents, beaucoup même ne peuvent comprendre qu'on leur refuse une appellation académique qui est conférée à un simple maître de gymnase* (1). Cette observation constitue un détail caractéristique. Parmi ces extraordinaires, se trouvent un certain nombre d'hommes éminents qui jouissent à Vienne d'une situation médicale et d'une autorité scientifique des plus enviables; il suffit de citer les professeurs M. Benedict, chargé d'un cours d'électro-thérapie, ainsi que son collègue M. Rosenthal; H. Auspitz, directeur de la Policlinique générale, qui enseigne dans cet institut important (2) les maladies de la peau et la syphilis; Leidesdorf, qui fait un cours de psychiatrie; le professeur Gruber, pour lequel a été créé une chaire d'otologie; le professeur A. Politzer, enseigne les mêmes matières; les chaires extraordinaires pour la laryngoscopie et la rhinoscopie sont occupées par MM. Ploerk et Schroetter; le docteur de Mundy, qui a laissé à Paris de si excellents souvenirs, s'occupe particulièrement de ce qui concerne l'enseignement de la médecine militaire; il a publié, en 1874, d'intéressantes observations sur le service médical en campagne (3).

De nombreux cours sont faits par d'autres extraordinaires sur l'électro-thérapie; en tout, quatre cours sur ce moyen thérapeutique avec démonstrations cliniques; dans des cliniques hospitalières ou privées; un cours sur l'enseignement des moyens de diagnostic employés en médecine; deux cours d'hygiène, climatologie, géographie médicale; un cours d'embryologie; deux cours de pathologie interne; deux cours de chirurgie (démonstration d'appareils, d'instruments); un cours de micrographie; un cours d'auscultation et de percussion.

Aux privat-docents de répéter des cours de chirurgie générale et spéciale (cinq cours de chirurgie pour les enfants), syphilis, maladies de la peau; auscultation et percussion; accouchements; maladies des organes génitaux urinaires; maladies des femmes; chirurgie dentaire (trois cours); maladies internes des enfants; hydrothérapie (trois cours); maladies du cœur; maladies de la gorge (pharynx et larynx) (quatre cours); opérations obstétricales; hygiène, statistique médicale; sur les grands traumatismes (amputations, résections, chirurgie de guerre; maladies des poumons; électro-thérapie (cinq cours): ophthalmologie (cinq cours); cours particuliers sur l'optique physiologique (deux cours); cours de physiologie expérimentale, etc., etc., etc. En un mot, il n'est guère de branche de la médecine que les privat-docents n'abordent, et ne présentent sous un aspect différent, s'attachant les uns à la théorie, les autres à la pratique, divisant, subdivisant, subdivisant encore, répétant ce qu'enseigne le collége voisin, se répétant eux-mêmes, mais, au demeurant, donnant, et par leur nombre et par leur activité, une véritable impulsion à l'enseignement académique.

L'Hôpital-Général de Vienne ne compte pas moins de cent vingt assistants et seconds médecins (*secundar aerzte*) attachés aux divers services cliniques, et remplissant dans les salles des malades des fonctions salariées; ce sont eux qui, naturellement, fournissent le plus grand contingent de privat-docents. Il est naturel que ces jeunes médecins cherchent l'occasion de se produire comme maîtres; étant donné l'ordre de recrutement des universités allemandes et autrichiennes, c'est pour eux l'unique moyen d'arriver à fixer l'attention des élèves et du collége des professeurs, qui choisit les extraordinaires conjointement avec le ministre de l'instruction publique; c'est aussi le moyen pour eux, s'ils ne tiennent pas à rester à Vienne, d'attirer les regards d'une autre université autrichienne, allemande ou suisse secondaire, et d'y être appelés comme extraordinaires.

Dans cet intéressant sujet des universités allemandes, la question des privat-docents prend à chaque pas, aux yeux de l'observateur attentif, une importance toujours croissante. Qu'est-ce, après tout, que le corps des privat-docents, sinon un corps ouvert à tous les docteurs nationaux et étrangers (ces derniers n'ont qu'à parler la langue), sinon l'enseignement libre dans son acception presque la plus complète? C'est la base des institutions de recrutement pour le professorat la plus large qui se puisse trouver, puisque tout le monde peut faire partie de ce corps, et que les conditions d'entrée sont vraiment réduites au minimum, au diplôme de docteur, et à un examen sans difficultés réelles; il n'est pas, en effet, plus difficile à un docteur allemand d'entrer dans le corps des privat-docents qu'à un docteur français de devenir professeur à l'École pratique de notre Faculté. On juge de cette sorte que les candidats aux chaires d'extraordinaires et d'ordinaires ne manqueront jamais, et que les colléges universitaires n'auront, à vraiment parler, que l'embarras du choix. Les concours, usités en France, ont, disent les Allemands, un caractère *aristocratique* qui ne peut convenir à leurs principes en matière d'enseignement; il leur faut, pour peupler leurs chaires de médecine, de philosophie ou de droit, des lois de recrutement à base étendue, qui n'excluent, ne découragent personne, fassent appel aux talents obscurs, lents et silencieux, comme aux personnalités ambitieuses, et aux esprits vifs et brillants, chez qui le mérite est très-loin, du reste, d'être absent; il faut à leur système des assises solides, *démocratiques* (c'est le mot que nous avons entendu prononcer plus d'une fois). Les Allemands disent encore que, pour le bien de l'État, il faut, en général, donner aux esprits qui aspirent à se produire au dehors le plus de facilités, le plus d'occasions possibles, loin de restreindre les occasions et d'augmenter les difficultés, comme ils le voient faire ailleurs; or, ce n'est pas pour eux une question de savoir si le système du concours éloigne de la carrière de l'enseignement plus de talents qu'il n'en met en évidence, et un tel résultat suffit à leurs yeux pour condamner le mode de recrutement français. Ajoutons que le concours, par sa nature même, par les qualités hors ligne qu'il réclame de ceux qui triomphent comme de ceux qui échouent, par la spontanéité de talent, la rapidité de conception, de plan, de méthode, le talent oratoire, la facilité d'exposition, l'appel immédiat à toutes les connaissances antérieures, à l'expérience d'une vie scientifique entière, répugne aux habitudes intellectuelles et aux procédés de l'Allemagne savante; il n'est pas donné à toutes les nations de produire, pour ses hautes écoles, des hommes comme ceux qui ont illustré et illustrent les nôtres.

Avec une porte d'entrée aussi largement et aussi constamment ouverte, on comprend facilement que le corps des privat-docents renferme des éléments d'un mérite fort inégal; il compte des membres éminents que leur mérite rare met de suite en lumière; au bout de trois ou quatre ans au plus, le ministre de l'instruction publique, à Vienne, par exemple, est suffisamment éclairé sur la valeur des docents qui aspirent à devenir extraordinaires, et l'on peut dire que tel docent est désigné d'avance au choix du collége académique et du ministre; il compte aussi des membres qui ne peuvent prétendre

(1) Communications orales nombreuses.

(2) 24,000 malades se sont présentés et ont été traités l'an dernier à la Policlinique de Vienne.

(3) *Ueber den Transport der im Felde Verwundeten und Kranken*, nebst den Verhandlungen der auf Einladung der Herren Dr. Dr. Billroth, v. Mundy u. Wihelshoeffer im Sanitaets-Pavillon der Wiener Weltausstellung, 1873, vom 6-9 October versammelten Privat-Conferenz ueber Werbesserung der Pflege der un Felde Verus. und. K. — (Ouvrage traduit en français par M. Griska.)

à nulle position universitaire supérieure, qui n'ont que peu d'élèves et qui, sans doute, ne demeurent dans la corporation que pour conserver un titre susceptible de leur donner quelque lustre dans le public extra-médical.

On a dit avec une certaine apparence de vérité que les docents faisaient une concurrence sérieuse aux professeurs titulaires; c'est un point sur lequel il faut s'entendre. Sans doute, nous avons rencontré dans ces hôpitaux et dans les policliniques des docents qui réunissaient nombre d'élèves et de médecins étrangers, mais jamais ce nombre n'est considérable; quand il s'élève à vingt ou vingt-cinq, c'est déjà un chiffre enviable; jamais nous n'avons vu un docent réunir, par exemple, un amphithéâtre d'élèves *payants* tel que celui qui écoutait à Munich le professeur de clinique interne, M. de Ziemssen; soixante étudiants étaient assis autour du maître. Il est vrai que l'étudiant, étant certain de rencontrer le professeur titulaire à l'examen, préfère les leçons de ce dernier à celles de tout autre.

Le nombre des privat-docents qui enseignent dans une Faculté de médecine ou dans toute autre Faculté, car le système des privat-docents n'appartient point exclusivement à l'ordre médical, indique, par son degré plus ou moins élevé, l'importance de l'école. C'est Vienne qui a toujours le plus grand nombre de privat-docents; c'est à Vienne que les médecins étrangers, surtout les Américains et les Russes, viennent chercher un complément indispensable à leurs études; l'enseignement des docents avec ses divisions, ses spécialités nombreuses, comble pour ces étrangers bien des lacunes.

A Vienne, avons-nous dit, le nombre des docents s'élève cette année à soixante-huit (1); il était dans le semestre d'hiver de 1874-1875 de soixante-trois.

Il paraîtra peut-être intéressant à quelques-uns d'avoir sous les yeux un état numérique des privat-docents dans les universités allemandes.

Dans le semestre d'hiver de 1874-1875, il n'y avait pas un privat-docent à Erlangen, à Innsbruck; il y en avait un à Iéna, à Rostock, à Tubingue et à Strasbourg; deux à Bonn; trois à Fribourg, à Giessen et à Greifswald; quatre à Graz, à Heidelberg, à Marbourg; cinq à Dorpat, à Gœttingue; six à Kiel et à Zurich; huit à Berne et à Wurzbourg; neuf seulement à Prague; dix à Bâle, à Halle et à Kœnigsberg; onze à Leipsig; quatorze à Munich; seize à Breslau; trente-quatre à Berlin.

Dans le présent semestre d'hiver, 1875-1876, les nombres ont un peu changé, car il n'y a rien de fixe en toute cette organisation; les proportions sont d'ailleurs à peu près les mêmes.

Il y a un docent seulement à Innsbruck et à Rostock; deux à Iéna, Giessen et Prague; trois à Erlangen; quatre à Strasbourg, Greifswald; cinq à Tubingue, à Bonn, à Heidelberg, à Marbourg, à Dorpat, à Gœttingue, à Hall, à Zurich; six à Fribourg en Bade et à Graz; sept à Kiel; huit à Kœnigsberg, à Bâle; neuf à Wurtzbourg; onze à Munich et à Berne; quinze à Breslau; seize à Leipsig; trente-huit à Berlin.

Aux 1,200 étudiants en médecine qui fréquentent la Faculté, Vienne offre donc 121 professeurs, chiffre imposant si on le compare à celui des autres universités allemandes. Ainsi, parmi les Facultés les plus fréquentées après Vienne, Berlin n'a que 65 professeurs (14 ordinaires, 13 extraordinaires, 38 docents); Leipsig 40 professeurs (9 ordinaires, 15 extraordinaires, 16 docenten); Wurtzbourg 19 professeurs seulement (8 ordinaires, 2 extraordinaires, 9 docents). Ce chiffre de 1,200 étudiants peut n'être considéré que comme une moyenne, car dans les diverses statistiques que nous avons sous les yeux nous voyons qu'en 1867 (semestre d'hiver), les élèves étaient seulement au nombre de 1,000, et que la même année (semestre d'été), ce chiffre monte à 1,412. Le chiffre le plus élevé dans une période de dix années a été de 1,653 dans le semestre d'hiver de 1871; dans le semestre d'été de 1875, il n'a été que de 859.

Pour les Facultés de droit et de philosophie, Vienne est encore la plus considérable des universités allemandes. La Faculté de droit compte ici, dans le semestre d'été de 1875, 1,412 étudiants; celle de Berlin n'en compte que 567; celle de Bonn 219; celle de Breslau 385; celle de Gœttingue 376; celle de Munich 235; celle d'Heidelberg, très-renommée, 385; celle de Prague 847; celle de Leipsig se rapproche davantage du chiffre de Vienne, elle en compte 1,036. La Faculté de philosophie (analogue de nos Facultés de sciences et de lettres réunies) compte à Vienne 692 élèves; à Prague 443; à Munich 405; à Leipsig 964 et à Berlin 776, chiffres supérieurs à celui des étudiants viennois.

L'Hôpital-Général de Vienne compte trois mille lits : c'est un des plus considérables, sinon le plus grand des hôpitaux de l'Allemagne : le nombre des lits qu'il renferme a été plus considérable encore, mais on a dû le réduire par mesure d'hygiène. Avec ses neuf cours et ses immenses bâtiments, cet hôpital est à lui seul une petite ville; il centralise tous les services cliniques de la Faculté de médecine, et constitue avec ce système de division, sur lequel nous avons déjà souvent insisté, la partie la plus importante de cette branche de l'université.

Là, comme nous l'avons marqué pour l'Hôpital-Général de Munich, chaque service a son amphithéâtre particulier, pouvant contenir plusieurs centaines d'étudiants, destiné à l'enseignement du professeur et des privat-docents. Tous les jours il se fait une clinique publique, excepté le samedi et le dimanche; les étudiants, après avoir suivi la visite, se réunissent dans l'amphithéâtre pour écouter la leçon; ils sont interrogés sur les malades entrants, sur les malades qui viennent consulter, et assistent aux opérations. Les cliniques ophthalmologiques des professeurs Artl, Carion et Jaeger, sont également pourvues de vastes salles qui servent en même temps de salle de cours et de consultation. Le service du professeur extraordinaire Jaeger renferme une quarantaine de lits environ.

Nous n'avons pas à revenir sur les détails que nous avons donnés dans une lettre antérieure, à propos des policliniques. Nous avons dit qu'il y avait des policliniques officielles, comme il y avait des policliniques particulières; mais cette terminologie ne désigne pas des faits particuliers à l'Allemagne médicale; la seule différence entre le *modus faciendi* français et le *modus faciendi* allemand, c'est que chez nous les malades *consultants* ne sont généralement point introduits dans l'amphithéâtre des cours, et ne servent pas systématiquement à l'interrogatoire des étudiants. Dans une université aussi importante que celle de Vienne, les policliniques officielles ont d'ailleurs une importance médiocre, les professeurs de clinique étant toujours assurés de trouver dans les services fixes des malades assez nombreux pour défrayer leurs leçons publiques et privées, c'est-à-dire payantes. C'est surtout pour l'enseignement privé, pour l'enseignement des extraordinaires sans services et des docents, ou pour les petites universités dont les services hospitaliers sont médiocres, que les policliniques conservent leur importance.

(1) *Statis. de Deutsch Univ.*, 1875-1876.

Par décret en date du 29 juillet 1876, M. Heckel (Édouard-Marie), docteur ès sciences, est nommé professeur d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Kleisis génital et principalement de l'occlusion vaginale et vulvaire dans les fistules uro-génitales, par le docteur Le Double. — In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1268 pages, chez Vᵉ A. Delahaye et Cᵉ. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

De l'inspectorat des eaux minérales. Nécessité de cette institution; amélioration dont elle est susceptible, par Onésime Pouydebot. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

N° 93. — JEUDI 10 AOUT 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 10 AOUT 1876. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il serait malaisé de suivre la discussion sur le spirophore de M. Woillez dans tous les chemins détournés où elle s'égare. Il y a huit jours, M. Colin abordait, à son occasion, la grande question de l'asphyxie en général, de son mécanisme, de son pronostic, de la survie possible en état de mort apparente.

Aujourd'hui, M. Devergie a voulu passer en revue toutes les espèces d'asphyxie, et les traitements qui conviennent pour chacune d'elles. Les opinions qu'il a émises soulèveraient un monde d'objections.

Quand les fonctions vitales se trouvent suspendues, est-ce bien le cas de faire des réactions chimiques dans l'appareil respiratoire, comme s'il s'agissait d'un vase inerte?

Est-il bien vrai qu'il faille soumettre le patient à des inhalations de chlore lorsque la cause de l'asphyxie est la respiration d'acide sulfhydrique?

Est-il bien vrai que, s'il s'agit des gaz dégagés par une fermentation ammoniacale, la seule indication soit de neutraliser l'ammoniaque qui peut rester dans les bronches par les vapeurs de quelque acide végétal?

D'une autre part, dans l'asphyxie par le charbon, est-il vrai qu'il n'existe pas de meilleurs procédés que les affusions froides?

On pouvait le croire, il y a vingt ans, avant que M. Faure fit paraître, dans les *Archives de médecine*, ses beaux travaux sur l'asphyxie, basés sur un nombre considérable d'expériences sur les animaux, et sur quelques observations très-remarquables et très-probantes.

M. Faure a prouvé qu'on pouvait ranimer par des moyens plus énergiques des asphyxiés, qui seraient morts si l'on s'en était tenu pour eux aux innocentes affusions froides. Je puis en parler d'autant mieux que j'ai constaté par moi-même la vérité des assertions de M. Faure : dans un cas où, après onze heures de respiration artificielle, je suis arrivé à ranimer une dame qui avait voulu se suicider par le charbon (voir *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 3 août 1867). Cette observation avait eu de nombreux témoins, dont quelques-uns sont encore vivants, entre autres M. l'abbé Moigno.

J'avais employé dans ce cas, concurremment avec les cautérisations pratiquées au fer rouge sur les régions sous-claviculaires et sternale, suivant la méthode de M. Faure, un procédé de respiration artificielle qui m'avait déjà réussi dans un autre cas, non moins curieux, et que j'ai raconté ailleurs.

Ce procédé diffère de celui que préconise M. Woillez, en ce que l'effort porte surtout sur le mouvement expiratoire, au lieu de tendre à l'ampliation excessive de la poitrine dans son ensemble. Or, ceci me paraît avoir une importance capitale pour le résultat.

En effet, comme l'a établi M. Colin dans ses nombreuses expériences récentes, et comme on l'avait remarqué déjà avant lui, le cœur est atteint dans l'asphyxie, de telle sorte que le ventricule gauche se laisse distendre par le sang. Il n'a plus la force de chasser le flot liquide qui l'engorge, et la circulatition s'arrête. C'est pourquoi même M. Colin, revenant sur une pratique presque universellement délaissée aujourd'hui, se demande s'il ne serait pas bon de tirer du sang, pour diminuer la charge qui pèse sur le ventricule, et lui permettre d'en surmonter le reste par une contraction encore faible.

Mais la saignée, si elle aboutissait, pourrait avoir de graves inconvénients dans un état qui se rapproche de la syncope; d'ailleurs le plus souvent elle ne réussit pas, la circulation étant abolie. Il faudrait donc pouvoir chasser mécaniquement, par une pression extérieure, le surcroît de sang dont la présence paralyse les contractions ventriculaires.

Or, on agit certainement dans ce sens, par une violente compression de la poitrine. Cette compression est le premier temps du procédé que j'ai indiqué. Il en résulte une expiration très-profonde; après laquelle l'élasticité de la ceinture chondrocostale produit déjà, par réaction, un commencement de mouvement expiratoire. A ce moment, il faut percuter avec énergie, du bout des ongles, les pectoraux des deux côtés. On sait que même après la mort, dans certains cas au bout de plusieurs heures, on peut encore provoquer des contractions en percutant les muscles. La percussion des pectoraux rend plus ample le mouvement de dilatation de la poitrine, et l'inspiration se produit.

Telle est de beaucoup la meilleure méthode.

Quand l'état de mort apparente se prolonge, comme chez la malade dont j'ai rapporté l'observation, on voit, au bout d'un certain temps, la percussion des pectoraux rester à peu près inefficace. L'inspiration tend à se réduire à ce que peut donner la simple réaction des parois de la poitrine à la suite de la pression. C'est alors qu'il faut recourir aux cautérisations à l'aide du fer rouge. En frappant ensuite sur les points brûlés, on y retrouve une sensibilité qui paraissait y être disparue, et qu'on peut mettre également en jeu en y passant le balai électrique. J'ai indiqué, en détail, les effets de ces divers moyens, qui ont sauvé ma malade.

M. Ollier a entretenu l'Académie de nouveaux succès qu'il a obtenus par l'application de la méthode sous-périostée; et la séance s'est terminée par une lecture, fort écoutée, de M. le professeur Broca.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Syphilide pustulo-crustacée serpigineuse.

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une femme atteinte d'une maladie cutanée intéressante, dont le diagnostic présente une certaine obscurité. De là, la nécessité de l'étudier avec détails pour instituer le traitement.

Voici, en quelques mots, l'observation de cette malade. C'est une femme de trente-huit ans, qui, étant enceinte de six mois, a vu survenir quelques boutons sur sa figure. Jusque-là, elle avait joui d'une santé parfaite. Elle n'a eu, dans son enfance, ni éruptions cutanées, ni ganglions engorgés, ni coryza chronique, ni otite, rien enfin qui put être rapporté à la scrofule, son passé pathologique se réduit à l'apparition sur la face de quelques furoncles dont on aperçoit encore les cicatrices. Elle a eu quatre enfants, dont deux seulement sont vivants : l'un est mort quelques jours après la naissance, l'autre a vécu six mois et est mort d'une maladie indéterminée. Enfin, le dernier, dont elle est accouchée il y a six mois, est bien portant.

C'est donc trois mois avant son accouchement que cette femme a vu survenir, sur le nez d'abord, quelques boutons qui se sont assez promptement recouverts de croûtes. Cette éruption n'a duré que quelque temps. Les boutons, touchés avec de la teinture d'iode, se sont bientôt affaissés, laissant après eux des cicatrices peu profondes, peu réticulées, à peine visibles. Mais en même temps que la première guérissait, une éruption nouvelle envahissait la lèvre supérieure, les joues, la racine du nez, reparaissant en un point, à mesure qu'elle se cicatrisait sur un autre.

Le développement de cette affection ne s'accompagna d'aucune espèce de douleur. A peine quelques démangeaisons, parfois cependant assez vives.

Tel est aujourd'hui l'état dans lequel cette malade se présente à nous.

Le premier soin que l'on doit prendre, quand on est en présence d'une éruption, c'est, vous le savez, d'en étudier les caractères : d'examiner d'abord la couleur de la peau, puis de rechercher la lésion élémentaire. Chez cette femme, la coloration de la peau est caractéristique. Ce n'est pas la rougeur de l'érysipèle ni de l'érythème, mais un rouge tirant un peu sur le violet ou plutôt se rapprochant du brun.

Si maintenant nous examinons les lésions, nous voyons qu'elles sont constituées par des croûtes d'un jaune un peu vert, assez sèches et pas très-volumineuses. Quant à la question de savoir quelle a été la lésion initiale de l'éruption, tubercule ou pustule, il est assez difficile d'y répondre. Dans ces cas, en effet, quand la maladie a suivi son évolution, la lésion élémentaire a disparu. Néanmoins, nous avons pu constater hier, chez cette malade, à la racine du nez, la présence d'un petit soulèvement de l'épiderme distendu par du pus, qui autoriserait à croire que la maladie a débuté par des pustules.

Il s'agit maintenant, d'après ces détails, de déterminer à quelle maladie nous avons affaire.

A la vue de ces croûtes, plusieurs hypothèses viennent à l'esprit, et, parmi celles-ci, la première est l'idée d'un simple impetigo, d'un eczéma impétigineux du visage. Mais, en y regardant d'un peu près, elle ne résiste pas à l'examen. Le seul fait, que je vous ai signalé, de l'existence sur la racine du nez d'une pustule assez large, et qui, de suite, a donné lieu à une croûte, suffit pour établir qu'il ne s'agit pas ici d'une éruption impétigineuse. Dans cette affection, en effet, les pustules sont petites, acuminées, groupées ensemble au nombre de sept ou huit; elles ont de la tendance à se fondre les unes avec les autres, de manière à former une surface ulcérée, au milieu de laquelle il est impossible de reconnaître la lésion initiale. De plus, les croûtes de l'impétigo ne laissent pas de traces après elles; elles sont molles, superficielles, tandis que chez cette femme, si vous pressez entre les doigts les parties malades, vous sentez manifestement, dans l'épaisseur de la peau, une induration qui atteste que l'affection n'est pas superficielle, mais située dans le derme lui-même. Enfin l'impétigo s'accompagne d'une coloration d'un rouge franc, il provoque des démangeaisons vives, et il est rare qu'au bout de six mois l'éruption soit aussi limitée qu'elle l'est chez cette malade.

En présence de ces caractères, nous devons donc penser à une affection profonde du derme, caractérisée principalement par des ulcérations, quelle qu'ait été, d'ailleurs dans l'origine, la lésion élémentaire, tubercule ou pustule. Il est évident qu'ici les croûtes recouvrent des ulcérations et que nous avons affaire à une de ces affections cutanées désignées sous le nom général de *lupus*, expression qu'on donne à toute maladie de la peau qui a pour caractère de détruire les tissus sur lesquels elle se développe.

Mais plusieurs affections méritent cette dénomination : telles sont les scrofulides, les syphilides et enfin le cancer de la peau. Auquel de ces trois groupes morbides appartient donc la maladie que nous avons sous les yeux ?

Tout d'abord, j'ai hâte de dire qu'il ne s'agit pas ici d'un cancroïde. Le cancer de la peau a, en effet, une ulcération spéciale, très-bien délimitée, à bords saillants, indurés, et rarement couverte de croûtes, dont nous sommes loin, ici, d'avoir les caractères. Restent la syphilis et la scrofule.

Au premier abord, à l'aspect de ces croûtes, de cette teinte violacée de la peau, on serait porté à croire à une affection scrofuleuse. Tel est, en effet, le diagnostic du médecin qui m'a envoyé cette malade. Cependant, j'ai quelque répugnance à admettre cette opinion, et voici pourquoi. Les lésions que nous avons sous les yeux ne sont pas tout à fait celles de la scrofule : en premier lieu, les croûtes sont trop sèches. Puis, la scrofule est surtout caractérisée par des ulcérations fongueuses, à croûtes très-molles, volumineuses, d'une coloration spéciale, tantôt blanches ou grisâtres, parfois noires lorsque du sang s'y trouve mélangé, mais rarement d'un jaune verdâtre aussi prononcé que chez cette malade. De plus, les ulcérations sont bien plus marquées, et s'accompagnent d'un gonflement œdémateux, dans le voisinage des parties malades, tel que le nez est augmenté.

Nous sommes donc conduit à admettre l'existence d'une affection spécifique, d'une syphilide. C'est en effet ce que justifient cette coloration brune, bien marquée, des téguments, ces croûtes sèches, d'une teinte un peu foncée, ces cicatrices peu apparentes, peu réticulées, si différentes des cicatrices déprimées ou saillantes de la scrofule. C'est encore ce que vient confirmer la marche de l'éruption, se cicatrisant sans aucun traitement dans les parties primitivement atteintes, alors qu'elle continue à se propager dans d'autres, en un mot, guérie au centre et en état à la circonférence. Enfin l'absence de dou-

leur est également un symptôme négatif qui caractérise la syphilide de la peau.

Quant aux antécédents syphilitiques, nous n'en avons trouvé aucun chez cette malade, mais je ne me préoccupe guère de leur absence. Les caractères bien tranchés de l'affection cutanée, à eux seuls, ne me laissent aucun doute sur la nature spécifique de la maladie dont elle est affectée.

Mais à quel ordre d'accidents syphilitiques devons-nous rattacher cette maladie ? à quelle période appartiennent ces symptômes? J'ai hâte de le dire, à la période tertiaire. Il est bien évident que nous avons sous les yeux un exemple de syphilis à la troisième période, survenue plus ou moins longtemps, dix, quinze, vingt ans peut-être après les phénomènes primitifs. Cette apparition tardive explique l'absence de tout commémoratif.

Deux signes, en effet, caractérisent la syphilis tertiaire, que nous trouvons réunis ici. C'est d'abord le siége limité de la maladie qui, d'autre part, est toujours profondément située dans les tissus qu'elle a envahi. Elle diffère en cela des accidents secondaires qui, eux, au contraire, ont pour caractères, d'être disséminés et superficiels.

Nous avons donc affaire à une syphilide de la peau. Tel est, au point de vue du traitement, le fait essentiel. Peu importe la variété que nous avons sous les yeux.

Si, cependant, nous voulons préciser le diagnostic, nous dirons qu'il s'agit ici d'une syphilide ulcéreuse, caractérisée par des ulcérations recouvertes de croûtes, qui, en se desséchant, donnent lieu à des cicatrices. Enfin, si nous voulons aller plus loin encore, la pustule que nous avons observée à la racine du nez, témoigne que nous sommes en présence d'une syphilide pustuleuse se terminant par des croûtes, en un mot, d'une syphilide pustulo-crustacée. Toutefois, il est bon d'apporter une certaine réserve dans ce diagnostic, parce que ce mot de syphilide pustulo-crustacée n'est pas toujours exact. Il n'est pas rare, en effet, de trouver en un point, comme lésion élémentaire, une pustule et ailleurs un tubercule.

Enfin, je dirai que nous avons là une forme de maladie qu'on rencontre fréquemment dans la syphilis tertiaire, et caractérisée par la tendance qu'a l'éruption à se guérir sur les points où elle a débuté, alors qu'elle s'étend vers d'autres, de sorte que la cicatrisation atteste la maladie passive, et l'ulcération la maladie active. C'est là ce qu'on a appelé la forme serpigineuse. Syphilide pustulo-crustacée serpigineuse, tel est donc le diagnostic précis.

Comment, maintenant, expliquer la production de cette syphilide, chez une femme bien portante d'ailleurs et n'offrant pas trace d'antécédents syphilitiques. La réponse à cette question est assez difficile. Cependant, il faut savoir que chez les gens qui ont eu la vérole, il n'est pas rare, sous l'influence de la fatigue, d'une débilitation quelconque de l'économie, de voir survenir des accidents tardifs. Aussi, trouvons-nous dans l'état de grossesse que cette femme vient de subir, la cause accidentelle de la syphilide, dont elle nous offre un exemple. La cause réelle, c'est l'infection syphilitique qui, sans la précédente, aurait pu rester latente. Enfin, une fois développée, la maladie a suivi sa marche naturelle, d'autant plus facilement que cette femme ne s'est adressée à aucun traitement rationnel, mais qu'elle s'est simplement bornée à des applications de teinture d'iode sur les parties malades.

Quant à l'enfant dont elle est accouchée, il y a trois mois, il jouit d'une santé parfaite. Ce fait n'a rien qui doive nous surprendre, car on sait que les parents ne transmettent à leurs enfants le virus syphilitique que lorsque la maladie est de date récente, et qu'au bout de quinze ou vingt ans la force de transmission est complétement épuisée. Enfin, la preuve que cet enfant est indemne de syphilis, c'est qu'il a aujourd'hui trois mois et que c'est toujours dans les trois premiers mois que se manifestent les accidents chez les nouveau-nés.

Le pronostic de l'affection dont cette femme est atteinte est évidemment favorable, mais autant qu'il peut l'être dans ces conditions. Si en effet la guérison des croûtes est facile à obtenir, la syphilide ulcéreuse est sujette à la récidive et je ne serais pas étonné, maintenant que l'élan est donné, malgré le traitement, malgré une bonne hygiène, de voir survenir chez cette malade, dans deux ou trois ans, une éruption semblable à la première.

Quant au traitement, il est ici parfaitement indiqué. Il consiste, à cette période de la syphilis, dans l'administration de l'iodure de potassium qui agit, dans ces cas, d'une façon vraiment remarquable. Toutefois, il est bon, pour obtenir un résultat plus prompt, de l'associer au mercure. On peut alors faire prendre au malade les deux médicaments isolément, ou bien les associer dans une seule préparation. Sous cette dernière forme, le sirop de Gibert vous donnera d'excellents résultats. Outre son action efficace, il jouit de l'avantage de porter un nom inconnu du public.

Enfin, comme les accidents tertiaires de la syphilis ne se manifestent pas chez un individu sans déprimer un peu l'économie, vous soutiendrez les forces du malade par des préparations toniques : vin, vin de quinquina, préparations ferrugineuses, dont vous aiderez encore l'action par une bonne hygiène et une bonne alimentation.

A ce traitement général, médicinal et hygiénique, il n'est pas nécessaire de joindre un traitement local. Cependant, si l'action que vous cherchez à obtenir était trop lente à se produire, vous pourriez exciter légèrement les ulcérations en les touchant avec la teinture d'iode ou bien avec une liqueur caustique, telle qu'une solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 août 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une brochure contenant les rapports généraux sur les travaux des conseils et des commissions d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Aisne pendant les années 1873 et 1874.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Bureq, accompagnant l'envoi d'un travail intitulé : *La dynamométrie et la pulmométrie à l'École normale de gymnastique militaire de la Faisanderie.* En voici les conclusions :

Il résulte de six mois d'expériences qui ont été faites par ordre à la susdite école, sous la haute direction de MM. les commandants Grellet et Canonnier, que les exercices gymnastiques qu'on y pratique ont pour effet :

A. D'augmenter les forces musculaires jusqu'à 25 et même parfois 30 pour 100, et en moyenne de 15 à 17 pour 100, en même temps que de tendre à les équilibrer dans les deux moitiés du corps.

B. D'agrandir la capacité pulmonaire de 1/6, tout au moins, en moyenne.

C. D'accroître le poids des hommes jusqu'à 10, 12 et 15 pour 100 (moyenne, 6 à 7 pour 100), et, d'autre part, cependant, d'en diminuer le volume, accroissement tout au profit du système mus-

culaire, ainsi que l'attestent surabondamment les plus-values dynamométriques.

L'augmentation des forces a surtout lieu dans la première moitié du cours. Plus tard, en général, elles tendent à décroître plus ou moins sérieusement. A ce moment, comme dans tous les cas où en gymnastique l'on touche à l'excès, la dynamométrie est appelée à intervenir d'une manière aussi précise que salutaire pour avertir à temps maîtres et élèves, soit de modérer les exercices, soit même de les suspendre. (Comm.: MM. Hillairet et Bergeron.)

COMMUNICATION

M. OLLIER (de Lyon), membre correspondant, lit un travail sur l'*extirpation complète du calcanéum par la méthode sous-périostée.* Mettant sous les yeux de l'Académie, d'une part, les os enlevés, et d'une autre part, les moules en plâtre des membres opérés, il donne les détails de deux observations récentes, qu'on peut résumer en ces termes :

Premier fait. — Jeune homme de quinze ans et demi au moment de l'opération; opéré il y a cinq ans pour une ostéite phlegmoneuse, arrêtée d'abord par des incisions allant jusqu'à l'os, puis aggravée subitement par la propagation de l'inflammation à l'articulation calcanéo-astragalienne, phénomène grave. Ablation complète du calcanéum. Cessation des accidents. Guérison rapide de la plaie au bout de deux mois et demi. Restauration graduelle de l'os.

Aujourd'hui on voit, d'après les moules, la saillie du talon et une voûte plantaire très-accusée. La guérison est complète; le sujet se tient debout dix heures par jour pour son travail et ne souffre jamais de son pied.

Second fait. — Enfant de dix ans et demi. Carie du calcanéum. Première opération consistant dans une tunellisation de l'os et la cautérisation au fer rouge. Continuation des accidents. Ablation complète de l'os quelques mois après, le 26 décembre 1875.

Le sujet est aujourd'hui complétement guéri, et, quoique la reproduction ne soit pas aussi belle que celle du précédent, on constate les deux points importants : la saillie du talon nouveau et la persistance de la voûte plantaire.

Voici les conclusions de ce travail :

L'ablation totale du calcanéum, pratiquée d'après les règles de la méthode sous-périostée chez les jeunes sujets, est suivie de la régénération de l'os enlevé.

Cette régénération est suffisante pour maintenir la saillie du talon et la configuration de la voûte plantaire.

La forme du nouvel os est déterminée par la forme de la gaîne périostique conservée. Le processus d'ossification peut se continuer pendant longtemps après la guérison de la plaie, sous l'influence des pressions et des frottements occasionnés par le fonctionnement du pied. La rapidité et la durée de ce processus sont subordonnées aux causes générales et locales, que l'expérimentation physiologique permet de déterminer. Parallèlement à la reconstitution du calcanéum, les fonctions du pied se rétablissent selon leur type normal. Les opérés marchent sans soutien et sans appareil d'aucune sorte. Non-seulement ils marchent par le mécanisme de la déambulation normale, c'est-à-dire en s'appuyant sur les saillies des métatarsiens et en relevant le talon ; mais ils peuvent aussi se livrer à des exercices qui seraient impossibles sans reconstitution d'un os nouveau et la conservation de tous les organes du mouvement du pied.

Ils peuvent marcher sur la pointe du pied, sur le talon, la pointe relevée, et, ce qui est plus démonstratif encore, se tenir sur la pointe du pied opéré, l'autre pied en l'air. C'est seulement lorsqu'un opéré peut se livrer à ces exercices et présenter un talon saillant et une voûte plantaire nettement accusée, que le chirurgien réalise ce qu'il est possible d'obtenir dans l'état actuel de la science.

Dans la comparaison des faits, les cas de nécrose totale du calcanéum doivent être mis à part, et bien distingués des opérations sous-périostées régulières, dans lesquelles le chirurgien a eu à détacher de l'os un périoste encore adhérent. Dans les cas de nécrose, on n'a qu'à extraire un séquestre déjà isolé ; l'ossification du périoste a pu déjà commencer tout autour, et l'opération, simple et facile, sera suivie d'un excellent résultat, la nature ayant déjà fait préventivement ce que le chirurgien est obligé de faire dans les cas d'ostéite phelgmoneuse ou de carie, lorsque l'os est encore vivant. Quoique rarement indiquée, relativement à la fréquence des ostéites du calcanéum, l'extirpation trouve son indication dans l'inflammation totale de cet os et l'extension de cette inflammation aux articulations voisines; mais l'altération profonde des os contigus est une contre-indication à l'opération. L'amputation, à moins qu'il ne s'agisse de jeunes sujets, devient alors préférable. La trépanation, la cautérisation intra-osseuse, l'évidement, l'extraction des séquestres centraux suffisent dans la plupart des ostéites du calcanéum.

Chez l'adulte, l'impossibilité d'obtenir une régénération de l'os suffisante pour le rétablissement de la forme du pied rend tout aussi nécessaire l'application des règles de la méthode sous-périostée. En laissant le tendon d'Achille se continuer avec la gaîne périostique, celle-ci agira sur le squelette du pied comme un tendon prolongé et conservera une partie de l'action du biceps.

DISCUSSION

M. GOSSELIN dit que ce qui le frappe surtout, c'est la fréquence des cas dans lesquels M. Ollier a dû intervenir chirurgicalement pour des ostéites du calcanéum. A Paris, de tels cas sont rares. Ce qu'on rencontre habituellement, c'est une ostéite suppurée de tout l'ensemble des os du tarse, et non simplement de l'un de ces os. Cela tient-il à l'âge des malades observés par M. Ollier? ou à quelque condition spéciale à la population lyonnaise? M. Gosselin voudrait également savoir si le périoste seul était conservé, ou s'il n'y avait en même temps conservation de fragments osseux adhérant encore au périoste dans le premier fait de M. Ollier. Les fragments osseux, les parcelles osseuses jouent un grand rôle dans la régénération osseuse. Il se produit alors ce qu'on nomme aujourd'hui une ostéite productrice; mais il serait à craindre que la réparation ne se fît pas de même, si on ne laissait exclusivement que le périoste fibreux. Enfin, il est un point sur lequel M. Ollier n'a pas fourni de renseignements, et qu'il serait bon de connaître. Que sont devenues les articulations calcanéo-astragalienne, calcanéo-cuboïdienne et astragalo-scaphoïdienne, après l'ablation du calcanéum? Y avait-il soudure générale, et abolition des mouvements propres à ces trois articulations ?

M. OLLIER répond, relativement à la fréquence des ostéites suppurantes du calcanéum seul, que depuis seize ans il en a déjà observé plus de cent. Pour un assez grand nombre, il n'a eu rien à faire. Elles ont guéri d'elles-mêmes, sans intervention chirurgicales. Une quarantaine ont été traitées par l'évidement, sept par la résection incomplète de l'os, et enfin cinq par l'ablation complète sous-periostée du calcanéum. Lorsque M. Ollier opéra son premier malade, les articulations calcanéo-astragalienne, et astragalo-scaphoïdienne étaient envahies, on était à la veille d'accidents excessivement graves; mais l'ablation du calcanéum, en facilitant la sortie du pus, a eu une heureuse influence sur l'état des articulations. M. Gosselin a raison de penser qu'il devait rester un peu de substance osseuse adhérente au périoste; mais la gaîne périostique n'en était pas moins parfaitement souple; les parcelles osseuses qui y adhéraient étaient insignifiantes, au moins par leur volume.

M. CHAUFFARD. Quel était leur volume ?

M. OLLIER. C'étaient de petites écailles de 2 à 3 millimètres à peine. Quant à la dernière question de M. Gosselin, l'état actuel des articulations, il est difficile d'y répondre d'une façon absolue. Cependant, s'il est bien certain qu'en cas pareil, il ne se réforme pas une articulation véritable, car les cartilages articulaires ne peuvent pas se régénérer, il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui chez le premier malade, tous les mouvements qui ont leur siége dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne ont repris, à peu près, leur étendue normale; les mouvements se passent dans un tissu fibreux, assez lâche, qui unit alors les os l'un avec l'autre.

M. VERNEUIL n'a jamais pratiqué l'ablation sous-périostée du calcanéum. Mais il regrette de ne l'avoir pas faite dans deux cas. Chez un premier malade, un enfant d'une douzaine d'années, il attendit trop tard, les os voisins se prirent, et il fallut amputer la

jambe : l'enfant mourut. Chez un second il pratiqua trois évidements successifs : et le malade finit par mourir de phthisie. Aujourd'hui il opérerait comme le fait M. Ollier. Dans les ablations sous-périostées, il est incontestable qu'il reste une espèce de semis osseux, de poussière osseuse adhérente au périoste et utile pour la régénération de l'os.

M. OLLIER a insisté sur ce point dans son grand ouvrage. On peut ranimer chez les adultes par l'inflammation la faculté que le périoste avait chez les jeunes sujets de reproduire de la substance osseuse, et alors il se double de cette poussière osseuse. Mais les parcelles d'os conservées ne jouent pas un rôle principal : c'est le périoste inflammé qui a ce rôle.

DISCUSSION SUR LE SPIROPHORE DE M. WOILLEZ.

M. DEVERGIE. Au point de vue physiologique, l'appareil de M. Woillez ne mérite que des éloges; mais, au point de vue pratique, il devait soulever des objections nombreuses.

Son auteur l'avait présenté comme pouvant être utile, non-seulement dans l'asphyxie des nouveau-nés et dans l'asphyxie par submersion, mais même dans plusieurs espèces d'asphyxies morbides.

Les asphyxies morbides rentrent dans trois grandes classes :

1° Les épanchements séreux, purulents ou séro-purulents de la plèvre;

2° Le groupe constitué par la congestion pulmonaire, la tuberculisation très-avancée, la pneumonie double très-complète;

3° L'emphysème pulmonaire, dans lequel les vésicules sont distendues outre mesure.

Dans aucun de ces cas l'emploi du spirophore n'est indiqué; dans le dernier, il serait funeste.

Si maintenant on passe aux asphyxies accidentelles ordinaires, on trouve :

1° Celle qui se produit dans les fosses d'aisance et qui peut être due, soit au développement d'azote (on comprendrait que le spirophore pût être utile en pareil cas si on pouvait se le procurer à temps ; mais comment avoir sous la main un appareil si lourd?) soit par l'acide sulfhydrique ou l'ammoniaque. Alors ce qui domine c'est l'empoisonnement, qu'il faut combattre par le chlore ou les acides végétaux volatifs.

2° *L'asphyxie par le charbon :* c'est encore un empoisonnement, dû à l'oxyde de carbone, et les affusions d'eau froide sur tout le corps en sont le meilleur traitement.

3° *L'asphyxie par suspension;* mais comment avoir un spirophore à sa disposition pour ranimer un pendu. D'ordinaire on cherche pour se pendre un lieu écarté.

4° *L'asphyxie par la poudre.* D'ordinaire la mort est immédiate.

5° *L'asphyxie par le froid*; les frictions avec de la neige ou de la glace en sont le meilleur traitement.

Reste donc seule *l'asphyxie* par submersion. Celle-ci comprend trois genres différents. En effet la mort peut survenir chez les noyés :

1° Par syncope;

2° Par asphyxie;

3° A la fois par syncope et par asphyxie : ce dernier genre a été nommé *mixte* par M. Devergie.

M. Woillez aurait bien fait de lire l'instruction officielle pour les noyés. Cette instruction, récemment révisée par une commission dont faisait partie M. Devergie, a rangé dans l'ordre suivant les moyens à mettre en usage.

Il faut d'abord réchauffer les noyés, en les enveloppant dans des couvertures, les entourant de boules d'eau chaude, etc.

Puis, il faut les débarrasser de l'écume bronchique qui obstrue leurs bronches en leur inclinant la tête de côté, pratiquant des titillations sur la luette, etc.

Enfin, en troisième et dernier lieu, il faut pratiquer la respiration artificielle par un des procédés connus, celui de Sylvester, par exemple.

L'appareil de M. Woillez, loin de pouvoir débarrasser les bronches de l'écume, refoule, au contraire, cette écume dans leurs dernières ramifications par des inspirations forcées. Cet appareil ressemble à une cornue à gaz. Il est en métal et, par conséquent, il refroidirait l'homme qu'on y placerait, car les métaux sont bons conducteurs du calorique. Il est très-lourd, tellement même qu'il ne peut être transporté que sur des roulettes. Ce sont là de graves inconvénients. C'en est un autre que d'être obligé d'étendre les bras du patient le long du corps avant de l'y introduire; ce qui presse sur les côtés de la poitrine et met obstacle à son ampliation. Si l'on avait voulu faire un appareil de cette nature, il eût mieux valu lui donner la forme d'un baril de bois que celle d'une cornue à gaz. Le bois est léger, et on aurait pu le capitonner. Mais ce serait encore, sans doute, un appareil trop encombrant.

M. LEROY DE MIRECOURT n'est pas du même avis que M. Devergie sur l'importance relative des procédés à employer chez les noyés, et sur leur ordre.

Suivant lui, la respiration artificielle doit être mise en tête de tout. Le réchauffement ne vient qu'après ; il est, du reste, la conséquence du rétablissement de la respiration. Quant à l'écume bronchique, on n'en débarrasse pas les bronches par la position de la tête, la titillation de l'arrière-bouche, ou tout moyen de ce genre, On n'y peut rien directement. Ce n'est donc pas de ce côté qu'il faut faire porter ses efforts.

LECTURE

M. BROCA lit un travail intitulé : *Sur la topographie cérébrale et sur quelques points de l'histoire des circonvolutions.*

« Gratiolet qui a, le premier, déterminé anatomiquement les limites des lobes cérébraux, est aussi le premier, dit M. Broca, qui a cherché à reconnaître les rapports de ces lobes avec les parois crâniennes. Il crut y parvenir en reportant sur des moules intracrâniens d'une part, le trajet des scissures cérébrales ; d'une autre part, celui des sutures du crâne. En opérant ainsi, il reconnut, ou plutôt il crut reconnaître que la scissure de Rolando, qui sépare le lobe frontal du lobe pariétal, coïncidait avec la suture coronale. Pour lui, par conséquent, le lobe frontal était entièrement contenu sous l'écaille de l'os frontal.

Ainsi, quoique Gratiolet ait procédé tout autrement que ses prédécesseurs, quoiqu'il ait cherché les limites des lobes cérébraux non sur le crâne, mais sur le cerveau même, il se trouve que son lobe frontal *morphologique* était exactement le même que le lobe frontal ostéologique admis jusqu'alors. Ceci explique la facilité avec laquelle fut acceptée la détermination topographique faite par le célèbre auteur.

Les choses en étaient là, en 1861, lorsque M. Broca commença ses recherches sur le siége de la faculté du langage articulé. Ayant reconnu que l'exercice de cette faculté était subordonné à l'intégrité de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, il fut conduit à chercher la position exacte de la petite région très-circonscrite dont les lésions troublent ou abolissent le langage. Cette petite portion du cerveau était située au-dessus de la scissure de Sylvius, et en avant de la scissure de Rolando. Elle faisait donc partie du lobe frontal proprement dit, et dès lors elle aurait dû, d'après la détermination faite par Gratiolet, se trouver sous l'écaille frontale. C'était bien là, en effet, que M. Bouillaud avait mis le siége de la faculté du langage ; mais dans les discussions que cette question avait provoquées, on avait produit un certain nombre de faits d'où il résultait que les lésions les plus graves de ce qu'on appelait les lobes frontaux, c'est-à dire les lobes frontaux ostéologiques, pouvaient laisser la parole parfaitement intacte. M. Broca avait observé lui-même deux faits de ce genre. Il fut donc conduit à penser que la petite région du langage devait être située en arrière de l'os frontal, qu'en d'autres termes, en dépit de l'autorité de Gratiolet, la scissure de Rolando devait être placée en arrière de la suture coronale.

M. Broca expose par quels procédés très-simples il parvint à s'assurer de ce fait, et à déterminer d'une façon précise le siége exact de la région du langage. D'autres observateurs, par des procédés différents, sont arrivés à des résultats qui concordent à très-peu de chose près avec ceux de M. Broca. Il croit pouvoir dire que les notions topographiques acquises jusqu'ici suffisent aux besoins de la physiologie, de la pathologie et de la médecine opératoire.

L'utilité de ces notions ne lui semble pas douteuse depuis que le siége de la faculté du langage articulé est connu; la question des localisations cérébrales a été remise à l'étude, et des recherches récentes ont mis les physiologistes sur la voie de plusieurs autres localisations. Or l'homme n'est pas un sujet d'expériences, mais seulement un sujet d'observation, il ne comporte d'autres vivisections que celles que produisent ces accidents; et, si l'on veut tirer parti des observations faites sur le vivant, il faut que l'on puisse savoir quelle est la partie du cerveau qui correspond à une place pénétrante où à un enfoncement de la paroi crânienne.

La séance est levée à cinq heures et quart.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III

Les étudiants ne fréquentent guère que le Grand-Hôpital où enseignent les maîtres qu'ils retrouveront dans les examens, et dont il faut connaître les idées. Les hôpitaux Wiedner et Rudolf sont relativement peu fréquentés : les chefs de services de ces hôpitaux (primar aerzte), sont généralement privat-docents et extraordinaires, *ils peuvent obtenir facilement le droit* de donner, eux aussi, un enseignement clinique aux étudiants qui s'attachent à leur fortune. En réalité, toutefois, ces hôpitaux servent bien plus à l'instruction des *primar aerzte et des secundar aerzte* qu'à celle des étudiants qui ne viennent en foule qu'à l'Hôpital-Faculté.

Ainsi que nous l'avons dit, quelque complète que soit cette organisation médicale de Vienne pour l'enseignement clinique, surtout si on la compare à celle des autres universités allemandes, y compris celle de Berlin elle-même, rien n'approche de l'organisation et de la richesse de nos hôpitaux de Paris; et il faut avoir, nous avons le regret de le dire, une connaissance plus qu'imparfaite de notre organisation hospitalière, du nombre de nos hôpitaux, du nombre des médecins et des chirurgiens qui enseignent dans les hôpitaux de notre grande ville, à côté des professeurs de notre Faculté, pour s'écrier, ainsi que le fait le professeur Billroth (2), que *Paris* pas plus que Berlin ou que Londres, ne peuvent être comparés à Vienne pour l'importance de l'enseignement clinique et pour le nombre des talents d'enseignements (Lehrtalent). Tous les médecins français qui se sont occupés des Facultés allemandes, se sont plu à rendre un sincère hommage aux talents modestes, au dévouement obscur, aux qualités de recherches des privat-docents, et ce n'est que justice; mais, après tout, il ne faut pas être à moitié aveuglé par les fumées de la plus étourdissante vanité, il ne faut pas dédaigner à demi la recherche des plus élémentaires vérités pour tomber dans d'aussi plaisantes et incroyables hâbleries pour faire, dans un livre sérieux, des comparaisons aussi dépourvues d'un semblant de raison, pour rapprocher les docents allemands, dont un très-grand nombre n'a ni service hospitalier, ni clientèle, ni responsabilité, des médecins de nos hôpitaux de Paris. Pourquoi ne point pousser la comparaison plus avant, pourquoi ne point entrer dans le détail et dire que le service du professeur Hebra est incontestablement plus important que l'hôpital Saint-Louis? Que l'hôpital du Midi et l'hôpital Lourcine ne sont que des masures (Feldhuth) à côté du service du professeur Sigmund. Que le professeur Billroth ne s'arrête pas, il peut préférer la policlinique libre du faubourg voisin à l'hôpital Lariboisière et à l'Hôtel-Dieu! De deux choses l'une, ou le professeur Billroth n'a pas visité les hôpitaux de Paris qu'il juge avec une si magistrale assurance, et, en ce cas, il eût mieux fait de se garder de tels rapprochements, ou l les connait et il les déprécie sciemment, pour le simple plaisir d'altérer la vérité, et dans cet autre cas il déprécie son propre ouvrage, ce qui n'est point le fait d'un publiciste avisé. Ah! comme Heine avait raison (mais c'est là une autorité que les Allemands récusent!) quand il écrivait ces lignes cent fois citées et qui semblent toujours plus vraies : « Le génie des Français est dans les sciences hospitalier et large comme leur patriotisme; leur esprit comme leur cœur s'étend, s'élargit, ouvre généreusement ses frontières et accueille dans un trop facile amour, dans une trop prompte estime, non-seulement les œuvres de ses propres enfants, mais celles de tous les étrangers. Le patriotisme allemand, au contraire, consiste en ce que le cœur se rétrécit; l'Allemand cesse d'être européen, citoyen du monde, il n'est plus qu'Allemand. » Vous me pardonnerez, monsieur, ces quelques lignes, ainsi que la citation du *transfuge juif*, comme ils disent, mais il était difficile, chemin faisant, de ne point relever des erreurs où l'on ne sait trop s'il faut reprendre une ignorance sincère ou de mesquins calculs.

En dehors des hôpitaux Wudner et Rudolf (1), il faut citer l'hôpital des Enfants-Malades et l'hôpital Rothschild. La chaire de clinique spéciale pour les maladies des enfants est confiée au professeur extraordinaire Widerhofer. L'Empereur ou la Ville nomme aux emplois de médecins d'hôpitaux, car le concours n'existe pas plus pour ces places que dans les Facultés. Il résulte de cet état de choses que l'on voit des docents comme M. Kolisko avoir un service à l'Hôpital-Général, et que l'on voit des professeurs extraordinaires, du mérite de M. Benedict ou de M. Auspitz, réduits à donner un enseignement clinique à leurs élèves, dans une policlinique : ce sont là des faits qui n'indiquent point une organisation digne d'être en tout point approuvée.

L'hôpital Rothschild est assurément un des hôpitaux de Vienne les plus intéressants à visiter avec attention : il a coûté aux généreux donateurs 550,000 florins (d'Autriche), ou 1,375,000 francs, et il ne contient que cent lits. Ces deux chiffres rapprochés indiquent mieux que deux pages de descriptions, tout ce qui a été accumulé dans cette maison de santé, pour la commodité et l'hygiène des malades. Il y a seize lits par salle, et deux services avec deux ou trois primar aerzte : un chirurgien, attaché à l'hôpital, ne vient que quand des cas de son ressort le réclament. L'aération des salles, leur chauffage, etc., sont admirablement entendus; mais, quand il est question d'hôpitaux de municipalité ou de département, il est inutile de chercher un point de comparaison dans un établissement qui jouit d'avantages particuliers aussi considérables, et qui a pour patrons des hommes à fortune royale.

Il y a quelques années, l'organisation administrative des hôpitaux de Vienne laissait beaucoup à désirer. Cette administration était confiée, en ce qui concerne la lingerie, l'achat des vivres et la confection des aliments, à des corporations religieuses de femmes qui se trouvaient ainsi un intermédiaire puissant entre la ville de Vienne d'où provenaient naturellement les sommes affectées aux budgets hospitaliers et les malades auxquels cet argent était destiné : ces corporations religieuses étaient en outre chargées des soins hygiéniques et de l'exécution des prescriptions médicales dans les salles de malades. Il est inutile de faire un rapprochement, accompagné de commentaires trop faciles, entre cette organisation administrative et la belle organisation de notre Assistance publique. Les desiderata et les insuffisances d'un tel état de choses ne pouvaient manquer d'attirer sérieusement l'attention des chefs de service, et une réforme fut résolue, due en partie à l'initiative de M. le professeur docteur Lorenzer.

Les griefs, invoqués pour demander la suppression des corporations religieuses dans les hôpitaux de la capitale du Saint-Empire, peuvent se réduire à trois points principaux dont l'importance n'échappera, du reste, à personne (2).

1° Chargées de tout ce qui concerne l'acquisition et la confection des aliments, elles ne faisaient que des achats de qualité très-inférieure; la viande, le pain, le lait, les légumes, tout était mauvais. La préparation des aliments ne laissait pas moins à désirer.

2° Les pouvoirs de la ville, représentés par le directeur, souvent même ceux des chefs de service étaient presque constamment méconnus. Le contrôle, les ordres du directeur et des chefs de service,

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 août.

(2) P. 49 des *Medic. Wissench.*

(1) Ces hôpitaux contiennent six cents lits chacun environ.

(2) Communications orales de M. le professeur Lorenzer, directeur de l'hôpital Wiedner.

dans les choses qui touchaient l'administration générale, comme dans celles qui avaient trait au service purement médical, étaient parfois même ouvertement rejetés par les religieuses, qui prétendaient y substituer leurs vues propres.

3° Enfin quelques cas d'intolérance religieuse se produisirent vis-à-vis de malades appartenant aux cultes non catholiques. D'après M. le docteur Lorenzer, ces cas ne furent d'ailleurs qu'isolés, et n'eurent jamais le caractère scandaleux que présentèrent ailleurs, dans les hôpitaux de Paris, par exemple, des faits de même nature, ce qui s'explique par la diversité des races et des cultes professés dans l'empire Austro-Hongrois. Il n'est pas rare, en effet, quand on parcourt une salle d'hôpital, à Vienne, de trouver sur seize malades, trois protestants, quatre juifs polonais ou russes, et deux grecs, et l'on conçoit que s'il fallait ici, d'après le culte, faire des distinctions entre tous ces malades et modifier l'attention, l'exactitude et l'humanié dans ces soins médicaux, selon que le patient appartient à une religion se rapprochant plus ou moins de la religion romaine, cela deviendrait même pour les plus zélés un difficile travail.

Ces griefs, résumés avec la plus froide impartialité, appuyés des faits qui ne doivent jamais manquer dans tout acte de blâme et d'accusation, ont paru suffisants, dans un pays où l'influence cléricale domine encore à l'heure présente au plus haut point, où les sentiments du chef de l'État, de sa famille et de son entourage intime ne sont un mystère pour personne, pour motiver et légitimer l'expulsion des corporations religieuses des hôpitaux de Vienne. L'administration est donc aujourd'hui exclusivement laïque; les soins de jour et de nuit sont confiés à des personnes exclusivement laïques, et d'après les renseignements dont nous sommes entourés (sans cela nous n'aurions point touché à cette question), les malades, les directeurs des hôpitaux, les chefs de service enfin n'ont qu'à se louer de cette réforme.

Nous devons ajouter qu'une telle modification n'est point générale en Autriche ou en Allemagne; l'hôpital de Strasbourg, l'hôpital de Munich, l'hôpital général de Graz, entre autres, sont desservis par des corporations religieuses de femmes, en ce qui concerne seulement, du reste, les soins hygiéniques et médicaux à donner aux malades; il n'y a donc point ici de griefs *économiques* à invoquer contre elles. A Graz, ce sont les sœurs de Saint-Vincent de Paul qui sont attachées aux services, et M. le professeur Kœrner nous disait que, ses collègues et lui, n'avaient qu'à se louer de cet ordre. Nous nous faisons d'autant plus volontiers l'écho de cette appréciation, que nous l'avons entendu fort rarement se renouveler.

Un autre point sur lequel nous désirons appeler l'attention des lecteurs est le suivant. Dans les hôpitaux allemands et autrichiens, *la direction est toujours confiée à un médecin*. A l'hôpital de Munich, le directeur est M. le docteur Hoffman. A Vienne, il en est de même : l'Hôpital-Général a pour directeur un médecin ; l'hôpital Rothschild est dirigé depuis vingt-six ans, avec autant de zèle que d'intelligence, par un médecin ; l'hôpital Wiedner a pour directeur M. le professeur Lorenzer, chirurgien de mérite ; l'hôpital de Graz a pour directeur un des chefs de service de l'hôpital même ; à Erlangen, etc., etc., il est inutile de multiplier les citations, la mesure est générale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

164. Cristofaré. Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes et en particulier de la dilatation forcée.
165. Dupau. Essai sur l'ictère grave.
166. Bardy. De l'abcès chronique du sein.
167. Marty. Des accidents gravido-cardiaques.
168. Bretheau. Du traitement local de l'angine diphthérique par le perchlorure de fer.
169. Destrem. Des résections partielles du calcanéum.
170. Valnot. De la vaginalité suppurée.
171. Wezyk. Étude sur un cas de cysto-sarcôme du sein.
172. Lhuyssier. Séméiologie du vertige.
173. Mareschal. De la manie rhumatismale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1877, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 5 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avec Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au samedi 23 du même mois inclusivement.

AVIS SPÉCIAL. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an, à partir du 1er novembre prochain, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libres le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du 10 novembre.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

N° 94. — SAMEDI 12 AOUT 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 12 AOUT 1876. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Extrême rareté du pouls chez un vieillard : 21 pulsations par minute.

Les cas rares, ou du moins dignes d'être notés, abondent en ce moment dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière. Nous allons en mentionner quelques-uns.

Parlons d'abord d'un vieillard couché salle Saint-Louis, n° 9. Cet homme, âgé de soixante-seize ans, chiffonnier, est entré le 5 de ce mois à l'hôpital, pour s'y faire traiter d'une hydrocèle du côté gauche; mais ce qu'il présente de remarquable, c'est une rareté excessive du pouls, 21 pulsations par minute en moyenne. L'année dernière, il avait déjà fait un séjour dans le même service pour une hydrocèle de l'autre côté, dont il avait parfaitement guéri. A cette époque, rien d'anormal n'avait appelé l'attention vers l'appareil circulatoire. Cet homme n'accusait que son hydrocèle, et il déclarait *n'être pas malade de corps;* du reste, il est d'un caractère jovial, plutôt porté aux idées gaies qu'aux idées tristes; et, cette année encore, il ne se plaignait pas d'autre chose que du gonflement de son scrotum, lorsqu'on reconnut, un peu par hasard, cette lenteur extrême de la circulation. Le pouls est, du reste, régulier; et la révolution cardiaque paraît à peu près aussi rapide qu'à l'état normal : les deux bruits et le petit silence qui les sépare occupent ensemble à peine une demi-seconde; c'est le grand silence qui se prolonge extraordinairement, au point de durer à peu près deux secondes et demie. Le grand silence est complet dans tous les sens du mot; on n'y entend rien, absolument rien du côté du cœur, pas le moindre souffle, si léger qu'il fût. Au contraire, avec le premier bruit commence un souffle bien distinct, qui se continue pendant la durée du petit silence, et se termine brusquement avec le claquement valvulaire qui constitue le second bruit. Il se divise pour ainsi dire en deux temps, car, d'abord très-net, il s'atténue, puis se renforce au moment où il va finir. Son maximum est vers la pointe du cœur : c'est là qu'il a le caractère le plus éclatant; vers la base on l'entend encore, mais plus sourd; on le retrouve également, se prolongeant vers l'aisselle, jusqu'à plusieurs centimètres en dehors du mamelon gauche. Le cœur paraît gros, la pointe en bat plus en dehors et plus bas qu'à l'état normal. Il existe de l'emphysème dans les poumons, et parfois des ronchus sonores, qui gênent momentanément l'auscultation du cœur.

Le pouls a été pris quatre jours de suite. Lundi dernier, M. Tillaux avait compté vingt-et-une pulsations à la minute; le lendemain mardi, j'ai également trouvé le même chiffre; le mercredi, il y en avait 22; le jeudi, encore 21. Le plus généralement, la régularité en est complète; les intervalles sont parfaitement égaux, et les révolutions cardiaques conservent une même durée.

A son entrée, cet homme était loin de se préoccuper de son cœur; et cependant, interrogé plus tard, il reconnut avoir éprouvé dans les derniers jours, à certains moments, un certain degré d'oppression qui ne lui était pas habituelle, et moins de force dans les jambes.

A l'hôpital, il eut des syncopes : une nuit notamment, on le ramassa sans connaissance à côté de son lit. Mais il n'en avait pas perdu sa bonne humeur, et, jusqu'à mardi, il continuait à voir tout en rose.

Mardi dernier, dans l'après-midi, il s'aperçut que ses jambes enflaient. L'œdème gagna bientôt le tronc et s'étendit jusque vers la base de la poitrine; l'état général devint moins bon; l'oppression devint plus fréquente et plus marquée; et quand je revis ce malade ce matin, jeudi, il s'inquiétait visiblement : bien qu'il se flattât de se sentir mieux que la veille, à tous les points de vue.

C'est une occasion à saisir pour ceux qui veulent étudier le mécanisme des mouvements du cœur. Il est bien rare, presque sans exemple, que la révolution cardiaque, dans les divers bruits qui la traduisent, se détache aussi bien sur un fond de silence. Ici le souffle ne couvre pas les bruits du cœur. Commençant avec le premier, il se termine avec le deuxième, qu'on entend fort et retentissant comme un claquement de soupape. Puis tout se tait subitement. Le pouls ne manque pas d'ampleur; il paraît égal des deux côtés.

Il est probable que cette observation aura bientôt un complément, qui sera très-instructif pour ceux qui auront ausculté ce malade.

Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule, récidivant plusieurs fois par jour.

Le cas d'un autre malade qui se trouve au n° 19, dans la même salle est exclusivement chirurgical, mais n'est pas moins exceptionnel.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui, maintenant, se luxe l'épaule, tous les jours, plusieurs fois par jour, et qui réduit cette luxation lui-même.

Atteint depuis longtemps d'une épilepsie, dont les grandes ttaques se reproduisaient environ tous les mois et toujours la nuit, ce jeune homme, qui travaillait alors chez un épicier, tomba, une nuit, de son lit, pendant l'attaque, il y a dix mois environ. Quand il recouvra sa connaissance, au bout d'une demi-heure, dit-il, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus rapprocher son coude droit du corps, et que les mouvements du bras étaient très-limités : il s'était fait une luxation sous-coracoïdienne. Après quelques efforts, il ressentit comme un craquement dans son épaule, et le membre reprit sa forme et ses fonctions.

La même luxation se reproduisit deux à trois mois plus tard, alors qu'en portant un objet lourd, cet homme tenait son bras dans l'adduction forcée ; la réduction se fit encore spontanément.

Mais ce fut en vain que ce jeune homme abandonna sa place pour prendre un métier moins pénible. Bien qu'il n'eût plus de charge à soulever, étant devenu écrivain, il vit cette même luxation se renouveler de plus en plus souvent : bientôt ce fut une ou deux fois par mois, puis tous les jours, puis plusieurs fois par jour.

Depuis deux ou trois mois, il est rare que ce jeune homme passe vingt-quatre heures sans se luxer de nouveau l'épaule. En général, c'est involontairement, bien entendu ; mais il peut le faire à volonté ; et, mardi dernier, durant la visite, il a effectué sous nos yeux la luxation, en portant le bras en dehors un peu en arrière et en haut, puis la réduction, qui s'opère toujours très-aisément, avec un léger bruit de choc.

Cette extrême facilité du déplacement de la tête humérale devient une réelle infirmité. M. Tillaux espère y remédier par l'application d'un appareil qui, emboîtant l'épaule, viendra mettre obstacle à l'abduction trop marquée du bras. Cet appareil ne pourra d'ailleurs entraver en rien l'exercice de la profession actuelle de cet homme, car, pour écrire, il n'est pas besoin de porter beaucoup le coude en dehors.

On n'a pas souvent à intervenir pour des cas semblables, car il est presque sans exemple de voir la récidive d'une luxation de l'épaule devenir si facile et si fréquente.

Ce qu'on observe dans bien des cas, c'est une ou deux reproductions, accidentelles, isolées, d'une luxation antérieure, dans des circonstances où la tête de l'humérus n'eût point quitté sa place sans ce précédent accident. C'est ainsi que M. Tillaux a été appelé un jour pour donner ses soins à un magistrat qui venait de se luxer l'épaule en dansant, quelques mois après se l'être luxée dans une chute. La réduction ne fut pas très-facile à obtenir malgré ces commémoratifs ; tandis qu'elle se fait d'elle-même chez le jeune homme dont il s'agit.

Plaie étendue de l'abdomen ; sortie des viscères durant plus d'une heure ; guérison sans fièvre.

Dans une autre salle du même service, salle Saint-Augustin, n° 6, on peut voir un remarquable exemple de plaie étendue de l'abdomen, guérissant sans complication d'aucune sorte.

Un homme de trente-neuf ans, sellier, marié et, paraît-il, heureux dans son ménage, avait néanmoins, à plusieurs reprises, été poursuivi d'idées de suicide. Il reconnaît n'avoir aucun motif pour désirer la mort, en ce moment surtout, car sa femme est enceinte. Il n'a pas encore eu d'enfant, et il sera heureux d'en avoir. Le 3 août dernier, ayant en main un de ces instruments de sellier qui se terminent en forme de segment de cercle tranchant, il fut repris plus que jamais du désir de se tuer, et, avec cet outil, il s'ouvrit l'abdomen sur une longueur de 11 centimètres environ, depuis l'épigastre jusqu'à l'ombilic. La plus grande partie de l'estomac, l'épiploon, des anses intestinales, sortirent par cette large plaie ; et leur surface séreuse resta pendant longtemps exposée à l'air. En effet, ce ne fut guère qu'une heure au moins après s'être ouvert le ventre que ce malade, transporté à l'hôpital, y put être pansé.

On réunit la plaie par des points de suture, après avoir fait rentrer les viscères. Puis on suspendit au-dessus de la suture un sac de caoutchouc rempli de glace et portant légèrement sur elle. Aucune réaction fébrile ne se manifesta durant les jours suivants ; le pouls resta tout à fait normal ; et le travail cicatriciel se fit avec rapidité. Cet homme se sent très-bien : il accuse un bon appétit ; mais, par précaution, on le maintient à une diète assez sévère. Du reste, il est très-calme, paraît très-raisonnable, témoigne le désir de guérir le plus rapidement possible, et déclare n'être pas tenté de recommencer.

Ce fait semble aujourd'hui, sans doute, moins extraordinaire qu'il n'aurait paru il y a quelques années, avant toutes les opérations heureuses de gastrotomie, pratiquées en France par MM. Kœberlé, Péan, etc. Néanmoins, il est toujours bon de noter la longueur du temps durant lequel une partie très-étendue de la séreuse péritonéale est restée exposée à l'air extérieur, sans qu'il en résultât aucun inconvénient pour le malade.

Il est encore des chirurgiens qui se préoccupent outre mesure de ce contact de l'air sur les séreuses ; tandis que d'autres, au contraire, ne s'en inquiètent nullement.

M. Kœberlé était de ces derniers, quand je l'ai vu opérer à Strasbourg, avant la guerre. Il ne craignait pas de découvrir les viscères abdominaux en pratiquant une ovariotomie.

Loin de chercher, comme le fait M. Péan, à tenir le ventre fermé, autant que possible, par le rapprochement des lèvres de la plaie contre la tumeur, puis contre sa base, puis l'une contre l'autre, il faisait, au contraire, écarter ces lèvres par des aides qui les saisissaient de chaque côté à l'aide de tissus de flanelle. Puis il passait, pour ainsi dire, la revue du ventre, écartant, déroulant les anses intestinales, allant saisir entre ses doigts l'ovaire qui restait ; et l'examinant minutieusement, en extirpant les petits kystes quand il en trouvait, les vésicules de Graaf hyperthrophiées, etc. Il attirait de même l'utérus et se rendait compte de son état. Puis il lavait avec une éponge l'intérieur du ventre, et il mettait une sorte de coquetterie à en faire la toilette. Après avoir remis en place les intestins, il déployait le grand épiploon et les en recouvrait ; puis il introduisait un tube qui descendait jusqu'au bas-fond du petit bassin afin de pouvoir, s'il y avait lieu, extraire par son moyen les liquides épanchées, faire des injections et des lavages. C'était seulement après toutes ces précautions qu'il rapprochait les lèvres de la plaie abdominale et les réunissait par des points de suture. Je pense qu'il procède encore de même, mais je n'en ai pas la certitude.

Eh bien ! les statistiques sont là pour démontrer que la guérison était la règle si la durée de l'opération n'avait pas dépassé trois quarts d'heure ou une heure.

Cette durée avait la plus grande importance aux yeux de

M. Kœberlé : il m'a dit bien souvent que les chances de succès lui étaient très-exactement, mais inversement, proportionnelles.

Cela ne tenait-il pas un peu à la méthode, à l'exposition prolongée du péritoine, au dessèchement relatif de sa surface et de celle des viscères, aux contacts qu'en dernier lieu on faisait subir à la séreuse? Je serais tenté de le croire, car, dans la méthode de M. Péan, le temps consacré à la dissection et à l'ablation de la tumeur paraît tout à fait indifférent pour le résultat.

Je crois donc que la vérité est entre M. Kœberlé et les chirurgiens trop timides. Le péritoine est sans contredit infiniment plus tolérant qu'on ne le croyait autrefois, et l'on comprend que pour le démontrer, par réaction, un chirurgien du plus haut mérite, soit allé jusqu'à le violenter en quelque sorte. Mais cette tolérance a des limites; et il est toujours plus prudent de ne pas trop la mettre à l'épreuve.

Rupture du crâne avec issue de substance cérébrale. Guérison.

Quatre lits plus loin, au n° 10 de la même salle, se trouve un homme qui s'est également bien tiré d'un accident.

Le 1er juillet dernier, il tomba d'une hauteur de 14 mètres (42 pieds) sur le macadam. Ce fut la tête qui porta. Le front s'ouvrit transversalement sur une longueur de 12 centimètres environ, non loin de la racine des cheveux. La plaie s'étendait également de chaque côté de la ligne médiane; mais du côté gauche elle était étroite, tandis qu'à droite l'os était enfoncé d'un centimètre au moins et l'on voyait sortir, à travers un large interstice, de la substance cérébrale écrasée.

Transporté à Lariboisière, le malade n'y éprouva d'accidents cérébraux que du huitième au treizième jour. Le 13 juillet, il reprit connaissance; et depuis lors il va très-bien. Aujourd'hui sa plaie est fermée, et il va être dirigé sur Vincennes. La perte de substance du cerveau ne se traduit absolument par aucun trouble fonctionnel, ni par aucune douleur.

Il n'est pas très-rare de voir ainsi guérir complétement des individus qui, blessés à la tête, ont perdu par la plaie un peu de substance cérébrale.

Quelquefois même, la destruction a été bien plus étendue que dans le cas actuel.

Mon père m'a raconté souvent que pendant la campagne de France, en 1814, il avait vu un officier recevoir une balle dans le haut de la tête. Cette balle pénétrant vers le milieu du front était ressortie en arrière. Pour s'assurer qu'aucun fragment osseux n'était resté dans la plaie, on y fit passer un long stylet qui traversa d'outre en outre. Mon père fut un des aides-majors qui constatèrent ainsi, par eux-mêmes, que la balle avait bien traversé le cerveau, et n'avait pas tourné sous les téguments autour du crâne, comme il arrive quelquefois. Cet officier, au bout de quelques jours, eut des accidents cérébraux; mais il s'en remit parfaitement. Seulement sa santé, jusqu'alors excellente, s'altéra bientôt progressivement; et, l'année suivante, il mourut phthisique.

Dilatation extemporanée progressive dans les rétrécissements de l'urèthre.

Dans la même salle Sainte-Adélaïde, au n° 22, un malade nous fournit l'occasion de parler de la méthode de dilatation employée par M. Tillaux dans les rétrécissements de l'urèthre.

Cet homme a passé, en effet, près de six ans sans éprouver de récidive, bien qu'il eût pleinement négligé toute précaution, après avoir été traité une première fois par cette méthode, appliquée dans toute sa rigueur.

Lorsqu'il était entré à l'hôpital, à cette époque, il était atteint d'un rétrécissement, suite de blennorrhagie, si étroit que le n° 1 des bougies flexibles de la série Charrière était introduit avec peine. M. Tillaux commença donc par élargir graduellement le canal de l'urèthre, à l'aide de bougies flexibles, jusqu'à ce qu'il eût atteint le n° 12 de cette série, correspondant au n° 24 de la graduation de Béniqué par sixième de millimètre. Puis, lorsqu'il fut parvenu à ce point, il eut recours à la *dilatation extemporanée progressive*. Tel est le nom qu'il a donné à la méthode qu'il préfère.

Le malade fort intelligent, et qui se rappelle très-exactement les moindres détails, raconte qu'au bout de quinze jours, en une seule séance, on lui introduisit trente numéros de la série des bougies d'étain de Béniqué; depuis le n° 25 jusqu'au n° 54. Ainsi on avait pu atteindre en quelques minutes un calibre de neuf millimètres, et cela presque sans douleur. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang par le méat.

Le résultat resta pendant six ans aussi satisfaisant que possible. La miction était tout à fait normale. Mais cet homme était averti que le rétrécissement devrait se reproduire s'il ne se faisait pas sonder de temps en temps; et, ayant complétement négligé de le faire, il ne fut nullement étonné lorsqu'il y a trois mois environ, il commença à voir l'urine s'écouler par un jet plus mince et moins puissant.

Résolu à ne pas attendre aussi longtemps que la première fois, il entra dans un hôpital. Mais là, on fit une fausse route en le sondant, et désespérant de guérir dans ce service, il en sortit, pour revenir se mettre sous les soins de M. Tillaux. Celui-ci attend la guérison de la fausse route pour pratiquer de nouveau la *dilatation extemporanée progressive*.

On voit, par cet exemple, en quoi consiste cette méthode, dans ce qu'elle a de particulier: c'est à aller très-vite, *extemporanément*, dans la *progression*. Bien d'autres chirurgiens font également usage des bougies Béniqué, mais ils osent à peine augmenter de deux à trois numéros par séance.

Cela n'empêche pas que M. Tillaux, comme Béniqué, conseille, aussi bien qu'eux, de procéder avec la plus grande douceur, et de s'arrêter aussitôt qu'il faudrait employer la force. La pratique est toute différente; mais le précepte théorique est le même.

Le cas que nous avons cité est un de ceux dans lesquels M. Tillaux a pu terminer tout le traitement en une seule séance. Dans les observations citées dans le travail de M. Le Garrec (1), la cure a été moins rapide: il a fallu deux ou trois séances pour parcourir la série de Béniqué jusqu'au numéro qu'on voulait atteindre.

Mais ce n'est rien encore que deux ou trois séances, comparativement au grand nombre exigé par les procédés les plus répandus.

Comment peut-on donc expliquer cette différence étonnante dans les résultats, alors qu'on pose de part et d'autre les même principes?

M. Tillaux tient essentiellement à ne pas employer la force: ceux qui ont passé entre ses mains déclarent n'avoir pas souffert, ou à peu près; ils lui trouvent la main très-douce. Et cependant, au lieu de s'arrêter après un sixième ou un tiers de millimètre de dilatation, il ne craint pas de dilater en une fois de cinq millimètres, comme chez le malade dont nous parlons.

Je crois que l'habileté manuelle entre pour la plus grande

(1) *Étude sur l'emploi des bougies de Béniqué dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, etc.*, par Pierre Le Garrec. — Paris, Coccoz. 1876.

part dans de tels succès. Quand on sonde assez légèrement pour que les bougies semblent pour ainsi dire couler d'elles-mêmes, on évite le grand obstacle qui peut résulter des actions réflexes provoquées par l'irritation de la muqueuse. Le canal de l'urèthre se laisse surprendre, en quelque sorte, les fibres musculaires ne s'en contractent pas, et, comme la dilatation, portant sur un point limité, procède par nuances insensibles, on peut aller très loin sans effort.

Je suis donc persuadé qu'il en est de ceci comme de la méthode de divulsion, dont j'ai si souvent constaté la réussite et l'innocuité presque complète, entre les mains de M. Voillemier. M. Voillemier savait déployer l'effort le plus considérable pour enfoncer, entre les valves de son instrument, la tige qui les écartait, et cela sans que cet effort se fît sentir par une secousse, par un ébranlement dans les voies urinaires de l'opéré. Tout le monde n'aurait pas une semblable adresse ni une semblable vigueur. Or c'est là une condition, *sine qua non*, pour la réussite.

Dr Victor Revillout.

HYPERTROPHIE TOTALE DE LA PROSTATE

PREMIERS ACCIDENTS RELATIFS A LA MICTION REMONTANT A UNE DIZAINE D'ANNÉES; — RÉTENTION COMPLÈTE DE L'URINE; — CATHÉTÉRISMES RÉPÉTÉS, INFRUCTUEUX; — PONCTION HYPOGASTRIQUE OU SUS-PUBIENNE DE LA VESSIE; — SUCCÈS CONFIRMÉ UN AN APRÈS L'OPÉRATION.

Par le docteur J. Forestier, de Seignelay (Yonne).

F. a aujourd'hui soixante-seize ans, et habite Venouse, petite commune du canton de Ligny-le-Châtel. Il n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte, ni alcooliques, ni autres. Il a éprouvé pour la première fois des difficultés pour uriner, il y a une dizaine d'années; depuis cette époque et à des distances plus ou moins éloignées, des accidents du côté de la miction sont apparus, mais chaque fois le cathétérisme les a fait cesser. Mon honorable confrère le docteur Delisle, qui le soignait, l'avait fait se munir d'une sonde métallique et lui avait appris à se sonder, chose qu'il faisait avec assez de succès.

Dans la nuit du 6 au 7 juin, F. est pris d'un besoin pressant d'uriner, et ne peut le satisfaire; confiant dans son savoir-faire, il a recours à sa sonde, mais la sonde, infidèle cette fois, ne peut trouver le chemin de la vessie. Il la tourne, la retourne, la tourmente dans tous les sens; impatienté, il la pousse violemment, sans autre résultat que de déchirer les tissus et de déterminer une hémorrhagie assez intense. C'est alors qu'ayant pris peur, il vient frapper à ma porte à quatre heures du matin. *Monsieur*, me dit-il, *je viens à vous pour être soulagé; je souffre atrocement du canal; les iaux ne peuvent plus passer!* Je le fais coucher sur une chaise longue pour l'examiner, pendant qu'il me donne les détails que je viens de relater.

Son pantalon, sa chemise sont inondés de sang; la verge est rouge, tuméfiée, très-sensible; un caillot filamenteux bouche le canal de l'urèthre. Je laisse de côté toute tentative de cathétérisme et engage mon client à rentrer chez lui, pour se mettre dans un grand bain dès son arrivée, lui promettant d'être à Venouse à sa sortie du bain.

J'arrivai vers les neuf heures: le malade était déjà dans son lit plus calme depuis le bain. Avant de me livrer à aucune manœuvre, je pratique le toucher rectal, et je trouve la prostate très-volumineuse, hypertrophiée uniformément dans toutes ses parties, au point de gêner à la fois la miction et la défécation. Le malade m'affirme en effet que depuis quelque temps les selles sont difficiles, et que les matières sont *rubannées, comme passées à un laminoir*. Avec une sonde en gomme, et sans me départir des moyens de douceur, j'essaie alors de pénétrer dans la vessie; arrivé à la région prostatique, l'instrument s'arrête, s'engage dans des espaces lacunaires, *dans les fausses routes* produites par les manœuvres imprudentes du malade. Il sort du sang en quantité par le méat, ce qui gêne le cathétérisme. Enfin, après bien des tâtonnements, j'ai le bonheur d'arriver dans la vessie. Il sortit environ deux verres d'urine mêlée de sang. Je m'en tins là pour l'instant, et quittai le malade prescrivant un grand bain pour la journée et des frictions au périnée avec une pommade mercurielle belladonée.

7 juin au soir. — F. n'a pas uriné de la journée. — Toutes mes tentatives pour le cathétériser restent infructueuses. Le sang sort en abondance par l'urèthre; la verge est tuméfiée, très-sensible.

Prescription. — *Ut supra;* en plus cataplasmes laudanisés.

8 juin au matin. Etat général assez bon; la nuit a été relativement bonne; peu de sang perdu. Avec des sondes de tout calibre, de toute forme, sondes à béquille, à extrémité olivaire, etc., etc., j'essaye, mais en vain, de pénétrer dans la vessie.

Prescription. — Grand bain prolongé dans la journée, frictions avec la pommade, cataplasmes, en plus lavements froids.

8 juin au soir. — Je reviens avec mon confrère, le docteur Rollet d'Héry. Le malade est inquiet; la vessie forme déjà tumeur à la région sus-pubienne. Ni moi ni mon confrère ne pouvons arriver à pratiquer le cathétérisme. On s'engage toujours dans les fausses routes; le sang vient avec abondance.

Même prescription que le matin.

9 juin au matin. — Le docteur Cretté de Seignelay s'est joint à nous, le malade a passé une mauvaise nuit; il est inquiet; léger mouvement fébrile; langue un peu sale et sèche. La vessie est plus distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. Nous sommes malheureux tous les trois dans nos tentatives de cathétérisme.

9 juin au soir. — L'état du malade est plus mauvais; après un dernier essai infructueux de cathétérisme, nous nous concertons, mes confrères et moi, et nous décidons de proposer au malade une ponction évacuatrice. Celui-ci accepte avec une sorte d'empressement.

Opération. — Le malade étant couché dans une position naturelle, *je plonge un trocart ordinaire droit, à 2 centimètres environ au-dessus des pubis, sur la ligne blanche.* Il s'écoule trois bons litres d'urine, la première sanguinolente. Le soulagement est immédiat; je fixe la canule et la laisse en place.

Les choses restent ainsi une semaine durant; l'urine s'écoule facilement par la canule; l'état général s'améliore, les organes se décongestionnent.

16 juin. — je me risque pour la première fois à tenter à nouveau le cathétérisme, et, à ma grande satisfaction, je réussis à pénétrer dans la vessie assez facilement, sans grande souffrance. Je laisse la sonde à demeure, sans ôter ma canule.

17 juin. — Le malade a passé une très-mauvaise nuit; il a souffert atrocement. Le canal suppure abondamment. Force m'est de retirer l'instrument. Je mets une sonde à la place de la canule, et j'attends.

Prescription. — Grand bain tous les jours, lavages de la vessie avec de l'eau phéniquée. L'urine en effet sortait altérée, puriforme. J'abrége les détails déjà longs de cette observation.

De temps en temps, pendant les deux premiers mois qui suivirent la ponction, j'ai essayé le cathétérisme, mais sans résultat. Tous les quatre à cinq jours, on renouvelait la sonde qui avait remplacé la canule, parce qu'elle s'altérait très-rapidement. Les lavages répétés, les soins de propreté furent faits avec exactitude. Aussi l'urine ne tarda pas à devenir à peu près bonne, et, vers le milieu du mois de juillet, le malade put se livrer déjà à quelques occupations.

Le plus gros ennui, c'était d'avoir à renouveler la sonde : c'est alors que j'eus l'heureuse idée de remplacer la sonde en gomme par une sonde en caoutchouc. Celle-ci peut être laissée dans la vessie, quatre semaines et plus, sans subir la moindre altération. Étant élastique, elle bouche mieux le canal artificiel, et l'urine ne vient pas baver à la surface de la plaie, comme cela avait lieu auparavant, au moindre effort. De plus elle est flexible, chose très-importante dans le cas présent. Le malade l'attache à la ceinture de son pantalon, bouchée qu'elle est, avec un clou de bois. Toutes les fois qu'il en est besoin, cette verge artificielle est débouchée et la vessie est vidée rapidement.

Mais les besoins, faciles à satisfaire pendant le jour, devinrent très-pénibles la nuit en hiver, à cause de leur fréquence. Pour éviter au malade de se lever, je le fis se munir d'un urinoir, dans le goulot

duquel était engagée la sonde. De cette façon, l'urine s'écoula, sans qu'il fut nécessaire de se lever et s'exposer ainsi à prendre froid.

10 janvier 1876. — Huit mois se sont écoulés depuis l'opération; la santé de F. est excellente. Cependant, cet homme, comme bien des vieillards, tousse dans le temps froid. Les efforts de toux font que l'urine suinte autour de la plaie abdominale. De là un état d'irritation permanent. La peau est érythémateuse dans une certaine étendue et très-sensible. Il y a une odeur ammoniacale très-intense. Je remédie du mieux possible à ces inconvénients, comptant sur la fin des froids pour les voir disparaître.

2 mai. — Santé parfaite. La peau autour de la plaie abdominale n'est ni enflammée, ni rouge; la toux ayant cessé avec le beau temps, l'urine ne suinte plus.

F. me dit que, de temps à autre, l'urine sort par la verge, mais en un jet filiforme.

10 juin. — Il y a eu un an, le 9 de ce mois, que mon malade a été ponctionné. Sa santé est encore aujourd'hui très-bonne; F. travaille sans aucune espèce de gêne. La peau autour de la plaie a une couleur à peu près normale.

Les tissus, à ce niveau, sont épais, comme pâteux; le trajet qui mène à la vessie n'est plus perpendiculaire à la paroi abdominale; il est oblique de dehors en dedans et de droite à gauche. Des adhérences solides sont établies entre la vessie et les parois abdominales. Quand, avec la sonde, on explore l'intérieur de la vessie, on trouve cet organe ramassé sur lui-même, comme froncé autour des adhérences abdominales. Sa capacité est très-diminuée; on a la sensation très-nette d'espaces lacunaires, anfractueux, dans lesquels s'engage le bec de l'instrument. En raclant légèrement la paroi interne de la vessie, toujours avec l'extrémité de la sonde, on fait sortir du sang, ce qui suppose la présence de bourgeons charnus. L'urine sort très-souvent claire; d'autres fois elle est nuageuse, purulente même, à odeur forte. F. fait encore, de temps à autre, quelques lavages à l'eau phéniquée.

Cette observation est, je crois, intéressante, par les résultats heureux qu'a donnés une opération si peu pratiquée de nos jours, on pourrait dire, de tout temps. Malgaigne, dans son manuel de médecine opératoire, cite un cas, d'après Sabatier, où la ponction sus-pubienne de la vessie fut pratiquée, et la canule laissée en permanence, un an entier, sans qu'aucun accident s'ensuivit.

Je n'ai pas voulu relater ce fait de trop bonne heure, pour qu'il reçut du temps une consécration qui lui donne sa vraie valeur. Ceux de mes confrères qui se trouveront en présence de difficultés, pareilles à celles que j'ai rencontrées dans ce cas particulier, ne devront pas hésiter à entrer dans la voie que j'ai suivie. L'observation de F. est certes un bon encouragement. Je ne dis rien de l'opération elle-même; elle a été aussi aisée à pratiquer que ses résultats ont été simples et heureux. Le résultat final sera publié quand le moment sera venu; d'ici là, je suivrai exactement mon malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 août 1876. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les publications scientifiques de la semaine;

2° Une brochure par M. Manouvrier (de Valenciennes), sur l'*hygiène des mineurs d'Anzin*.

3° Un mémoire italien de M. Carnetti, médecin assistant de la Maternité de Milan, sur *cinq cas de céphalotripsie intra-crânienne* pratiquée avec le forceps inventé par l'auteur.

M. Verneuil présente deux thèses, l'une sur les *éruptions cutanées dans les cas d'affections chirurgicales*, par M. Tremblay; l'autre sur la *température dans le tétanos*, par M. Louis Thomas; les mémoires du congrès périodique international des sciences médicales de Bruxelles; enfin, un mémoire de M. Debout sur *les causes de la gravelle et de la pierre étudiées à Contrexéville.*

M. Périer présente, de la part de M. Lemée (de Saint-Sever), une observation de *haricot introduit dans le larynx d'un enfant de huit ans, descendu dans la trachée et rejeté le soixante-troisième jour*. (Comm.: MM. Tillaux, Polaillon, Périer.) .

RAPPORTS

Traitement des anévrysmes. — M. Verneuil donne lecture de deux rapports sur des mémoires italiens. L'un, dû à M. A. Caselli (de Bologne), fait connaître une méthode nouvelle qu'il a employée avec succès pour la cure d'un anévrysme. L'auteur, ayant à traiter un anévrysme d'origine traumatique siégeant au tiers moyen de la cuisse, chez un homme qui avait déjà été soumis sans résultat aux diverses méthodes de traitement employées ordinairement, compression digitale, ou à l'aide d'appareils, diète, application de sangsues, s'aperçut, en prenant la tumeur entre ses mains et lui faisant subir une torsion d'un quart de cercle, que les battements cessaient. Il la fixa dans cette position au moyen de deux attelles garnies de linge qui furent maintenues en place pendant trois jours, au bout desquels l'anévrysme était guéri. Cette méthode n'est qu'une méthode d'occasion, il est vrai, mais qui, dans certains cas, pourra être essayée de nouveau. Dans tous les cas, c'est une curiosité intéressante à ajouter à l'histoire des anévrysmes.

L'autre, de M. Geswaldo Clementi (de Catane) a pour objet l'ischémie artificielle dans les opérations chirurgicales, et est consacré en grande partie à la description de l'appareil d'Esmarck et à la relation des applications qu'on en a faites en Italie. L'auteur recommande, notamment, l'emploi de la bande élastique pour le traitement des anévrysmes, méthode employée récemment en Angleterre par Walter Reyd, qui en a fait une application heureuse, en laissant la bande en place pendant quelques heures. Mais la priorité appartient à M. Clementi, dont le mémoire a été adressé à la Société en juillet 1875. Ce mode de traitement peut être rapproché d'un autre, également employé en Angleterre, *la compression rapide*, énergique et totale, exercée pendant quelques heures sous l'influence du chloroforme, et qui a donné des succès dans le traitement des anévrysmes des grosses artères, comme la fessière et l'iliaque externe. Cette méthode mérite d'être mieux connue. Ces deux mémoires seront déposés aux archives.

M. Lucas-Championnière fait un rapport sur un mémoire de M. Baudon, médecin-major, sur la résection de la hanche dans les cas de coxalgie suppurée avec fistules anciennes. L'auteur pense que cette opération n'est pas assez répandue en France, où, trop souvent, les malades périssent dans le marasme. Mais, comme l'utilité de cette grande opération ne peut être jugée que par les résultats éloignés, il sera bon de savoir ce que sont devenus les opérés, avant d'entamer la discussion sur ce sujet qui est mis à l'ordre du jour des premières séances après les vacances. Le mémoire de M. Baudon est renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATIONS

M. Ollier fait plusieurs communications de faits empruntés à la pratique. Il présente d'abord un malade âgé aujourd'hui de vingt-et un ans et qui offre un cas exceptionnel de fibrome naso-pharyngien. Il est en traitement depuis dix ans. Il a subi l'opération de Nélaton, celle de M. Ollier, en 1868, à l'hôpital Beaujon; il a été cautérisé dix-sept fois par Richard, et est traité depuis l'année dernière par M. Ollier à Lyon. Le polype avait pris une forme anévrysmatique; on voyait une tumeur réductible dans laquelle on percevait même un bruit de souffle et des battements, mais ces battements étaient produits par de grosses artères se rendant dans le tissu caverneux qui formait la tumeur. M. Ollier, n'osant enlever cette tumeur par l'arrachement, à cause des hémorrhagies qui en seraient résultées, la détruisit par des cautérisations répétées par le

fer rouge et la pâte de Canquoin. Les deux dernières ont été faites il y a un mois, et ont donné lieu à de petites hémorrhagies facilements arrêtées. Aujourd'hui, on sent encore à la partie antérieure une petite portion de tumeur réductible et pulsatile; mais le malade a vingt et un ans, et ce qui reste de polype semble tendre à rétrograder, sous l'influence de l'âge et des modifications produites par les cautérisations, M. Ollier pense que la récidive n'aura probablement plus lieu. Les dernières opérations ont produit des crises névralgiques très-douloureuses, et le chirurgien hésiterait beaucoup à pousuivre plus loin un mal si rapproché de la cavité crânienne. Les débris de la tumeur, retrouvés dans les eschares, ont été examinés au microscope. On y reconnaissait du tissu caverneux et du tissu artériel.

La deuxième communication est relative à une affection non encore décrite, l'*hématocèle de l'épididyme*, quoique quelques observations semblent s'y rapporter, notamment deux relatées par Curling. Dans les deux cas que le chirurgien de Lyon a rencontrés, il s'agissait de très-jeunes gens et l'affection semblait avoir une origine traumatique. Dans les deux cas aussi, il y avait une inversion testiculaire qui exposait l'épididyme à des froissements plus directs. Dans l'un, la tumeur s'était développée chez un enfant de dix ans, qui s'était laissé glisser trop violemment le long d'un arbre; dans l'autre, l'enfant, du même âge, avait reçu un coup de pied d'un de ses camarades. Les deux fois il y eut d'abord épanchement assez considérable dans les tuniques du scrotum. Le premier malade a été vu par M. Ollier cinq ans après l'accident. La tumeur, située sur la tête de l'épididyme, avait le volume d'un petit œuf et une consistance un peu dure, quoique assez souple pour permettre de diagnostiquer la présence d'un liquide. Chez le second malade, vu trois mois après le traumatisme, la tumeur siégeait un peu au-dessus de la queue de l'épididyme. Les deux tumeurs que M. Ollier présente à la Société ont été énuclées facilement, et l'opération n'a eu que des suites très-simples. Les malades sont aujourd'hui parfaitement guéris et ont conservé des testicules sains.

Quelle peut être l'origine de ces kystes? Plusieurs hypothèses se sont présentées à l'esprit de M. Ollier. Dans l'une ils se développeraient dans un des diverticules de l'épididyme. M. Nepveu, qui s'occupe en ce moment de cette question, a remarqué qu'on trouve, une fois sur quatre, de très-petites hématocèles sur la tête ou la queue de l'épididyme, chez des sujets de douze à quinze ans, au moment où la sécrétion spermatique tend à s'établir. D'après l'autre hypothèse, ces kystes se formeraient de toutes pièces, par suite de l'évolution d'un épanchement de sang; M. Ollier se rattache plus volontiers à la première.

M. TILLAUX, dans la discussion qui s'élève à ce sujet, fait remarquer que presque toujours une hydrocèle a préexisté à une hématocèle, et que, dans les cas qu'a observés M. Ollier, la tumeur a dû se développer dans le tissu cellulaire de l'épididyme.

M. NICAISE pense aussi qu'il s'agit de kystes sanguins développés dans un kyste séreux préexistant.

M. GUYON a observé trois fois la transformation des kystes de l'épididyme en hématocèles.

M. OLLIER répond à M. Tillaux qu'il a rapporté ces kystes à l'épididyme, quoiqu'il ait pu les en séparer facilement, à cause de leur origine, que M. Verneuil a bien observée autrefois sur les chiens. C'est justement à cause des doutes qui existent sur leur origine, qu'il faut leur conserver le nom d'hématocèles que M. Nicaise n'admet pas.

M. LARREY a souvenir d'avoir traité, à l'hôpital, un kyste de la tête de l'épididyme, que le malade et ses camarades prenaient pour un testicule supplémentaire. Il en a vu aussi cinq ou six cas aux conseils de révision.

M. OLLIER. Ma troisième communication a trait à un cas d'autoplastie pratiquée sur une fille de dix-huit ans, chez laquelle le nez s'était affaissé, aspiré en quelque sorte, par suite de la carie scrofuleuse des os. La respiration était impossible par les narines. M. Ollier présente les moules pris avant l'opération et dix-sept mois après. Le nez présente maintenant une saillie presque normale et le développement des narines est suffisant.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un enfant de six semaines venu au monde avec le pied renversé sur la jambe. M. Trélat, qui n'a pu venir lui-même faire cette présentation, pense qu'il s'agit d'une fracture intra-utérine, et demande à ses collègues leur opinion sur le traitement à instituer. La plupart des membres présents sont d'avis qu'il s'agit bien d'une fracture et non d'un défaut de développement des os de la jambe, et qu'il serait bon de briser le cal difforme pour rétablir le pied dans sa position normale.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. HORTELOUP présente un bras dont il a fait l'amputation à l'hôpital du Midi, pour un sarcome du cubitus, chez un homme en pleine évolution syphilitique Le membre présentait, au coude, une circonférence de 48 centimètres. Ce développement considérable s'était produit en quatre mois et faisait craindre une terminaison funeste si le chirurgien ne se hâtait d'intervenir.

Il serait intéressant de suivre les effets de la syphilis sur les suites de cette amputation. Malheureusement le malade a, depuis quelques jours avant l'opération, une toux qui peut être causée par l'infiltration cancéreuse du poumon, à laquelle il succombera probablement. L'autopsie du membre a démontré l'exactitude du diagnostic; l'olécrâne est fracturé à sa base et le radius est luxé en avant. L'humérus est intact.

La Société s'ajourne au premier mercredi du mois d'octobre.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV

Cette importante fonction de directeur d'hôpital est confiée à des médecins qui se sont voués aux études statistiques et administratives, et on sait, pour l'avoir vu dans les hautes discussions de notre Académie de médecine, avec quelle supériorité, quelle hauteur de vues les médecins sont susceptibles d'aborder le maniement de ces matières; ou bien à des praticiens, qui ont quitté le service actif. Les Allemands ne manquent pas de faire ressortir, et non sans raison, la supériorité d'une disposition qui donne, pour chef nominal et réel à un hôpital, le seul homme capable par ses études, par ses travaux, par sa vie même, de comprendre les besoins des malades, les exigences, et surtout de s'entendre avec les chefs de service, les secundaraerzte et les assistants. Il peut y avoir, entre les chefs de service et un directeur d'hôpital, des antagonismes fâcheux, des rivalités, des jalousies personnelles, disent-ils, que ce directeur soit médecin ou administrateur, mais si ce directeur est médecin, on peut être sûr que les divergences seront réduites au minimum en ce qui concerne les questions médicales et hygiéniques, et les malades ne pourront que bénéficier d'un si fréquent accord. Bien que ces deux dernières questions soient un peu étrangères au sujet qui doit nous occuper depuis le commencement jusqu'à la fin de ces lettres, nous n'avons point cru devoir passer sous silence les solutions que les Allemands ont su leur donner, parce que ces solutions diffèrent singulièrement de celles que nous leur avons données nous-même en France et qu'il est certainement bon de montrer que des mesures, présentées par certains esprits, comme non mûries, non réfléchies, subversives même, ont déjà reçu dans des pays que l'on n'accusera pas de désordre permanent et d'amour exagéré du nouveau, l'approbation des gens éclairés et la consécration de l'expérience.

L'école médicale de Vienne n'a pas seulement brillé par l'activité de l'enseignement, et n'a pas attiré les étrangers seulement par le

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 août.

nombre considérable de maîtres, uniquement occupés à propager les faits déjà acquis depuis Van Swieten, Haën, Stoll, J.-P. Franck, Gasser, Prohaska, Barth, Purkinje, Beer, le fondateur de l'enseignement ophthalmologique en Autriche, on avait vu briller les Hyrtl, les Rokitansky, les Oppolzer, les Skoda, les Frédéric Jaeger; mais de tous ces maîtres les uns sont morts, et les autres ont été forcés par l'âge de quitter l'enseignement, il ne reste guère sur la brèche que le professeur Hebra dont les cliniques deviennent de plus en plus rares. A Türck et J. Czermak, morts, l'un en 1868, l'autre en 1873, ont succédé des disciples fort éminents, sans doute, comme Stoerk et Shroeter (1), mais qui ne sauraient faire oublier les maîtres. Le fils du professeur Rokitansky s'occupe de gynécologie, le professeur Bamberger, élève d'Oppolzer, occupe, sans doute, avec distinction, une chaire de clinique interne, et l'extraordinaire Édouard Jaeger, fils de Frédéric, sait porter un nom éminent. Cependant, il faut savoir le dire, l'école de Vienne a cessé de tenir en Allemagne, la place qu'elle occupait, elle a perdu à l'heure présente une partie de son originalité; sorte d'intermédiaire entre l'école de Berlin et les écoles latines, quand elle renfermait dans son sein les grands noms que nous venons de citer, elle n'est plus cela aujourd'hui, et une partie des professeurs qu'elle renferme ne lui appartiennent point en propre. Le professeur Billroth, par exemple, est de l'école de B. V. Langenbeck; le professeur Brücke est élève de Jean Muller, tout comme MM. Dubois-Raymond et Helmholtz; le professeur Ludwig a quitté Vienne pour Léipsig; Vienne en un mot ne se suffit que médiocrement à lui-même. En ces matières, un étranger ne doit apporter qu'une extrême réserve et chercher surtout à appuyer ses observations propres, du témoignage de ceux qui vivent dans le milieu même qu'on doit juger. S'il faut en croire un des professeurs extraordinaires les plus éminents et les plus sympathiques de la Faculté de médecine de Vienne, cet obscurcissement a sa source dans des causes générales qui ont été résumées dans un éloquent discours prononcé récemment dans le collége des docteurs (2). M. le professeur M. Benedict a pris pour exemple à l'appui de la thèse qu'il soutient, non sans raison, les importants travaux publiés (3) récemment par le professeur Ed. Jaeger; il a voulu, en saisissant cette occasion, à la fois attirer l'attention du public et du gouvernement sur un maître négligé, et en même temps donner une page de philosophie historique, qui nous a paru d'un véritable intérêt.

« M. Ed. Jaeger doit être compté, a dit l'orateur, au nombre des meilleurs esprits de la nation autrichienne-allemande, et ses œuvres constituent déjà un véritable monument que nos concitoyens pourront regarder avec fierté dans l'avenir. Et cependant si nous jetons les yeux aujourd'hui sur la position sociale et académique de Jaeger, il nous faut avouer qu'elle est de nature à faire éprouver quelque honte à ses compatriotes et surtout à ses collègues. Vienne et l'Autriche sont sans doute très-riches en oculistes distingués, mais, à aucune autre époque et dans un autre endroit, on ne s'est montré plus ardent à limiter les effets du travail, et à faire échouer de plus nobles efforts. S'il est vrai que l'Université n'est pas seulement un institut d'enseignement où s'instruit et se façonne la jeunesse, mais aussi une académie, Jaeger doit y être au premier rang. C'est parmi nous le devoir de tout patriote et de tout homme d'honneur d'élever la voix pour que justice soit rendue à un homme qui a tant fait pour honorer la science et sa patrie.

« *C'est un fait douloureux, messieurs, et particulier à l'Autriche que les plus nobles esprits furent ici toujours méconnus, ou que si, par cas plus favorable, les récompenses méritées vinrent enfin les trouver, ils avaient atteint l'âge de... l'atrophie sénile.*

(1) En otologie, il ne faut point oublier les noms de Grubler et de Politzer.

(2) *Die Presse* du 9 mars 1876.

(3) Ergebnisse der Untersuchung mit dem Augenspiegel unter besonderer Berucksichligung ihres Werthes fur die allgemeine Pathologie. *Wien.* 1876.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er août 1876, M. Hugueny, docteur ès-sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Marseille.

— Par arrêté en date du 9 août, des concours sont ouverts :

1° A l'École de médecine de Rouen, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie, chimie, matière médicale et histoire naturelle.

2° A l'École de médecine de Rouen, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

L'ouverture de ces concours est fixée au 15 février 1877.

— M. le docteur de Puysaye, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, vient de succomber à la suite d'une longue et cruelle maladie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Sirop MINÉRAL SULFUREUX Crosnier

(goudron et monosulfure de sodium inaltérable). Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante.

DÉPOT : rue Vieille-du-Temple, 21, Paris.

Granules de Garnier-Lamoureux

dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsenieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

Glycérine, fer et quinquina.

Administration de tous les principes du quina, du fer à haute dose, sans **constipation**, et de la glycérine pure employée par les médecins anglais et américains comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie*, etc.)

VIN DE CATILLON : Bagnols, quina et glycérine.

VIN FERRUGINEUX (élixir) : quina au lunel, fer, glycérine (*troubles digestifs, fièvres, aglobulie, diabète, etc.*

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Voir *France médicale* du 29 avril 1876, et notre Mémoire sur l'emploi de la glycérine à l'intérieur.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, n° 20.

Cataplasme Lelièvre

approuvé par l'Académie de médecine.

Adopté par le Ministère de la guerre pour les Ambulances et les Hôpitaux militaires, et par le Ministère de la marine pour le service de la Flotte.

Sous le nom de *Cataplasme Lelièvre*, j'ai innové une nouvelle substance qui supprime tous les inconvénients attachés à l'emploi de la farine de lin.

Au lieu des opérations multiples désagréables et dispendieuses nécessitées par la méthode ordinaire, il suffit de mouiller une de ces feuilles en la plongeant dans l'eau bouillante *pendant quelques minutes* et de l'appliquer ensuite sur la peau en la recouvrant d'une baudruche ou d'une toile cirée.

On supprime ainsi tous les inconvénients inséparables du cataplasme à la farine de lin qui souille le lit, fermente rapidement, exhale une odeur désagréable et presque toujours est préparé avec de la farine falsifiée et déjà rancie.

Dr Lelièvre

Pharm. de 1re cl. de la Faculté de Paris.

Dépôt à Paris : Avenue Victoria, 24, maison RIGOLLOT et Ce, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Exiger le vrai nom.

Bain Pennès, reconstituant,

stimulant et sédatif des plus efficaces

Expérimenté avec succès dans **15** *Hôpitaux* contre l'appauvrissement du sang, la chloro-anémie, l'engorgement lymphatique, l'épuisement des forces et les douleurs rhumatismales.

Il remplace les bains alcalins, ferrugineux, iodurés ou sulfureux et même les **bains de mer.**

NOTA. *Se garantir des contrefaçons et imitations en exigeant que l'étiquette qui enveloppe le rouleau porte la signature ci-contre, sur laquelle le* TIMBRE DE L'ÉTAT *aura été apposé.* — PRIX : 1 fr. 25.

J. Pennès

Vente en gros, à la Fabrique, 2, r. de Latran. — **Détail**, à la Pharmacie, rue des Écoles, 49, à Paris. — **Dépôt**, dans les pharmacies et établissements de bains ou d'eaux minérales.

MÉDAILLE DE BRONZE, PARIS (1875).

Vin Pacotte au Quinquina,

AU CAFÉ ET A L'ÉCORCE D'ORANGES AMÈRES. — Ce vin doit à sa composition d'être essentiellement digestible et très-agréable à prendre. Préparé au vin de MALAGA, il contient la dose de quinquina exigée par le *Codex*. Il se recommande donc à l'attention des médecins.

Vente en gros : PACOTTE, pharmacien à Pont-de-Vaux (Ain). — Pharmacie centrale de France, rue de Jouy, 7, Paris. — Se trouve dans les bonnes pharmacies.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES de PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL, rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 miligrammes (1/2 miligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

NOTA. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Asthme, Catarrhe, Oppression

Soulagement instantané par les TUBES LEVASSEUR. 23, r. de la Monnaie, Paris.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie; anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes, la Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. Bte 2 fr. 50.

N° 95. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1876. 49e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1876. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

Sclérose latérale amyotrophique (1).

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

III

A l'autopsie des individus qui succombent à la sclérose amyotrophique des cordons latéraux, indépendamment des lésions qu'on trouve dans la moelle et le bulbe, il existe des lésions secondaires qui affectent les nerfs et les muscles.

Examinons d'abord les lésions des centres nerveux. Celles que l'on peut saisir à l'œil nu sont extrêmement peu prononcées, au point même que quelquefois on ne constate absolument rien. Dans les cas où elles sont le plus apparentes, elles consistent dans un faible degré de vascularisation sur certains points de la pie-mère, et principalement au niveau des cordons latéraux. D'autres fois, on constate une légère teinte grisâtre à la partie postérieure de ces derniers, et principalement dans la région lombaire. Ailleurs, il existe un certain degré d'aplatissement des cordons antéro-postérieurs de la moelle, lequel est alors le résultat d'un certain degré d'atrophie dans les cordons latéraux. Néanmoins, comme cet aplatissement de la moelle peut se rencontrer à l'état normal chez un certain nombre d'individus, on ne doit pas accorder à ce signe une trop grande valeur.

La coupe également ne décèle pas grand'chose à l'œil nu. Cependant, dans les parties correspondant aux cordons latéraux, on trouve une teinte grisâtre transparente, qui n'est autre que la coloration habituelle des parties affectées de sclérose.

Elle existe non-seulement sur les parties correspondant aux cordons latéraux, mais encore dans le bulbe, particulièrement sur la couche des pyramides antérieures.

Au microscope, on constate une sclérose parfaitement nette des cordons latéraux, uniquement limitée à cette partie de la moelle. On pourrait s'étonner à bon droit de cette limitation absolue de lésions aux parties postérieures, alors que les parties antérieures sont absolument respectées, et qu'il existe comme une véritable ligne de démarcation entre les unes et les autres. Mais on sait que, chez l'embryon, les cordons latéraux se développent tout à fait isolément et restent indépendants des autres parties de la moelle pendant presque toute la durée de la vie fœtale. Ce n'est qu'à la naissance que se fait la fusion avec les cordons antérieurs, dont ils se distinguent encore par une coloration grise particulière, et d'une vascularisation plus grande de cette partie de la moelle correspondant aux cordons latéraux, et qui témoignent que ces parties se sont développées à des époques différentes. On comprend très-bien, dès lors, comment la sclérose puisse affecter uniquement une partie du système nerveux, qui se développe d'une manière tout à fait indépendante. Ce caractère n'est d'ailleurs pas exclusivement propre à la maladie que nous étudions ; il existe encore dans un certain nombre d'affections du système nerveux, et, en particulier, dans l'atrophie musculaire progressive et dans quelques altérations cérébrales.

Vous savez que les cordons antéro-latéraux doivent être considérés comme un système de filets nerveux, qui est comme enchevêtré dans les diverses parties de la moelle et de l'encéphale, en passant successivement par le bulbe, la protubérance et les pédoncules cérébraux. Dans ces derniers, les filets nerveux qui répondent aux cordons antéro-latéraux, après avoir formé l'étage inférieur des pédoncules, traversent la protubérance en se plaçant au-dessous des fibres transversales qui unissent les deux lobes du cerveau; dans le bulbe, elles se réunissent en faisceaux et vont former les pyramides antérieures; puis une partie de ces fibres subit l'entre-croisement, passe du côté opposé, où il va constituer la partie postérieure des cordons latéraux, tandis que les autres continuent le trajet primitif et constituent la partie la plus interne du cordon latéral, celle que l'on a désigné sous le nom de fibres de Turck. Ces détails anatomiques étaient nécessaires pour bien vous faire comprendre les altérations que je vais vous signaler.

Ces lésions existent dans toutes les parties que traversent les fibres constitutives des cordons latéraux, dans le plancher inférieur du pédoncule, dans la protubérance, bien qu'elles soient difficiles à apercevoir dans le bulbe, sur les pyramides antérieures, et dans la moelle, sur les cordons latéraux à proprement parler, puis dans d'autres parties secondaires, telles que les faisceaux de Turck. Elles consistent dans une véritable sclérose, c'est-à-dire dans une altération de la névroglie, analogue, comme l'a démontré M. Ranvier, à celle que l'on observe dans le tissu conjonctif de toutes les autres parties du corps, c'est-à-dire caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif, la multiplication des noyaux, ainsi que par une modifica-

(1) — Suite. Voir le numéro du 3 août.

tion qui se passe dans les vaisseaux. Les fibres de la névroglie deviennent plus volumineuses; il se fait une prolifération nucléaire à leur surface; elles deviennent plus volumineuses, plus épaisses et présentent parfois quelques corpuscules amyloïdes disséminées çà et là.

Dans la sclérose des cordons latéraux, l'altération, bien que portant sur toute leur hauteur, prédomine, en thèse générale, dans certains points. Dans la région cervicale, elle envahit tout le cordon latéral et dépasse même la corne antéro-externe des cornes antérieures. De plus, il faut noter que, dans cette région, la sclérose reste limitée aux parties centrales et respecte une petite portion de la périphérie, de telle sorte que les parties sclérosées ne sont pas tout à fait en contact de la substance corticale de la moelle. C'est ce qui fait qu'à l'œil nu on ne voit pas du tout la teinte grise des parties altérées.

Dans la région dorsale, les lésions sont un peu moins étendues; ici, elles restent tout à fait en arrière d'une ligne qui passerait par le centre des commissures; seulement elles se rapprochent davantage de la substance corticale, mais sans encore l'atteindre. Ce n'est que dans la région lombaire que cette dernière est affectée, ce qui fait que, dans cette même région, l'altération vient se mettre en contact avec la pie-mère.

De plus, je dois ajouter que les petits faisceaux de Turck sont également affectés; et, comme ils n'existent que dans la région cervicale, il en résulte qu'on ne voit la sclérose exister que dans la partie la plus interne de cette région.

Dans le bulbe, les lésions sont encore du même ordre que les précédentes. Il en est de même dans la protubérance et dans les pédoncules, où on les retrouve encore avec les mêmes caractères.

Les lésions scléreuses de la substance blanche et de la substance grise du bulbe sont limitées aux cornes antérieures, où il existe, comme vous le savez, un certain nombre de grosses cellules, ordinairement trois, munies de prolongements multiples. C'est sur ces grosses cellules des cornes antérieures que porte la lésion. Elle est constituée des altérations atrophiques qui peuvent se produire sous deux formes : l'atrophie simple ou bien l'atrophie pigmentaire. Dans la première, on voit les grosses cellules diminuer de volume et se rétrécir de plus en plus. Bientôt, à mesure qu'elle se rétracte, ses prolongements s'atténuent et finissent par disparaître avec la cellule. Dans d'autres circonstances, l'atrophie consiste dans une infiltration de noyaux pigmentaires qui s'accumulent dans la cellule et la distendent. Sous cette influence, celle-ci se boursoufle, s'arrondit; puis ses prolongements s'altèrent à leur tour; enfin la cellule s'atrophie tout à fait et finit par n'être plus réduite qu'à une petite poche remplie de granulations pigmentaires.

Ces deux formes d'atrophie des cellules ne marchent pas indépendamment l'une de l'autre, mais se rencontrent également dans la maladie.

L'atrophie des cellules se remarque dans toute la hauteur de la moelle, disséminée en certains points, prédominante en d'autres, et surtout dans la région cervicale, ce qui explique pourquoi les membres supérieurs sont particulièrement affectés.

Dans le bulbe, les grosses cellules qui constituent les noyaux cellulaires de cette partie du système nerveux central, noyaux d'origine des nerfs bulbaires, subissent également l'atrophie simple ou pigmentaire. Mais cette atrophie est bien moins étendue et bien moins prononcée que dans la moelle, c'est-à-dire que tous les noyaux du bulbe ne sont pas affectés d'atrophie de leurs cellules comme dans les cornes antérieures. Le noyau de l'hypoglosse est celui qui est le plus particulièrement atteint, et il n'est pas rare de trouver ces cellules réduites de 40 à 50 à 5, ou 6. Cette altération est constante dans les cas de sclérose latérale amyotrophique.

Quant aux noyaux cellulaires qui correspondent aux nerfs facial, glosso-pharyngien, spinal, l'examen microscopique n'a pas encore démontré qu'ils fussent le siége de lésions bien nettes. A part un cas signalé par Lockart Clarke, dans lequel la plupart des noyaux du bulbe étaient affectés, leur altération est peu appréciable. Ces faits, du reste, ont été mis en lumière d'une façon très-nette par des travaux récents de M. Gombault. Ils montrent que les noyaux des nerfs bulbaires, en dehors de celui de l'hypoglosse, présentent ordinairement des symptômes qui accompagnent la maladie, des phénomènes évidents de paralysie glosso-labio-laryngée, que les lésions affectent la plupart des noyaux bulbaires, mais qu'elles sont très-peu marquées, et ne portent que sur un très-petit nombre de cellules.

Mais les altérations de la substance grise ne portent pas que sur les cellules; la névroglie elle-même est atteinte. Ces lésions, d'ailleurs peu connues de la névroglie consistent dans un état grenu et de transparence de cette enveloppe, et en outre, dans un certain degré de vascularisation, ainsi que dans l'existence de petits foyers hémorrhagiques. Il est cependant des cas où la névroglie paraît à peu près saine.

Dans le bulbe, les altérations de la névroglie existent également. Quelquefois encore, mais exceptionnellement, des lésions semblables à celles des cornes antérieures s'observent dans les cornes postérieures.

Les lésions secondaires portent sur les racines des nerfs, les filets nerveux et les muscles. Dans les premières, on trouve, comme ailleurs, des lésions atrophiques, qui portent principalement sur les racines antérieures. On cite un fait cependant, mais tout à fait exceptionnel, dans lequel l'altération siégeait sur les racines postérieures. On observe alors les degrés de l'atrophie simple, depuis la simple émaciation jusqu'à la disparition complète du cylinder axis et de la myéline.

Dans quelques cas, on a noté, en outre, un certain degré de périnévrite plus ou moins accentuée. On a également constaté une altération très-notable, une coloration grisâtre et une diminution de volume des racines des nerfs qui émanent des noyaux du bulbe. Mais tandis que les altérations des noyaux bulbaires sont surtout remarquables dans ceux du nerf grand hypoglosse, ici les lésions portent sur la plupart des nerfs bulbaires. Ces lésions des racines de l'hypoglosse, du spinal, du pneumo-gastrique et du facial expliquent très-bien les phénomènes de paralysie glosso-labio-laryngée qu'on observe toujours dans cette maladie.

Dans les nerfs des membres, l'altération est souvent nulle. D'autres fois, au contraire, on trouve quelques tubes nerveux dont la myéline est granuleuse, segmentée. Dans deux circonstances où l'on a recherché avec le plus grand soin s'il existait quelques altérations du grand sympathique, on n'a absolument rien trouvé.

Quant aux muscles, ils ont perdu la plus grande partie de leurs fibres, qui sont décolorées ou jaunâtres, et, au microscope, on constate qu'elles ont complétement disparu. Cette disparition des fibres musculaires peut se faire de deux manières : ou bien elles diminuent simplement de nombre et de volume, en conservant jusqu'au dernier moment leurs striations normales, ou bien, sous l'influence d'un processus irritatif, il se fait une prolifération des noyaux du sarcolemme par laquelle la fibre musculaire est bientôt étouffée.

Le tissu cellulaire interstitiel subit une prolifération nucléaire du même ordre; dans certains muscles, le tissu s'infiltre d'une abondance telle des cellules adipeuses, que l'on a alors une véritable lipomatose interstitielle, qui permet à ces organes, malgré l'atrophie de leurs fibres, de conserver leur relief normal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Luxation traumatique du quatrième métatarsien sur le cuboïde.

Observation recueillie par Oct. Guelliot, externe du service.

Les luxations isolées des métatarsiens sont fort rares : « Les articulations des os du métatarse, dit Boyer (1), sont trop serrées, et ces os trop peu mobiles pour qu'ils puissent se luxer. » Il n'en existe, croyons-nous, que deux cas dans la science.

Le premier a été rapporté par Malgaigne (2), c'est une luxation en haut de l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien. Un peintre en bâtiment, âgé de trente et un ans, tombe d'une hauteur de vingt-cinq pieds sur la partie antérieure de la plante du pied gauche; on l'apporte dans le service de Malgaigne qui, en présence d'une saillie de la face dorsale du pied au niveau de l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien, avec douleur et gonflement considérables, soupçonne une fracture de cet os avec déplacement de l'un des fragments. — Sept jours après seulement, le gonflement ayant disparu, on reconnaît la luxation, parce que l'on sent avec le doigt les facettes articulaires de l'extrémité postérieure du métatarsien, et on en tente la réduction. — Après avoir essayé vainement de refouler la tête de l'os avec les pouces, Malgaigne enfonce un poinçon mousse qui presse perpendiculairement de haut en bas sur la face dorsale du métatarsien. Ne réussissant pas encore par ce moyen, il retire le poinçon, le plonge de nouveau, mais obliquement, contre la facette postérieure du métatarsien pour repousser l'extrémité luxée en avant et en bas. Bientôt la réduction se fait avec bruit; on applique un appareil contentif, et le septième jour de la réduction, quatorze jours après son entrée à l'hôpital, le malade sort complétement guéri.

L'autre cas appartient à Liston. Ce chirurgien aurait observé une luxation du premier métatarsien par violence directe. Tufnell, qui cite ce cas, incidemment, dans un mémoire sur la luxation des trois premiers métatarsiens (3), se contente de dire que la réduction fut facile, sans indiquer le procédé employé.

Dans notre observation il s'agit, comme dans celle de Malgaigne, d'une luxation en haut de l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien.

Observation. — Jean-Gustave B..., âgé de dix-neuf ans, peintre en bâtiment, entre dans le service de M. Gosselin (salle Sainte-Vierge, n° 38), le 29 mai 1876. La veille, il marchait en portant un seau de colle pesant de quarante à cinquante livres. Ce seau, s'étant accroché au montant d'une porte, lui fit faire un mouvement de rotation du côté gauche, pendant lequel le pied du même côté servit de pivot. B... ressent une vive douleur et tombe. Il ne peut marcher après l'accident, et, le lendemain, on l'amène à l'hôpital en voiture.

Pour venir à la salle de consultation, il est obligé de demander l'aide d'un camarade qui le soutient d'un côté, tandis que de l'autre il s'appuie sur une canne.

Le lendemain (30 mai), on constate une saillie assez volumineuse sur le dos du pied gauche, qui est beaucoup plus tuméfié que dans une simple entorse; elle est plus près du bord externe du pied que du bord interne et à peu près sur une ligne transversale passant par la tubérosité du scaphoïde; cette saillie, recouverte d'une peau rouge, mais sans ecchymose, douloureuse à la pression, est dure et évidemment osseuse; enfin on peut lui communiquer des mouvements très-appréciables qui ne s'accompagnent pas de crépitation. Elle répond exactement à l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien, et, comme il n'y a aucune saillie analogue de l'autre côté, que celle-ci n'existait pas avant l'accident et qu'elle est trop en arrière pour être produite par un des fragments du métatarsien fracturé, on diagnostique une *luxation traumatique en haut du quatrième métatarsien sur le cuboïde.*

M. Gosselin essaye immédiatement la réduction : il appuie avec les pouces sur l'extrémité luxée de façon à la repousser en avant et en bas, tandis qu'un aide maintient la jambe et qu'un autre fait l'extension sur l'extrémité du pied. Au bout d'un instant, une demi-minute à peine, le chirurgien a la sensation d'un replacement, sensation perçue du reste aussi par les aides. La réduction est faite, et la saillie complétement effacée. On applique un bandage ouaté légèrement compressif.

Le 2 juin, le malade se plaignant de douleurs quand il essaye de remuer le pied, on enlève un moment l'appareil, et on constate que le déplacement ne s'est pas reproduit.

Le 7 juin, l'appareil est de nouveau retiré; une ecchymose assez considérable occupe la moitié externe du pied et le tiers inférieur de la jambe. Douleur à la pression.

10 juin. — La douleur est peu marquée; cependant, à une forte pression, on en provoque en deux points : 1° au niveau de l'articulation métatarso-cuboïdienne du quatrième métatarsien; 2° à 5 ou 6 centimètres en avant et sur une même ligne antéro-postérieure, c'est-à-dire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. Le malade marche pendant deux heures avec des béquilles; mais la pression du pied gauche sur le sol lui occasionne une douleur assez vive.

Les jours suivants, il ne marche que deux ou trois heures avec ses béquilles, et sans oser s'appuyer sur le pied malade.

Du 14 au 17 juin, il est retenu au lit par une angine accompagnée d'une fièvre intense. Malgré ce repos forcé, le pied, qui n'est pas bandé depuis trois jours, est un peu rouge sur sa face dorsale, sans beaucoup de chaleur à la main, mais avec un gonflement notable qui gêne les mouvements.

Le 21 juin, B... part pour Vincennes après un séjour de vingt-trois jours à l'hôpital. Il marche avec deux béquilles et commence à s'appuyer sur son pied gauche; mais il ne le fait pas encore franchement, à cause de la douleur. — Nous avons su depuis que, quelques jours après son arrivée à Vincennes, il a pu quitter les béquilles et qu'il en est sorti complétement guéri.

Nous ferons remarquer la difficulté d'expliquer le mécanisme de cette lésion, surtout en présence d'un traumatisme aussi léger; du reste si on considère le peu de mobilité de l'articulation et la présence de ligaments plantaires, dorsaux et interosseux, on ne comprend pas pourquoi le métatarsien ne se fracture pas plutôt que de se luxer (1).

Ici la réduction a été facile par la méthode de glissement. On conçoit qu'elle doive être tentée le plus tôt possible, la non-réduction devant entraîner des inconvénients sérieux (gêne de la marche, excoriation par les chaussures). A propos de son malade, Malgaigne s'était même demandé si, la réduction ne pouvant être obtenue, il n'y aurait pas lieu de faire la résection du métatarsien (2).

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, tome IV, page 406.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 218, et *Traité des fractures et des luxations*, tome II, page 1077.
(3) *The Dublin quarterly journal of med. science*, 1854, vol. XVII, page 69.

(1) Bérard, *Dictionnaire* en 30 vol., t. XXIX (article : *Pied*), p. 477.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 219.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES EFFETS TOXIQUES DE LA DIGITALE

par M. le docteur Rames (d'Aurillac)
membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux.

Ayant eu la triste fortune d'assister aux effets toxiques de la digitale sur un malheureux pharmacien du Cantal qui s'empoisonna par mégarde avec ce médicament, nous croyons utile et instructif de publier la relation de ce fait déplorable.

M. X..., pharmacien, âgé de trente-sept ans, de forte constitution, de bonne santé, doué du naturel le plus heureux, entouré de toutes les joies de la famille, alors qu'il voyait sa position de fortune s'améliorer chaque jour, est mort empoisonné, victime d'une méprise qui s'est accomplie dans les conditions suivantes.

Devenu propriétaire depuis peu d'une maison qu'il était en train de réparer et dans laquelle il transférait sa pharmacie, M. X... harassé de fatigue, par suite d'un déménagement qu'il tenait à effectuer par lui-même, descendit, le 2 novembre 1874 dans son magasin, vers neuf heures du soir. Là, obéissant à une ancienne habitude, il se mit en devoir de prendre un peu de vin de quinquina. Machinalement, il se dirigea vers l'extrémité du rayon où il plaçait ce vin; instinctivement, il s'empara du flacon qui s'y trouvait et, sans se douter de sa méprise, avala trente grammes au moins de teinture de digitale. Un peu surpris par la saveur du liquide ingurgité, mais, le palais blasé par l'usage de la pipe, il se borna à cette réflexion que son vin de quinquina était d'une amertume excessive, qu'il avait dû le faire trop fort; remonté au premier étage, il se coucha et ne tarda pas à s'endormir.

Vers minuit, des douleurs d'estomac le réveillèrent. Des vomissements survinrent, et, quoiqu'il eût soupé assez copieusement vers les sept heures du soir, il ne rendit que de la bile toute jaune sans aucune trace de matières alimentaires; toute la nuit du 2 au 3 novembre se passa en efforts de vomissements. Le matin, vers les huit heures, il accusa une sensation de froid dans les jambes, mais qui dura peu; tilleul, thé, toutes les boissons dont il usa furent rejetées presque aussitôt.

Il essaya de se lever sur les onze heures du matin; mais le malaise était tel qu'il fut obligé de se recoucher. A midi, il y eut un peu de mieux, non pas que les vomissements eussent cessé; mais le malaise était moindre. Son état paraissait s'améliorer, lorsque, vers les cinq heures du soir, un incident nouveau vint aux souffrances physiques ajouter des angoisses morales très-vives.

Jusqu'alors M. X... était dans l'ignorance la plus absolue de sa méprise. Il mettait les accidents qu'il éprouvait sur le compte d'un trouble digestif passager dont la cause lui était inconnue. A cette heure-là un client étant venu demander du vin de quinquina, sa femme descendit pour le servir. N'ayant pas trouvé le flacon, elle vint en avertir son mari. Celui-ci lui indiqua la position du flacon où il avait bu la veille; sa femme étant remonté lui dire que ce flacon était celui de la teinture de digitale, M. X... connut alors son erreur et éprouva naturellement une vive inquiétude sur ce qui lui arriverait, toutefois il ne pensait pas mourir.

Interrogé par sa femme sur ce qu'il y avait à faire, sur ce qu'il y avait à craindre. « Envoie chercher le médecin, lui dit-il. Si j'avais dû mourir, ce serait arrivé dans les premières heures, mais je vais beaucoup souffrir : » Il avait un voyage à faire, il empêcha d'écrire, remettant au lendemain le soin d'annoncer son accident.

Son médecin était en course, on appliqua en son absence des cataplasmes laudanisés sur le ventre. A l'arrivée de ce dernier qui eut lieu vers les dix heures du soir, on eût recours à un lavement purgatif qui resta sans effet. La nuit du 3 au 5 fut affreuse : M. X... se plaignait de douleurs, de déchirements dans l'estomac. Des sueurs continuelles inondaient son visage et son corps; les efforts de vomir étaient incessants. Sur le matin, les traits du visage étaient altérés, les yeux cerclés de noir; parfois le cœur éprouvait des temps d'arrêt, et alors le front, les extrémités se refroidissaient, le pouls n'était lus perceptible. On administra un second lavement purgatif, celui-ci suivi de selles; peu après douze sangsues, qui saignèrent bien, furent appliquées au creux épigastrique, le tout sans soulagement notable.

Le médecin ordinaire ayant désiré une consultation, je fus mandé par le télégraphe, et arrivai vers les trois heures et demie du soir : je trouvai le malade couché dans son lit, les yeux un peu battus, mais la physionomie assez naturelle. La sueur perlait sur le front. Son intelligence était assez libre pour qu'il pût me raconter lui-même son histoire. Interrogé sur les troubles qui auraient pu avoir lieu du côté des centres nerveux, il n'accusa rien ni du côté de la sensibilité générale, ni du côté des sens spéciaux, rien de notable au point de vue de la respiration. Le pouls était assez irrégulier et donnait 140 pulsations environ. Pendant que je lui parlais, un effort de vomissement s'étant produit, M. X... se mit sur son séant et prit la cuvette avec une grande facilité, comme un homme qui a toute son énergie physique, et je ne mets pas en doute qu'il eût pu se lever et marcher.

Je le rassurai de mon mieux, lui rappelant les effets variables des préparations de digitale, le long temps écoulé depuis l'ingestion du poison, et nous le quittâmes après un moment de causerie pour nous rendre au domicile du confrère distant de deux cents mètres environ.

Jetés en face d'un cas imprévu, pensant bien qu'une intervention médicale ne pouvait guère être efficace, mais désireux de nous éclairer nous n'étions pas fâchés de nous consulter pour voir s'il y avait quelque chose à tenter.

Nous venions à peine d'arriver, cinq ou six minutes au plus d'absence, que l'on courait après nous pour nous dire que le malade était pris de convulsions. Nous revînmes au plus vite et le trouvâmes mort.

D'après ce que m'a raconté sa femme, la proposition d'une consultation l'avait un peu impressionné dans la matinée, mon arrivée avait amené aussi un peu d'émotion. A peine étions-nous sortis qu'il s'était plaint que sa vue se brouillait, qu'il voyait des ombres, tout aussitôt une convulsion légère dénotait sa fin.

L'autopsie n'a pas été faite.

Ce malade avait bien uriné plusieurs fois dans la journée du 3, mais cela sans qu'on n'eût rien remarqué d'anormal. Comme je l'ai déjà dit, ses facultés intellectuelles n'avaient jamais subi la moindre atteinte. Sa femme seulement, connaissant ses sentiments affectueux, a été surprise qu'il n'ait pas demandé ses enfants, elle ne peut attribuer cette circonstance qu'à ce que jamais son mari n'a pas eu le pressentiment d'un danger immédiat.

Ainsi donc, désordres gastriques, troubles de la circulation, tels ont été les symptômes apparents de cet empoisonnement qui a entraîné la mort après quarante-trois heures d'une manière brusque, prompte, alors que la vie paraissait encore avoir de profondes racines chez ce malade. La fin de ce dernier coïncidait presque avec la publication dans la *Gazette des Hôpitaux* de l'article du docteur Durozié sur l'abus de la digitale, et venait, en quelque sorte, confirmer les dangers latents de ce terrible poison.

Quelque incomplet que soit le fait précédent qui est plutôt un récit qu'une observation, nous avons cru devoir le faire connaître, parce qu'il nous paraît reproduire cliniquement, à peu près dégagés de toute complication, les effets toxiques obtenus expérimentalement par l'emploi des préparations de digitale.

Au point de vue du fonctionnement des grands appareils, il met en relief l'indépendance relative jusques à un certain point du système nerveux de la vie organique de celui de la vie de relation. Rappelons-nous que, chez une grenouille dont le cœur a été arrêté par la digitaline, la vie se continue pendant un temps assez long, permettant à l'animal de sauter comme si de rien n'était.

Notre malade a conservé jusqu'à la fin le ressort de son jeu musculaire à peu près intact, et la mort était imminente, alors que, parmi les assistants, personne n'avait pu saisir la moindre

apparence d'un trouble cérébral, trouble qui certainement aurait été remarqué par sa femme, personne très-intelligente qui ne l'a pas perdu de vue un seul instant.

Comme désordres des grandes fonctions, on n'a pu constater que des vomissements et des troubles de la circulation.

Nous occupant d'abord des premiers, nous dirons que la science nous apprend que le vomissement dans le cas d'intoxication par la digitale n'est pas un effet d'irritation gastrique, car il survient tout aussi bien par l'injection sous-cutanée de la digitale ou de la digitaline; que la digitale n'est même pas directement vomitive, car le vomissement ne survient le plus souvent qu'au bout de douze à vingt heures, après l'ingestion.

Chez notre malade, ce n'est que trois heures après la fatale méprise que les vomissements sont survenus, et la digestion d'un souper copieux, fait deux heures avant, n'a pas paru troublée.

Nous initiant maintenant au mode pathogénique du vomissement, nous ajouterons qu'il résulte d'un *consensus* demandant et la participation du diaphragme, et celle des muscles organiques de l'estomac, de l'œsophage, du pharynx, *consensus* assez centralisé pour qu'un simple souvenir y suffise, assez indépendant des centres nerveux aussi pour que le vomissement ait lieu, le pneumo-gastrique étant coupé, ou bien ce nerf étant intact et excité, alors seulement que l'estomac est sous l'influence de l'organe de la digestion.

Au vomissement enfin peuvent être appliquées les réflexions qu'inspirent au professeur Longet les phénomènes de la faim et de la soif. « Il en est d'eux comme de tous les grands besoins naturels dont le siége principal se trouve concentré dans l'organe destiné à le satisfaire, qui en apparence se rapportent uniquement à cet organe, qui peuvent être stimulés par une action directe portée sur lui et qui n'en sont pas moins l'expression d'un besoin général auquel l'économie tout entière participe. »

Dans le cas qui nous occupe, les grands centres nerveux étant évidemment hors cause, puisque rien n'a traduit leur émotion, une action locale ne pouvant pas être invoquée, force est de chercher ailleurs. Quittons donc pour un instant les désordres gastriques et, passant à l'étude des troubles de la circulation, voyons si les données scientifiques acquises de ce côté ne peuvent pas nous mettre sur la voie d'indications tendant à expliquer et l'apparition des vomissements et l'état syncopal qui a entraîné la fin du malade.

Les recherches modernes accusent tous les jours des faits nouveaux tendant à faire admettre une certaine indépendance entre la circulation périphérique et la grande circulation, entre le réseau capillaire et le moteur central, le cœur.

Cette notion admise, cette déduction en ressort : qu'une irrigation spéciale peut subir une atteinte alors que, dans l'ensemble du courant, aucune modification appréciable n'a pu encore être saisie; on comprend pareillement qu'une certaine méthode s'établisse dans les désordres produits, que ceux-ci progressent de la périphérie vers l'organe central, qu'ils s'élèvent de la vie organique à la vie animale. Telle nous paraît être, en effet, l'expression des faits connus et cette probabilité semble d'autant plus plausible que la contre-épreuve peut, en quelque sorte, en être fournie. Pour cela, il nous suffira de rapporter les résultats suivants, constatés par le professeur Vulpian.

L'action de la digitaline sur le cœur n'est pas empêchée par la destruction probable du cerveau et de la moelle épinière. La digitaline injectée dans la veine crurale d'un chien curarisé, soumis à la respiration artificielle et chez lequel on a même préalablement coupé les deux pneumo-gastriques, détermine l'arrêt du cœur,

Nous résumant, nous conclurons donc en disant : le phénomène qui prédomine dans l'action de la digitale est une action locale sur les vaisseaux; et de ce fait principe découle toute la série des modifications survenant à la condition que l'on fasse de chaque système organique un cercle centralisé. Que trouvons-nous en effet? à dose thérapeutique, un pouls ralenti, une tension vasculaire plus grande, des pulsations cardiaques plus régularisées, peut-être un besoin de respirer moindre. Ce qui, interprété, veut dire que la digitale en agissant sur le réseau périphérique dégage un cœur trop innervé, et rétablit probablement dans leur équilibre nerveux voulu des fonctions solidaires de celles de la respiration.

A doses fractionnées, tout en conservant ses premières allures, mais ajoutant toujours à son action, elle peut sans trouble apparent entraîner la mort par arrêt du cœur en systole.

A dose massive, la digitale en arrive vite à modifier l'irrigation nécessaire à l'accomplissement de certaines fonctions et à faire apparaître leur trouble par une symptomatologie qui les dénote à nos yeux, douleurs, vomissements, évacuations alvines, diurèse, obnubilation des sens, enfin syncope finale.

Le cas du malade, à la fin duquel nous avons assisté, nous paraît servir d'intermédiaire entre le deuxième et le troisième tableau pathologique et établir la transition.

Maintenant est-il permis d'admettre qu'une émotion dernière intervenant ait pu précipiter la fin du malade ? Certaines observations, certains faits expérimentaux permettent de supposer ce résultat comme possible, mais cela, comme on le comprend, dans des limites très-restreintes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 août 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Du morphinisme chronique. — M. Laborde fait une communication sur ce sujet. Nous y reviendrons ultérieurement.

Effets de l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique coupé sur la vascularisation de la patte correspondante. — M. Lépine fait une nouvelle communication sur les effets de l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique coupé sur la vascularisation de la patte correspondante. On sait que, si le nerf vient d'être coupé, on obtient par l'excitation presque toujours un rétrécissement vasculaire et que si la section remonte à quelques jours, c'est l'effet inverse (dilatation) qui se produit. M. Heidenhain explique ce dernier fait, en supposant que les fibres vaso-constrictives contenues dans le nerf sciatique *dégénéreraient plus vite* que les fibres vaso-dilatatrices et, par conséquent, seraient moins excitables quelques jours après la section. M. Lépine combat cette interprétation. La preuve, dit-il, que cette hypothèse n'est pas fondée, c'est que, si l'on a plongé quelque temps dans l'eau chaude l'extrémité de la patte dont le nerf sciatique a été coupé depuis plusieurs jours, l'excitation produit alors un rétrécissement vasculaire. C'est la preuve que ce qui importe, ce n'est pas l'excitabilité prétendue différente des deux espèces de fibres contenues dans le sciatique, c'est l'état de l'appareil nerveux constricteur terminal. Il est dans un état d'irritabilité notable, ce qui a lieu généralement quelques jours après la section, son excitation est suivie de dilatation vasculaire; si on le met artificiellement dans des conditions inverses (par la chaleur notamment), son excitation produit le rétrécissement.

ÉLECTION

M. Coyne est élu membre titulaire de la Société de biologie.

La séance est levée à cinq heures et quart.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

V.

« Walther von de Vogelweide se vit mettre de côté et repousser. Les chanteurs autrichiens du *Lied des Nibelungen*, tombèrent dans un injuste oubli, et il n'est point de durs traitements que n'eut à éprouver le plus grand poëte autrichien, Grillparzer, alors qu'il était dans toute la plénitude de son beau génie. Le plus grand peintre contemporain de l'Autriche, Carl Rahl, créa ses chefs-d'œuvre, non pour sa patrie, mais pour un magnat grec. L'auteur de *Don Juan*, malgré la haute faveur de la famille impériale, n'obtint jamais une position digne de lui, et Franz Schubert, le doux compositeur de tant de douces mélodies, fut traité pendant sa courte vie comme un vagabond.

« Nos grands médecins n'ont pas eu moins à se plaindre.

« La postérité ne lira pas sans indignation la manière dont on s'est conduit envers Skoda à ses débuts. Rokitansky ne reçut enfin la récompense que méritaient ses longs et glorieux travaux que quand le scalpel tenait à peine dans ses mains fatiguées. Türck, le fondateur d'une méthode clinique, dut se contenter d'une gloire qui ne lui rapporta rien. Quand Weld sera mort on rendra sans doute justice à ses travaux devenus classiques (2).

« Cette ingratitude nationale de l'Autriche envers ses plus nobles esprits ne date donc point d'hier. Mais que ces questions soient à soulever ou non publiquement, il n'en appartient pas moins à ceux qui travaillent pour le progrès des sciences et la gloire du pays de rechercher les causes d'une si traditionnelle faute. C'est ailleurs que dans le génie de la race qu'il faut chercher une explication, c'est dans le développement historique et politique de l'Autriche.

« En ce qui concerne la médecine, nous avons une initiative à prendre, et nous devons veiller à ce que le ministère paye des dettes que j'appellerai nationales. Les médecins jouent, dans la vie scientifique le rôle du chœur dans le drame antique. Pendant que les personnages s'agitent, sont poussés par leurs seules passions, le chœur a le devoir de parler morale et de mettre la justice en lumière. Allons aux hommes d'État, et éclairons-les sur une telle situation, messieurs, et, historiquement et patriotiquement, nous aurons rempli notre devoir. »

Sévères et éloquentes paroles peu faites pour plaire en haut lieu, mais qui jettent une incontestable lumière sur bien des questions en Autriche, et ont même une portée extra-médicale. Ici, en effet, se rencontrent de nombreux talents, mais les vrais caractères sont rares, et quand talent et caractère sont réunis en la même individualité, celle-ci ne rencontre que de trop difficiles obstacles, et l'on devine sans doute qui les jette sur son passage.

Quelque considérable que soit le mouvement libéral qui entraîne l'empire austro-hongrois depuis les grands déchirements de 1866, on peut dire que l'Autriche, ou du moins son gouvernement a trop longtemps tenu en Allemagne et en Europe, le drapeau d'un ordre factice et suranné; en mettant hors de cause les grands principes qui sont les fondements de toute société de nos jours, on peut dire que la conception de l'ordre dans la politique, change avec le temps comme les conceptions théologiques; le mythe d'hier n'est plus celui d'aujourd'hui; l'ordre, tel que le conçoivent les politiciens du jour, ne sera pas celui des politiciens du lendemain. Cette modification incessante, cette adaptation perpétuelle des faits légués aux véritables besoins des générations actuelles est une vérité dont l'admission épargnerait d'étranges erreurs et de cruelles déceptions à tous les législateurs religieux, politiques, et nous ajouterons scientifiques. L'Autriche a laissé s'établir, en dehors d'elle, dans toute l'Allemagne, d'invincibles courants qui entraînent aujourd'hui son peuple, mais dont l'impétuosité victorieuse n'a point convaincu tout le monde, surtout dans les régions où il était désirable que la conviction et la lumière se fissent. Au lieu de servir de centre à l'Allemagne méridionale et de poursuivre, avec les États du Sud, l'unité par la liberté, le gouvernement autrichien a tout fait dans la première partie du dix-neuvième siècle pour entraver et tuer la liberté; il a, par exemple, longtemps arrêté les destinées de la Bavière, la condamnant à l'impuissance et à l'inaction. Grâce à lui, l'Empire autrichien porte aujourd'hui en Allemagne, comme il a porté en Italie, la peine de ses fautes amoncelées.

Il n'existe proprement pas en Autriche de patriotisme dans le sens prussien ou français; il existe un patriotisme bohême, un patriotisme hongrois, un patriotisme polonais, que des habiletés de prince ou de ministre, et que les habitudes séculaires peuvent combiner heureusement et faire jouer isolément ou ensemble pour viser un but, mais il n'existe vraiment pas de patriotisme national. Une telle solution morale, issue de la division ethnographique de l'Empire, n'est pas la moindre cause des longues et grandes erreurs gouvernementales dont nous venons de parler, il faut joindre toutefois, en lui donnant la plus large place, l'esprit ultramontain qui domine encore et siége comme à ses plus beaux jours dans les conseils intimes de la dynastie, attendant l'heure propice; fort d'augustes appuis, il espère bientôt produire au grand jour une activité pour le moment limitée dans ses effets et tenue à une gênante circonspection.

Ce n'est pas d'ailleurs qu'à l'heure présente, les établissements de haut enseignement de l'Autriche ne soient en voie d'être aussi bien dotés que ceux de la Saxe ou de la Prusse: c'est ici, au contraire, tout aussi bien qu'à Heidelberg, qu'à Munich, qu'à Strasbourg, qu'à Erlangen, qu'à Wurtzbourg, qu'à Leipsig, une véritable fièvre de constructions scientifiques. Les Chambres autrichiennes, tout aussi bien que le Parlement prussien, votent avec empressement de magnifiques budgets ordinaires et extraordinaires, dans le but de fournir aux professeurs et aux étudiants les locaux et les moyens nécessaires aux travaux pratiques; et ce n'est pas un spectacle médiocrement triste, pour un Français, que la vue de ces riches instituts, rapprochés de nos Facultés, tenues dans un état de pénurie et de misère lamentables. Ici le ministère de l'instruction publique n'a point les mains liées par un conseil supérieur où dominent les influences romaines; quelques fortes qu'elles soient ailleurs, elles ne parviennent point à empêcher des dotations puissantes, qui sont, par l'amour général et répandu qu'elles témoignent pour la science, il faut savoir le dire, l'honneur de l'Allemagne tout entière.

Nous n'avons pas voulu quitter l'Autriche sans visiter la nouvelle

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 août.

(2) Walther von de Vogelweide, poëte de l'époque du moyen âge. Grillparzer, mort il y a peu de temps, fut, jusqu'à un âge fort avancé, *simple employé* à la Bibliothèque impériale de Vienne; la cour ne se décida à lui octroyer ses faveurs, sous forme d'une pension, que quand il n'était plus qu'un vieillard; cet auteur a publié un grand nombre de poésies dans le genre satyrique, et le théâtre allemand a conservé de lui plusieurs tragédies, dont l'une, *Medea*, est considérée comme un chef-d'œuvre de poésie dramatique; Grillparzer avait, du reste, un caractère très-indépendant. Carl Rahl, peintre autrichien d'un grand mérite, mort il y a quelques années; la collection de ses cartons, une des plus belles qui se puisse voir, est entre les mains d'un médecin viennois distingué, qui les a acquis à un prix peu en rapport avec leur valeur.

Le corps médical de Vienne se souvient toujours des misérables laboratoires où Rokitansky dut travailler pendant une grande partie de sa laborieuse existence; la plupart de ses élèves ne pouvaient l'assister et s'exercer sous lui plus de quelques mois de suite sans tomber malades. Arrivé à la limite d'âge, *soixante-dix ans*, pour les professeurs des universités, Rokitansky a quitté sa chaire de la Faculté de médecine et a été nommé membre de la Chambre des seigneurs, où il siége depuis trois ans.

Türck, dont les Autrichiens sont très-fiers aujourd'hui, et qui, avant d'appliquer la laryngoscopie aux recherches de physiologie, de diagnostic et de thérapeutique, s'était déjà fait un nom dans le domaine de la pathologie nerveuse, était simple primararzt (chef de service) à l'Hôpital-Général; quelques jours avant sa mort, il fut nommé professeur extraordinaire *ad honores*, c'est-à-dire sans traitement. Türck a naturellement sa statue de marbre aujourd'hui dans une des cours du Grand-Hôpital. Aux yeux du professeur Benedict, d'accord en cela avec tous les Allemands, c'est une grande faute que de laisser une personnalité éminente en dehors de l'Université.

Faculté de médecine de Graz (Styrie), dont l'installation a excité ici une véritable et méritée admiration.

Quand la création de cette Faculté de médecine dans l'université de cette ville fut décidée en 1863, la situation financière de l'Autriche était, il est vrai, des plus prospères; mais que l'on n'aille point croire que de récentes secousses aient le moins du monde arrêté des plans si favorables aux Facultés de médecine et aux sections scientifiques des Facultés de philosophie (1). Les constructions continuent; les budgets énormes sont votés comme par le passé; et, d'ici à cinq ou six ans, les universités de Graz et de Vienne seront matériellement des plus remarquables entre tous les hauts établissements où l'on enseigne en langue allemande.

A Graz, les locaux de l'ancienne École de chirurgie n'ayant aucune valeur, et ne pouvant, en aucune façon, entrer dans les plans nouveaux, la Faculté de médecine s'est vu doter d'instituts construits sur des données tout à fait modernes et avec une saine appréciation des besoins contemporains d'un établissement scientifique. D'ailleurs la province a su contribuer dans une large part aux dépenses de l'État dans ces fondations nouvelles.

Il faut savoir dire aussi dans un parallèle entre la situation d'une Faculté comme Paris, et d'une Faculté allemande comme Graz, que la facilité de se procurer des terrains vastes et appropriés n'est point égale; nulle part le prix du sol n'approche de celui auquel on se heurte, quand on veut construire un édifice privé ou public dans Paris.

Les instituts de la Faculté de Graz n'ont pas été seulement élevés avec un admirable entendement de toutes les nécessités d'édifier de cet ordre, les matériaux de construction les plus riches ont été prodigués, et, au dedans comme au dehors, le luxe, l'élégance, l'architecture la plus somptueuse, rien n'a été épargné. On ne s'est pas contenté de faire grand et solide, on a fait beau encore.

L'institut de physique est sans contredit ce que nous avons vu de plus grandiose; l'institut d'anatomie et de physiologie ne lui cède en rien. L'institut de chimie s'achève, bâti sur le même modèle et avec la même somptuosité; les autres bâtiments destinés aux autres Facultés de cette université vont être sous peu commencés. Tous ces bâtiments s'élèvent dans de vastes jardins situés non loin de cette gracieuse montagne du Schlossberg, qui s'élève au cœur de la ville, une des plus pittoresques de l'Allemagne, un des séjours, avec Wurtzbourg et Heidelberg, les plus véritablement attrayants pour la jeunesse des écoles. Il est sans doute inutile d'entrer dans ces notes en de longs détails sur l'agencement, le matériel de ces instituts, nous n'avons point mission de tracer des plans aux architectes présents et à venir de nos futurs laboratoires, mais bien plutôt d'indiquer un grand mouvement dans ses traits généraux, de marquer quelle importance l'Allemagne attache à ses Facultés scientifiques et quels sacrifices elle s'impose pour lui donner le premier rang. Offrir aux professeurs titulaires de vastes cabinets particuliers pour leurs instruments, leurs livres, leurs recherches personnelles; entourer ce cabinet central de cabinets pour l'extraordinaire, les assistants et les docteurs étrangers; mettre à la disposition des étudiants de longues salles bien éclairées, où les tables, les casiers, sont disposés pour la plus grande commodité des travailleurs; joindre à toutes ces pièces, une spacieuse salle de cours, claire, aérée, facilement en rapport avec les laboratoires ou les sous-sols, de façon à ce que l'on puisse passer ou monter des uns et des autres les animaux qui servent aux expériences et les pièces en démonstration; placer le musée et une petite bibliothèque contenant les ouvrages classiques indispensables et les revues scientifiques dans ce même institut. Tels sont les principes sur lesquels reposent la construction et l'agencement de tous les bâtiments séparés, dont la collection constitue une Faculté de médecine allemande.

(1) D'ailleurs l'établissement du gouvernement constitutionnel en Autriche a rétabli d'une manière satisfaisante les finances de l'Empire, en introduisant plus d'ordre et de lumière dans l'emploi des budgets. Voir à ce sujet l'intéressante brochure du professeur Heschl, *Das pathologisch-anatomische institut zu Graz*. (Graz, 1875.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Béchamp (de Montpellier), vient d'accepter le décanat de la Faculté libre de médecine de Lille.

— Un ouvrier tisseur vient d'être condamné, à Paris, par la 10e chambre, pour exercice illégal de la médecine, à une amende de 3 francs par visite, soit, pour 328 visites, un millier de francs environ; plus, à une amende de 500 francs pour vente illégale de médicaments, et, enfin, à une indemnité de 3,200 francs en faveur de la partie civile.

— Le *Lyon médical* annonce la mort de M. Bonnaric, ancien médecin de l'Antiquaille.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

N° 96. — SAMEDI 19 AOUT 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 19 AOUT 1876. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On commence à être surpris de voir discuter si longtemps à l'Académie de médecine sur les avantages problématiques d'un appareil ingénieux, sans doute, mais dont les premières applications médicales sont encore à faire. On se dit que le spirophore de M. Woillez n'ayant pas servi jusqu'ici à ranimer un seul asphyxié ou un seul noyé, il est au moins prématuré de chercher à approfondir la question de savoir s'il faut le préférer, en pareil cas, à d'autres procédés qui, eux du moins, ont fait leurs preuves.

Ces procédés ne sont pas les mêmes dans tous les genres d'asphyxie.

Ainsi chez les enfants qui naissent en état de mort apparente et dont la poitrine, affaissée, n'a pas encore reçu d'air, il est évident que tous les efforts doivent porter surtout sur le mouvement d'inspiration : chez eux l'insufflation, pratiquée suivant la méthode préconisée par M. Depaul, donne d'excellents résultats.

Chez ceux qui ont pleinement respiré, les conditions sont toutes différentes : la poitrine s'est dilatée ; et, quand elle est abandonnée à elle-même, elle ne s'affaisse plus; elle tend à rester en équilibre, pour ainsi dire, dans un état de demi-dilatation. On peut donc forcer en pareil cas le mouvement d'expiration, pour provoquer, par réaction, un mouvement opposé.

On peut y arriver, soit en aspirant l'air dans la poitrine, à l'aide d'un tube laryngien, comme M. Maurice Perrin le conseillait dans l'article *Asphyxie* du *Dictionnaire encyclopédique,* soit par une violente pression extérieure, comme je l'ai fait chez la malade dont j'ai parlé précédemment, et chez une autre, dont je recherche l'observation que je crois avoir déjà publiée.

Mais rien ne permet de prévoir d'avance quels pourraient être les résultats de l'application du spirophore de M. Woillez; car, dans aucune des méthodes qui ont réussi jusqu'à présent, on ne tend à produire, à un égal degré, la dilatation de tous les organes qui sont contenus dans la poitrine, y compris le cœur.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Affection cardiaque à lésions multiples.

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

I

Nous avons en ce moment dans le service, un malade qui présente une affection cardiaque intéressante par la multiplicité des lésions qui la constituent.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, exerçant la profession de maîtresse de piano, menant par conséquent une vie extrêmement fatigante, mangeant irrégulièrement et parfois d'une manière insuffisante. Elle a eu, à diverses reprises, trois affections rhumatismales. La dernière a eu lieu en 1868, et, à partir de ce moment, la malade a commencé à éprouver de la dyspnée et des palpitations. D'après son récit, M. Bouillaud qui l'a examinée à cette époque aurait diagnostiqué une affection du cœur, et particulièrement une lésion valvulaire. Néanmoins il se fit bientôt un certain degré de tolérance, et, probablement sous l'influence de lésions compensatrices, la circulation put fonctionner d'une façon assez satisfaisante, pour permettre à la malade, au bout de quelque temps, de reprendre ses occupations.

Les choses étaient dans cet état, quand, au commencement de cette année, le 17 avril, à la suite d'un refroidissement, cette femme fut prise d'une angine, caractérisée par des douleurs de gorge et une gêne assez considérable de la déglutition. Cette affection qui s'accompagna en outre d'un embarras gastrique, se prolongea pendant quelques jours; mais, à partir de ce moment, les battements de cœur, la dyspnée, devinrent plus intenses, et la malade vit apparaître un symptôme qu'elle n'avait pas présenté jusque là, un œdème qui envahit tout le membre inférieur. Ces symptômes engagèrent la malade à entrer à l'hôpital.

A cette époque, 6 juin, voici ce que nous avons constaté : les cuisses, les jambes et le pied, présentent un gonflement œdémateux, qui, quelques jours plus tard, gagna les parois abdominales et s'étendit même jusqu'aux membres supérieurs.

En même temps, la malade présentait une dyspnée extrême, allant jusqu'à l'orthopnée.

Ces symptômes nous font immédiatement penser à une affection cardiaque, ce que vient confirmer l'examen du cœur.

La percussion dénote, en effet, une matité précordiale qui s'étend à droite jusqu'à la ligne médiane du sternum; elle est

évidemment due à la dilatation du cœur, car les bruits sont trop superficiels, les battements trop nets, pour que l'on ait affaire à un épanchement dans le péricarde. A la palpation on perçoit des battements assez peu marqués. Mais l'auscultation révèle l'existence de bruits morbides d'une grande valeur. C'est d'abord, à la pointe, un bruit de souffle rude, presque rapeux, correspondant avec la systole ventriculaire et dont on perçoit le maximum d'intensité un peu au-dessus de la pointe et plus particulièrement à gauche. A ce niveau, on constate encore un dédoublement des bruits qui se manifeste de temps en temps, et particulièrement au second temps.

Ce n'est pas tout, car si l'on applique l'oreille à la base du cœur, au foyer d'élection des bruits aortiques, on entend deux autres souffles assez légers, l'un correspondant au premier temps, l'autre au second temps de la révolution cardiaque.

Mais là ne se bornent pas encore tous les signes fournis par l'examen du cœur : si l'on place le stéthoscope sur le milieu à peu près de la région précordiale, vers le bord gauche du sternum, on entend un autre souffle qui peut être parfaitement différencié de celui que l'on perçoit à gauche et en bas, car il a pour caractère particulier d'être excessivement doux et de correspondre par son siége au ventricule droit et particulièrement à la valvule tricuspide.

Si d'autre part on examine le cou, on voit que les veines jugulaires sont très-distendues, et agitées de pulsations très-appréciables. Quand on exerce une légère pression à la partie supérieure de ces vaisseaux, de manière à interrompre le cours du sang qui revient des parties profondes, on constate que le reste de la veine continue à se dilater et à être agité de petits battements, dont la cause est évidemment dans le cœur droit. Tel est, en effet, le phénomène que l'on décrit sous le nom de pouls veineux.

Ces mêmes phénomènes se produisent du côté du foie, qui se soulève sous l'influence des battements qui ont leur siége dans la veine cave inférieure.

Du côté de la poitrine, on constate une matité assez appréciable à la partie inférieure des poumons et une absence complète du murmure respiratoire. Au sommet, principalement à droite, quelques râles bullaires assez fins à l'inspiration et à l'expiration. La malade tousse d'ailleurs beaucoup et expectore des crachats déchiquetés qui ressemblent parfaitement à l'expectoration qui appartient au second degré de la phthisie. Mais c'est un signe trompeur, car il n'y a pas trace de tubercules dans le poumon.

A l'abdomen, on trouve un certain degré de distension du ventre; les parois abdominales sont œdématiées, et l'on obtient, par la percussion, une sensation de fluctuation qui indique qu'un épanchement liquide s'est fait dans le péritoine.

Les fonctions digestives n'offrent rien de particulier. La malade est seulement constipée.

Enfin, du côté du cerveau, rien à noter non plus, si ce n'est une insomnie persistante et un peu d'obscurcissement de la vue que j'attribuerai volontiers à un certain degré d'œdème rétinien.

Le foie n'est pas augmenté de volume et ne présente pas, par conséquent, cette altération qu'on observe quelquefois dans certains cas d'affection mitrale, et qu'on désigne sous le nom de foie muscade.

Les urines sont peu abondantes, foncées, et ne contiennent pas d'albumine.

Il s'agit maintenant de rapprocher ces signes physiques des symptômes et d'arriver par leur étude, non pas seulement au diagnostic de l'affection cardiaque, mais de la lésion ou plutôt des lésions qui existent évidemment au cœur.

Tout d'abord, nous dirons que celui-ci est considérablement augmenté de volume, et c'est en effet le premier fait qui s'impose à l'esprit. La matité, beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, puisqu'elle s'étend même jusque sous le sternum, doit dépendre, non-seulement de l'augmentation totale de la masse du cœur, mais plus particulièrement de l'augmentation du cœur droit. Nous devons admettre également qu'il existe un certain degré d'hypertrophie du cœur gauche. Nous en trouvons tous les signes dans les caractères du pouls qui est fort, large, vibrant sous le doigt et rappelle de loin le pouls de l'insuffisance aortique. On est d'autant mieux fondé à admettre un certain degré d'hypertrophie cardiaque, que, si l'on se reporte à l'examen du tracé sphygmographique, on constate cette ligne ascensionnelle verticale qui est un caractère essentiel de cette affection.

En outre, nous trouvons les signes d'un rétrécissement mitral dans l'hydropisie considérable qui occupe les membres inférieurs, les parois abdominales, le péritoine, les plèvres. J'en dirai autant de l'œdème rétinien, auquel nous devons rattacher les troubles oculaires. Tous ces signes sont le propre d'une affection de cette nature.

Nous trouvons, en effet, au premier temps et à la pointe du cœur, un bruit rapeux, strident, qui nous indique incontestablement l'existence d'une lésion mitrale, caractérisée par une insuffisance compliquée de rétrécissement. En effet, l'insuffisance a pour signe spécial un souffle au premier temps et à la pointe, qui est le résultat de la tension des valvules qui, devenues trop étroites pour obturer complétement l'orifice, lorsque le ventricule se contracte et chasse l'ondée sanguine dans l'aorte, laisse refluer une certaine quantité de sang dans l'oreillette. Mais ordinairement ce bruit de souffle est simple et n'a pas le caractère rapeux que nous entendons ici. Il faut, par conséquent, pour qu'il se produise, que le sang frotte sur des parois indurées, rétrécies. Voilà pourquoi, d'après l'audition du bruit, qui est à la fois un bruit de souffle et un bruit rapeux, on est en droit de conclure qu'il existe à la fois un rétrécissement et une insuffisance, laquelle n'est d'ailleurs, le plus souvent, qu'un rétrécissement au rebours. Quand le rétrécissement existe seul, il ne se manifeste ordinairement par aucun bruit pathologique, et cela se conçoit. Cela tient, en effet, à ce que le sang passe de l'oreillette dans le ventricule en vertu de son propre poids, et que celle-ci ne se contracte pas d'une façon assez énergique et n'imprime pas au sang une vitesse suffisante pour que les conditions d'un souffle se trouvent réalisées. Cette affection mitrale est indiquée dans le tracé par l'irrégularité de rhythme et les ondulations de la ligne d'ensemble, dues à la dyspnée.

Ce n'est pas tout. Je vous ai dit qu'à la base du cœur il existait un double bruit de souffle, très-atténué, il est vrai, mais enfin non douteux. Il démontre que nous avons, bien certainement là, un rétrécissement aortique et une tendance à l'insuffisance des valvules sigmoïdes, lesquels d'ailleurs vont souvent ensemble. Ces lésions nous sont encore indiquées par les caractères du tracé sphygmographique, dans lequel la tendance à la pointe et le crochet qui termine la ligne d'ascension dénotent l'insuffisance, alors que la ligne un peu bombée, qui çà et là remplace le crochet, est l'indice du rétrécissement.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1).

SECTION TROISIÈME

Considérations générales sur les symptômes, le processus, le diagnostic, la durée, les récidives et le traitement de l'herpès névralgique des organes génitaux.

Revenons maintenant aux symptômes, et étudions-les dans leur ensemble et dans leur processus. Vous n'avez qu'à vous reporter aux faits que je vous ai décrits dans ma dernière leçon; mais, pour en raviver le souvenir dans votre esprit, je vais vous donner l'histoire de deux attaques d'herpès génital névralgique que j'ai observées récemment.

I

État catarrho-rhumatique. — Pendant trente-six heures, douleurs sciatiques névralgiformes dans le membre inférieur droit. Au bout de ce temps, cuissons et plaque herpétique sur le côté droit du prépuce. Diminution rapide des douleurs. — Hyperesthésie cutanée sur le membre inférieur droit. Durée de l'attaque, dix jours.

Le malade, arthritique et d'un tempérament nervoso-sanguin, était atteint depuis plusieurs jours d'un gros rhume. Il ressentit un jour (7 août), sans cause locale appréciable, sur le côté externe de la jambe droite, dans sa partie supérieure, une sensation douloureuse analogue à celle qui suit une contusion. La peau était un peu hyperesthésiée sur les points correspondants, sans qu'il y eût aucune altération visible. Bientôt la douleur, qui n'occupait primitivement que la largeur de la paume de la main, s'étendit, mais en se transformant. Elle devint lancinante, et parcourut différentes branches nerveuses de la jambe et du pied, si bien que le malade se crut atteint d'une névralgie sciatique. Il éprouvait, en effet, du malaise et même quelques douleurs vagues et superficielles dans la hanche, au niveau du pli fessier et dans la cuisse. Sur toutes ces régions, la peau était un peu endolorie par moments et présentait alors le phénomène de la chair de poule.

Au bout de vingt-quatre heures (8 août) il se produisit dans la matinée, pendant plusieurs heures, des borborygmes incessants, sans diarrhée, et il survint du malaise général et un léger mouvement de fièvre. Dans la soirée, migraine atroce, qui ne cessa que vers minuit. Les mêmes sensations douloureuses se reproduisirent plusieurs fois dans le membre inférieur droit, et même aussi dans le gauche. Quoique un peu plus accentuées que la veille, elles ne s'élevèrent jamais au degré des vraies douleurs sciatiques; mais elles faisaient craindre une affection de cette nature, dont elles semblaient être le prodrome.

Trente-six heures après le début de ces accidents névropathiques (9 août), le malade se sentit mieux. Quelques cuissons à la verge lui firent découvrir, sur le côté droit du prépuce, une petite plaque hyperémique, sur laquelle se détachait un groupe de vésicules très-petites et à demi formées. La journée fut bonne. Les douleurs dans le membre inférieur droit diminuèrent peu à peu et disparurent dans la soirée.

Le lendemain (10 août), les vésicules s'étaient rompues. Peu ou point de douleurs à leur niveau, ni dans le membre inférieur droit. Vers le soir, la peau du cou-de-pied gauche devint sensible comme si elle était écorchée. Même sensation au-dessus de la malléole externe et le long du péroné.

Les deux jours suivants, le malade éprouva des douleurs subaiguës, auxquelles il était sujet, dans toutes les petites articulations de la main droite. Diverses sensations névralgiformes se reproduisirent aux deux membres inférieurs, principalement du côté droit. Il semblait que la peau de la cuisse fut écorchée depuis le pli de la fesse jusqu'au creux poplité; il existait là un léger degré d'hyperesthésie, et quelques élancements parcouraient diverses branches du sciatique.

L'herpès, très-peu douloureux localement, fut guéri le 15, c'est-à-dire au bout de six jours. Les phénomènes névropathiques qui avaient été toujours en s'atténuant depuis son apparition, ne lui survécurent qu'un ou deux jours, de telle sorte que la durée totale de l'affection fut de dix jours.

Voilà une attaque d'herpès névralgique presque insignifiante, mais typique et très-significative : 1° par ses causes, qui me paraissent avoir été l'influence catarrhale et la prédisposition arthritique; 2° par les troubles généraux concomittants tels que la fièvre, le malaise général, les borborygmes et la migraine; 3° enfin, par les phénomènes névropathiques des extrémités inférieures, surtout de la droite, suivis, au bout de trente-six heures, d'une petite plaque herpétique occupant le côté droit de la muqueuse préputiale.

II

Attaque très-simple d'herpès génital névralgique. — Pendant vingt-quatre heures, phénomènes névropathiques dans le membre inférieur droit et le même côté des organes génitaux, sans aucune détermination herpétique. Disparition très-rapide de la douleur. — Un peu d'anesthésie. Guérison complète au bout de sept jours.

Quelquefois l'attaque est encore plus légère et plus simple; mais elle n'est pas moins caractéristique par la nature et l'évolution de ses principaux phénomènes. En voici un exemple que le même patient m'a fourni.

Le 12 décembre dernier, par un temps humide et mou qui avait succédé à un temps froid et sec, il éprouva de la gêne, du malaise, puis des picotements et des cuissons dans le scrotum du côté droit. Ces sensations anormales allaient, venaient, se propageaient jusque dans la verge, dans le gland surtout, et même jusqu'à l'intérieur du canal de l'urèthre, qui était hyperesthésié et douloureusement impressionné par le passage de l'urine. Puis survinrent des élancements et des irradiations au périnée, dans la fesse droite, avec chair de poule et troubles indéfinissables de la sensibilité cutanée. Tout cela névralgiforme et sans aucune lésion des parties souffrantes. Ces phénomènes s'accentuèrent le 13.

Vingt-quatre heures après leur apparition, il était impossible de découvrir aucune détermination herpétique. Enfin, dans la soirée, trois ou quatre petites vésicules non inflammatoires, équivoques, à peine perceptibles, sans rougeur périphérique, poussèrent sur le côté droit de la muqueuse préputiale.

Le 14 au matin, douleur, cuisson, rougeur autour des vésicules. Douleur très-vive et tuméfaction sympathique d'un des ganglions de l'aine droite. Les troubles de la sensibilité cutanée avaient disparu; il y avait pourtant un peu d'anesthésie.

Le 15, aucune douleur névralgique, mais douleur locale extrêmement vive; les érosions herpétiques, grosses comme une tête d'épingle et au nombre de cinq ou six, reposaient sur une base rouge, œdémateuse. Le ganglion inguinal était toujours très-douloureux.

Le 19, la guérison était complète. Quelques irradiations avaient encore eu lieu dans le membre inférieur, mais elles

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 juillet.

avaient été très-faibles. La durée totale de l'affection avait été un septénaire.

Dans cette attaque, l'éruption de la plaque herpétique a été suivie d'une rémission de phénomènes névropathiques plus complète que dans la première. Les douleurs et les troubles de la sensibilité, qui sont revenus à de rares intervalles pendant la durée de l'herpes præputialis, jusqu'à sa guérison, étaient très-faibles comparativement à ceux qui l'avaient précédé. La lésion vésiculaire a donc joué, en réalité, le rôle d'un phénomène critique favorable.

III

Description anatomique. — Par quoi est constituée la plaque herpétique : vésicules; érosion? — Érosion d'emblée. — Poussées successives de plaques herpétiques. — Hyperémie sympathique des ganglions inguinaux. — Situation habituelle des plaques sur la muqueuse préputiale de l'un ou de l'autre côté, au niveau de l'épanouissement de la branche dorsale des nerfs honteux internes.

Description des symptômes locaux : la douleur locale, au niveau de la plaque, n'est pas en rapport avec la lésion. Ses exacerbations; ses rémissions; ses caractères. Chaleur âcre, picotements, traits de feu, cuisson, reptation, formication, prurit.

Durée de l'éruption herpétique.

Des phénomènes réflexes dans l'herpès génital douloureux. Ils sont exceptionnels.

La plupart des névropathies éloignées du foyer sont directes. L'action réflexe ne joue qu'un rôle secondaire.

Dans l'étude symptomatique de l'herpès génital névralgique, nous aurons à étudier les phénomènes douloureux, les troubles généraux et la lésion locale.

1. Commençons par cette dernière : elle ne demande pas de grands développements. Vous savez tous en quoi consiste la plaque herpétique. Sur une étendue plus ou moins considérable de la peau du fourreau, mais surtout de la muqueuse balano-préputiale, le tégument cutané ou muqueux devient rouge, gonflé, douloureux, et, au bout de quelques heures, apparaissent à sa surface de petites vésicules miliaires transparentes, grosses comme une tête d'épingle. Si l'épiderme ou l'épithélium sont assez résistants, ces vésicules peuvent grossir sans se rompre ; on assiste alors à la transformation de leur contenu, qui, de limpide, devient opalin, puis opaque et purulent. Après un temps habituellement très-court, les vésicules se rompent et laissent à découvert une érosion cupuliforme à fond finement grenu, recouvert quelquefois d'une mince croûte pseudo-membraneuse. L'inflammation périphérique peut être faible ou forte, diffuse ou circonscrite, simple ou compliquée d'une hyperémie catarrhale de toute la muqueuse glando-préputiale, etc., etc.

Il arrive parfois que l'érosion se produit presque d'emblée et sans grande douleur locale ou éloignée. Puis, au bout de deux ou trois jours, survient, comme dans deux de nos observations, un appareil névropathique précurseur d'une nouvelle éruption vésiculaire qui se forme autour de la première. Il peut donc y avoir deux poussées herpétiques et même plus, pendant une seule attaque de l'affection.

Au deuxième ou troisième jour de l'éruption vésiculaire, j'ai vu fréquemment un des ganglions inguinaux, du côté correspondant à la plaque herpétique, devenir tuméfié, tendu et très-douloureux, tout en restant libre d'adhérences et mobile dans sa gangue de tissu cellulaire. Je ne puis donc être de l'avis de M. Doyon, qui affirme que jamais, à aucune époque de la fluxion, les ganglions correspondants ne sont compromis, et qui trouve dans ce fait un élément important de diagnostic.

Le même auteur dit qu'il a très-rarement vu deux groupes de vésicules exister, à la même époque, sur deux points différents de l'appareil génital. Cette remarque est juste s'il s'agit de points très-éloignés; mais, sur la muqueuse préputiale, par exemple, j'ai vu plusieurs fois deux ou trois groupes de vésicules. Rappelez-vous que, dans l'observation IV, il y avait une érosion centrale à peu près située sur la ligne médiane, et deux plaques satellites de chaque côté qui poussèrent ultérieurement.

La situation de ces plaques herpétiques n'a rien de fixe. Cependant l'éruption m'a semblé se faire ordinairement sur l'un ou l'autre côté de la ligne médiane, derrière la couronne du gland, dans un point qui correspond à peu près à la terminaison du rameau nerveux externe ou pénien cutané et préputial, et à l'épanouissement du rameau interne ou rameau du gland. Ce sont les deux divisions de la branche profonde ou dorsale de la verge, qui est elle-même une des deux branches de division du nerf honteux interne, branche collatérale du plexus sacré.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1876. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le docteur Prestat, sur une épidémie de variole qui a régné, en août et en mai derniers, dans la commune de Montmagny (Seine-et-Oise). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Dumesnil, président de la Société protectrice de l'enfance, accompagnant l'envoi de quelques tableaux de mortalité de la première enfance, établis par la Société protectrice de l'enfance de la Seine-Inférieure. (Commission d'hygiène de l'enfance.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, dans la correspondance imprimée, l'envoi de la première partie du dix-neuvième volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

LECTURE

M. JULES GUÉRIN lit une *note sur un cas d'albugo double guéri par l'abrasion ammoniacale.*

Le sujet de l'observation est une dame âgée de vingt-huit ans qui, il y a environ trois ans, se présenta à M. Jules Guérin, atteinte d'un albugo double, suite d'une ophthalmie constitutionnelle rebelle. Cette ophthalmie, compliquée d'ulcérations de la cornée, avait nécessité un emploi fréquent de cautérisations auxquelles la malade attribuait l'origine de son affection. On avait employé, pendant plus d'une année, toutes sortes de moyens pour faire disparaître ces opacités : cautérisations répétées, astringents, résolutifs, eau froide. M. Jules Guérin s'occupa d'abord de la santé générale, qui laissait beaucoup à désirer, et de la susceptibilité des yeux qui était devenue très-grande. Des soins appropriés et des applications froides continues, auxquelles étaient mêlées de très-petites doses de tannin, mirent bientôt le sujet en état de supporter le traitement spécial que M. Guérin se proposait de lui appliquer.

Voici en quoi consiste ce traitement :

La tête ayant été placée horizontalement et l'œil gauche maintenu ouvert à l'aide d'un ophthalmostat, M. Jules Guérin parcourut à plusieurs reprises, avec un pinceau d'aquarelle imbibé d'ammoniaque liquide au vingt-deuxième, toute l'étendue de l'albugo. En quelques secondes, il vit se ramollir, se liquéfier presque, et se mobiliser la couche la plus superficielle et la plus saillante du tissu cicatriciel. Il s'arrêta alors, et il fit couler, immédiatement, sur l'œil, un

filet d'eau froide, jusqu'à ce qu'il fut certain d'avoir enlevé toute l'ammoniaque.

Les deux yeux furent maintenus fermés; un coussinet de ouate et deux couches de collodion se prolongeant sur tous les points du pourtour de l'appareil, de façon à intercepter complétement l'air, réalisèrent, pour l'œil opéré, toutes les conditions d'une occlusion parfaite. Des compresses froides furent maintenues jour et nuit sur les yeux.

Après cinq jours de repos absolu, M. Jules Guérin changea l'appareil, sans écarter les paupières dont les bords étaient restés complétement collés l'un contre l'autre. L'œil opéré était à peine tuméfié.

A partir du huitième jour, bains d'œil répétés plusieurs fois dans la journée, avec une très-légère solution de tannin : 25 centigrammes pour 100 grammes d'eau additionnée de deux à trois gouttes de laudanum par œillère.

Le quinzième jour l'œil n'offrait aucune trace de l'opération. Il n'était ni rouge ni tuméfié. La surface de l'albugo avait perdu la moitié au moins de son épaisseur, et sa couleur avait cessé d'être uniformement blanche; quelques badigeonnages ammoniacaux, semblables au premier, furent opérés à des intervalles plus ou moins longs. Lorsque M. Jules Guérin enleva l'appareil définitivement, toute la surface de la cornée s'offrit avec l'apparence informe d'un verre terne et brouillé. La vision était obscure et difficile et ne s'exerçait qu'avec un grand malaise. On continua, pendant plusieurs semaines, les bains d'œil avec de l'eau fraîche légèrement chargée de tannin, n'exposant l'œil opéré que lentement et graduellement, à la lumière tempérée et à travers des verres bleus. A la faveur de ces précautions, la vue se fortifia, et la transparence de la cornée se rétablit à ce point que des deux côtés, au bout d'un mois, on apercevait à peine les traces de l'affection primitive.

L'opérée a quitté Paris depuis dix-huit mois et a donné de temps en temps, à M. Jules Guérin, de ses nouvelles, qui confirment la persistance de la guérison.

Deux photographies, mises sous les yeux de l'Académie par M. Jules Guérin, représentent l'état du sujet avant et après le traitement et permettent d'apprécier le résultat obtenu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE SPIROPHORE DE M. WOILLEZ.

M. DEPAUL insiste sur l'importance et l'efficacité des moyens employés jusqu'à ce jour par les cliniciens et les accoucheurs, dans le but de rappeler à la vie les enfants nés en état de mort apparente. Il croit devoir prendre, en particulier, la défense de l'insufflation pulmonaire, qui a été injustement attaquée par M. Woillez.

M. Depaul a fait, en 1845, un grand nombre d'expériences sur ce sujet, et il en a publié les résultats. En outre, depuis vingt-deux ans, il a eu très-souvent l'occasion d'employer l'insufflation, et il en a retiré les plus heureux effets; tandis que M. Woillez s'est borné à présenter un appareil ingénieux sans doute, mais qui n'a jamais été employé sur le vivant; et cependant M. Woillez croit pouvoir proposer de substituer l'usage de son instrument à l'emploi de tous les autres moyens sur lesquels une longue expérience a prononcé.

M. Depaul rappelle son travail de 1845 et les expériences qu'il entreprit sur l'insufflation, expériences qui démontrèrent, contrairement à l'opinion généralement admise à cette époque, l'innocuité de l'insufflation faite avec modération et avec toutes les précautions convenables.

D'innombrables observations faites dans toutes les maternités de Paris, de la France et de l'étranger, ont confirmé ces résultats. Partout on a obtenu des merveilleux effets de l'emploi de l'insufflation, et sauvé, grâce à elle, une foule d'enfants. Mais l'insufflation n'est pas tout; un très-grand nombre d'enfants nés en état de mort apparente ont les bronches obstruées. La question principale alors est de rendre les voies aériennes libres. On s'assure de l'état des voies aériennes par l'introduction du doigt au fond de la gorge, où l'on trouve souvent et d'où l'on retire, soit avec le doigt, soit avec une plume d'oie, soit avec une sonde aspiratrice, une quantité plus ou moins considérable de mucosités obstruant l'arrière-gorge. C'est après avoir ainsi débarrassé les parties supérieures des voies aériennes que l'on peut pratiquer avec succès l'insufflation. D'ailleurs, la mort apparente tient à des causes diverses auxquelles des moyens différents sont applicables. Il est des enfants qui naissent asphyxiés par congestion, d'autres par anémie. Les uns ont le corps et le visage rouges, violacés, turgides; les autres sont pâles, décolorés, affaissés et flasques. Il y a une différence énorme entre la manière de traiter les uns et les autres. L'insufflation n'est souvent que la moitié, et même le quart, de ce que le praticien doit faire pour sauver les petits sujets.

L'état du cœur doit être aussi pris en très-grande considération; il est des enfants qui ont de gros caillots dans le cœur, et chez lesquels le cœur ne peut fonctionner pour cette cause. Dans ce cas, aucun traitement ne réussit à ranimer la vie éteinte.

Le spirophore, suivant M. Depaul, a l'inconvénient de soustraire l'enfant aux yeux du clinicien, qui doit pouvoir l'examiner attentivement, d'une manière continue, afin d'adapter aux modifications de son apparence extérieure les divers moyens dont la science dispose. On ne peut avec le spirophore plonger l'enfant dans un bain chaud, ce qu'il est souvent nécessaire de faire, à plusieurs reprises, afin de le ranimer. Il faut pouvoir lui donner des bains de moutarde, faire des frictions plus ou moins rudes sur le tronc et les membres, chatouiller la plante des pieds, etc. C'est grâce à l'ensemble de ces moyens que l'on parvient à rappeler à la vie trente enfants sur cinquante, nés en état de mort apparente. La chaleur surtout est indispensable à l'enfant qui vient de naître, surtout s'il est né avant terme. Il n'est pas de mesure plus dangereuse que le froid pour le nouveau-né. Pour ceux qui naissent en état de mort apparente, un moyen capital à employer pour les ranimer c'est de les plonger à plusieurs reprises dans un bain chaud de 35 à 36 degrés centigrades. Quant à l'insufflation, M. Depaul, sans nier la possibilité de la rupture des vésicules pulmonaires par l'emploi de ce moyen, déclare que cet accident n'est jamais arrivé lorsque l'insufflation a été pratiquée par des médecins instruits, expérimentés, et qui ont pris les précautions recommandées en cas pareil. Jamais cet accident n'a été observé dans les nombreuses expériences que M. Depaul a faites, et dont il a rendu témoins les élèves et les médecins qui suivaient sa clinique. Les tissus des poumons sont d'une élasticité énorme, et ils peuvent soutenir des efforts de distension considérable sans se rompre. Jamais M. Depaul n'a vu survenir d'emphysème chez les enfants qu'il a soumis à l'insufflation. Quand de pareils accidents arrivent, on peut toujours les imputer à un défaut de précaution convenable. Les deux faits cités par M. Woillez sont très-probablement dus à des erreurs d'observation.

M. Depaul termine en priant M. Woillez de vouloir bien mettre à sa disposition un de ses appareils, afin de faire des expériences.

M. WOILLEZ répond qu'il n'a pas assez d'appareils pour en mettre à la disposition de M. Depaul. Mais M. Depaul pourrait instituer les expériences qu'il se propose de faire, à l'aide de l'appareil que M. Woillez a fait porter à la Maternité. M. Woillez regrette de n'avoir pas à fournir autre chose que des expériences sur le cadavre, puisqu'il ne lui a pas encore été donné d'appliquer son appareil sur le vivant; mais ce n'est pas une raison pour condamner d'avance un moyen qui peut rendre de grands services, et constitue un progrès sur les autres moyens employés jusqu'à ce jour. Sans doute, l'insufflation, entre les mains d'hommes éminents et exercés comme M. Depaul, sera toujours sans danger et rendra de réels services; mais il n'en sera pas ainsi lorsque ce moyen sera appliqué par les sages-femmes des campagnes. Des observateurs sérieux et dignes de foi ont signalé des cas d'emphysème sous-cutanés produits par l'insufflation.

M. DEPAUL. Jamais, lorsque les précautions convenables ont été prises.

COMMUNICATION

M. OLLIER (de Lyon), membre correspondant, fait une communication relative à *la décortication des nez éléphantiasiques et à ses résultats définitifs, au point de vue de la forme de l'organe.*

Voici les conclusions de ce travail :

La décortication du nez dans les cas d'éléphantiasis est un moyen de guérison radicale qui permet de rendre à l'organe sa forme primitive.

Par cette opération, on conserve intact le squelette cartilagineux du nez, qui se trouve seulement dépouillé de sa peau hypertrophiée.

La plaie qui résulte de cette opération guérit par granulations, et une cicatrice remplace la peau enlevée. Cette cicatrice s'assouplit peu à peu et prend une coloration plus en harmonie avec la peau voisine. D'abord violacée, elle blanchit de plus en plus. La rétraction qu'elle subit consécutivement, comme tous les tissus de cicatrice, n'altère pas sensiblement la forme du nez, et ne lui fait pas perdre sa saillie, comme on pouvait le craindre *a priori*. L'hypertrophie des cartilages, qui accompagne toujours plus ou moins l'éléphantiasis, contre-balance l'effet de la rétraction cicatricielle. Cette hypertrophie augmente la résistance du squelette cartilagineux ; elle se produit dans tous les sens, de sorte que, chez les éléphantiasiques, l'ouverture des narines elles-mêmes est plus large qu'à l'état normal. La rétraction cicatricielle et la résolution consécutive du tissu conjonctif, l'hyperplasie, les ramènent presque à leurs dimensions naturelles.

L'ablation des masses éléphantiasiques fait disparaître la congestion habituelle dont la face était le siége. Sur les limites de la cicatrice, le derme, qui était plus ou moins hypertrophié, reprend peu à peu sa souplesse, et se met de niveau avec le derme des parties voisines.

La décortication peut être pratiquée soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautère, soit avec le fer rouge. On peut aussi, pour avoir les avantages d'une dissection régulière et la modification exercée par le fer rouge sur les restes du tissu éléphantiasique, décortiquer d'abord avec le bistouri, et cautériser ensuite avec le fer rouge. Ce procédé mixte sera le plus avantageux dans la plupart des cas.

Le fer rouge met la plaie dans de meilleures conditions de cicatrisation. Il expose moins à l'érysipèle que l'instrument tranchant employé seul; il prévient les hémorrhagies primitives et consécutives, et exerce un effet résolutif sur les restes du tissu éléphantiasique. L'éléphantiasis ainsi opéré n'a jamais récidivé et ne paraît pas devoir se reproduire. Il est constitué, du reste, par un tissu bénin, n'ayant aucun rapport avec les processus morbides à marche progressive et envahissante, qui infectent plus tard l'économie. C'est un processus hypertrophique portant principalement sur le tissu du derme et le tissu conjonctif sous-cutané. Il porte aussi plus ou moins sur le périchondre, des cartilages et le périchondre muqueux, mais sans faire perdre à ces tissus leurs caractères propres.

L'altération des glandes sébacées ne joue qu'un rôle secondaire dans la constitution de la masse éléphantiasique, bien qu'on trouve dans quelques glandes sébacées, des amas de cellules épithéliales et des globules purulents. C'est autour de ces glandes, dans le tissu conjonctif qui les loge, que se fait le travail hyperplasique. De nombreux vaisseaux alimentent ces masses éléphantiasiques. Indépendamment des veinules variqueuses qui sillonent la surface, on trouve dans le tissu lui-même et sur les limites du cartilage des artérioles nombreuses, qui peuvent donner beaucoup de sang au moment de l'opération, et qui exposent aux hémorrhagies consécutives, parce que leur tunique externe est adhérente au tissu conjonctif périphérique et ne peut se rétracter comme pour les artères qui rampent dans le tissu conjonctif normal.

Cette structure rend les ligatures plus difficiles et plus incertaines quant à leurs effets hémostatiques; de là la préférence qu'on doit accorder au fer rouge. L'épaisseur et la vascularisation du périchondre muqueux empêche le fer rouge de produire la nécrose de ces tissus. On doit conserver sur la surface du nez les parties de peau saine ou à peine hypertrophiée, et se borner à sectionner les lobules isolés lorsqu'ils ont un pédicule droit. La rétraction cicatricielle et la résolution du derme légèrement hypertrophié ramènent bientôt à niveau de la cicatrice, les parties ainsi conservées; mais, lorsque l'éléphantiasis a envahi toute la surface de la joue, il faut faire une décortication totale.

Les résultats obtenus par la décortication rendent inutile toute tentative d'autoplastie pour recouvrir le squelette cartilagineux du nez. On dépouillerait, sans profit aucun, les régions voisines, et on défigurerait le malade par de nouvelles cicatrices.

Dans les cas où l'hypertrophie des cartilages ferait défaut, et où, après une dénudation de la totalité du nez, l'on aurait à craindre les effets de la rétraction cicatricielle, on pourrait recourir aux greffes cutanées, non pas aux greffes épidermiques, mais aux larges greffes dermiques, que je désigne sous le nom de greffes autoplastiques.

La séance est levée à six heures moins un quart.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

VI

Du reste, ayant eu sous les yeux et ayant examiné avec une extrême attention les plans de l'institut d'anatomie pathologique de Graz, nous pouvons en donner une idée exacte. Tous les laboratoires allemands se conforment d'ailleurs aux principes de construction et d'agencement que nous venons de tracer, et qu'il est facile d'observer.

Cet institut d'anatomie pathologique, terminé depuis 1870, est situé dans les jardins de l'Hôpital-Général, en sorte que toute autopsie est faite sous les yeux mêmes du professeur d'anatomie pathologique. Il a 50 mètres de longueur sur 15 de profondeur, avec façade au nord et façade au midi et treize fenêtres. Il a deux étages spacieux et un souterrain. C'est d'ailleurs, de beaucoup, le plus petit de tous les instituts de la Faculté de médecine.

Le souterrain ou étage inférieur renferme dans l'aile gauche deux salles pour les pièces en macération, une salle pour conserver les cadavres destinés aux démonstrations, une salle pour les cadavres qui ont déjà servi ; l'aile droite contient sept vastes salles destinées au dépôt d'une partie du matériel le plus grossier, nécessaire à l'entretien de l'institut; la partie centrale est destinée à recevoir les corps et à leur exposition quand les familles viennent rendre aux morts les derniers devoirs. Elle contient encore une salle destinée aux pièces en macération.

Le rez-de-chaussée (*hochparterre*) contient, dans l'aile gauche, l'amphithéâtre de démonstration et de dissection, une salle destinée aux exercices de médecine opératoire, une salle destinée aux exercices pratiques qui ont trait à la médecine légale, un laboratoire pour les élèves, le laboratorium du garçon de l'institut (*diener*); une salle pour le dépôt de tout le matériel de chimie pathologique; dans la partie centrale une pièce réservée au blanchiment des os; dans l'aile droite un laboratoire de chimie, les laboratoires du professeur et de ses assistants; une salle ou sont déposées les balances de précision; une salle pour la bibliothèque.

Le premier étage contient dans l'aile gauche deux vastes salles où est placé le musée qui possède une très-riche collection ostéologique, et notamment de crânes d'idiots, de crétins, de crânes asymétriques, d'hydrocéphales, etc.; dans la partie centrale l'amphithéâtre des cours; dans l'aile droite le laboratoire particulier du professeur, le laboratoire des assistants, et deux laboratoires pour les étudiants; la plus petite de ces dernières salles de travail est destinée aux élèves plus avancés et aux médecins étrangers. La préparation des os et des squelettes montés se fait dans l'institut lui-même, qui est pourvu d'un bel appareil de macération et de blanchiment. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'aération de toutes ces pièces, de celles du sous-sol comme des laboratoires, est parfaite et que l'eau abonde dans les amphithéâtres, les salles de macération et les chambres de travail.

A Vienne, les instituts de physiologie, d'anatomie, d'anatomie pathologique sont situés non loin de l'hôpital. L'institut de physiologie du professeur Brucke ainsi que le musée d'anatomie sont situés dans des bâtiments déjà anciens où les élèves trouvent, cependant, toute la place et tous les moyens de travail désirables. On espère

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 août.

que, dans quelques années, les chambres autrichiennes accorderont pour la reconstruction de ces laboratoires des crédits aussi importants que ceux qui ont servi à l'érection de l'institut d'anatomie pathologique et surtout au magnifique institut de chimie. Ce dernier est construit avec une richesse infinie et peut rivaliser avec les constructions de Graz. Il est situé dans un beau quartier en face la charmante église votive, élevée à l'endroit même où l'empereur François-Joseph échappa à la main d'un meurtrier politique, près du Ring. Non loin de cet institut somptueux, s'élève la nouvelle université de Vienne qui se trouvera ainsi placée sur le Ring lui-même, c'est-à-dire sur le boulevard de la ville. Les cours théoriques de la Faculté de médecine auront des amphithéâtres dans ce nouveau et beau monument. L'Autriche, on le voit, ne reste point en retard sur l'Allemagne du Sud et du Nord, en ce qui concerne les sacrifices pécuniaires faits pour l'installation convenable des centres d'études scientifiques, en sorte que, partout où l'on porte ses yeux au-delà du Rhin, on se trouve en présence d'une fièvre de construction générale, d'un mouvement véritablement universel. Partout ici on traite la science en reine, et l'on veut que cette souveraine des temps nouveaux habite des palais dignes d'elle et des bienfaits qu'elle répand dans le monde. Ce sont là les réflexions que suggèrent la vue de tous ces laboratoires, et l'on peut les exprimer ainsi sans être taxé d'exagération ou d'emphase.

Les chiffres ont d'ailleurs une éloquence convaincante telle qu'il vaut mieux les laisser seuls parler :

A Graz, l'institut de physique coûte	300,000	flor. d'Aut.
— l'institut d'anatomie et de physiologie.	250,000	—
— l'institut de chimie.	220,000	—

On estime que la construction totale de l'université coûtera environ 1,500,000 florins d'Autriche.

A Vienne l'institut d'anatomie pathologique. .	198,568	flor. d'Aut.
— l'institut de chimie.	750,000	— (1)

(1) Ces sommes, converties en francs, font : pour Graz, l'institut de physique, 750 000 francs; l'institut d'anatomie et de physiologie, 625,000 francs; l'institut de chimie, 550,000 francs; la construction générale de l'université, 3,750,000 francs. Pour Vienne, l'institut d'anatomie pathologique, 496,000 francs; l'institut de chimie, 1,875,000 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 7 et 14 août 1876, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon.

Au grade de chevalier : MM. Perrin (Eugène-René), membre de la commission des logements insalubres; Hugot, chirurgien en chef des hospices de Laon; Maslieurat-Lagemart, président de l'association médicale de la Creuse; Wolff (André), médecin à Delle; Prestat, chirurgien de l'hôpital de Pontoise; Conttolenq (Marius-Ernest), ex-aide chirurgien aux ambulances de l'armée du Rhin.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Challan, médecin en chef de l'hôpital de Senlis, membre du conseil d'hygiène et de salubrité publique. Notre honorable confrère n'était âgé que de quarante-sept ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des maladies de l'utérus, par les docteurs DEMARQUAY et SAINT-VEL. — 1 vol. in-8° de 600 pages avec figures dans le texte. Prix : 10 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'encombrement des asiles d'aliénés. Étude sur l'augmentation toujours croissante de la population des asiles d'aliénés les causes, les inconvénients, les moyens d'y remédier, par le docteur DUFAUT. — In-8°. Prix : 2 francs. Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du traitement chirurgical des hémorroïdes, et en particulier de la dilatation forcée, par le docteur CRISTOFARI. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1268 pages, chez Ve A. Delahaye et Ce. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

N° 97. — MARDI 22 AOUT 1876. 49e ANNÉE. MARDI 22 AOUT 1876. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds ... encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans le Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Affection cardiaque à lésions multiples (1).

(Leçon recueillie par M. G. Marseille.)

II

Ainsi donc, rétrécissement mitral avec insuffisance, rétrécissement aortique avec légère insuffisance, telles sont jusqu'à présent les lésions que nous constatons chez cette femme.

Mais nous trouvons encore chez elle les phénomènes du pouls veineux, et même une tendance aux battements hépatiques, ces derniers, dus au reflux du sang de l'oreillette droite dans la veine cave inférieure, constituent ce qu'on a appelé le pouls veineux inférieur. Tous ces signes sont l'indice d'une insuffisance tricuspide. En effet, la valvule qui forme la communication entre les deux cavités du cœur droit étant insuffisante, il en résulte qu'à chaque contraction du ventricule, une partie de l'ondée sanguine repasse dans l'oreillette et de là remonte dans les veines jugulaires, où elle se traduit par la dilatation momentanée de ces vaisseaux, et dans la veine cave inférieure, où elle produit un phénomène analogue. D'ailleurs, nous trouvons encore à l'auscultation, les signes de l'insuffisance tricuspide. Ils sont rendus nettement manifestes par un bruit de souffle que l'on perçoit vers le quart inférieur du sternum, à droite, bruit très-doux, déterminé par le passage du sang à travers cet orifice, incomplétement fermé.

L'insuffisance de la valvule tricuspide est le résultat de la dilatation du cœur droit, qu'on voit venir quelquefois à la suite des altérations du cœur gauche et particulièrement des lésions d'orifice mitral. En effet, l'altération de ce dernier a pour résultat de provoquer un allanguissement de la circulation, une stase sanguine dans l'oreillette gauche. Mais par le fait même que le sang a peine à passer de cette cavité dans le ventricule, il en résulte qu'il stagne également dans les veines pulmonaires, puis par l'intermédiaire des capillaires dans l'artère pulmonaire, et enfin dans le ventricule droit, où il s'accumule. Celui-ci se trouve alors distendu par l'excès du liquide qu'il ne peut plus chasser; la gêne allant croissant, il se dilate, l'orifice qui sépare les deux cavités du cœur droit s'agrandit, et la valvule qui le ferme devient bientôt insuffisante.

Cette insuffisance tricuspide, qui est la conséquence de la lésion mitrale, s'accuse non-seulement dans les veines jugulaires, dans la veine-cave inférieure, mais dans tout le système veineux où elle détermine des congestions veineuses et surtout aux membres inférieurs un œdème qui, à mesure que la lésion fait des progrès, s'étend davantage et finit par envahir les parties supérieures du corps.

Le point de départ de ces altérations multiples est évidemment, chez notre malade, dans les attaques de rhumatisme qu'elle a subies antérieurement. Mais, tandis que les lésions cardiaques n'avaient déterminé d'abord qu'un peu de dyspnée et quelques palpitations, il s'est fait probablement, sous l'influence du refroidissement qui a provoqué l'angine, une nouvelle endocardite qui est venue s'ajouter à celle qui existait précédemment. Il s'est alors produit une recrudescence des symptômes, et c'est sous l'influence de cette nouvelle inflammation que la dyspnée a atteint une intensité grave et que l'hydropisie s'est manifestée.

Et non-seulement il existe de l'œdème des membres inférieurs, mais ceux-ci présentent encore des petites taches rouges, très-luisantes, un peu gonflées, en un mot tout le caractère de l'érythème lisse que l'on voit quelquefois se développer sur les membres affectés d'œdème et qui est le résultat d'une affection des capillaires de la peau. Cet érythème a une certaine gravité, car il s'accompagne fréquemment de phlyctènes qui se rompent, et à la suite desquelles le derme, mis à nu, est susceptible de se gangréner. Chez cette femme, les phlyctènes se sont en effet rompues, et il existe quelques ulcérations superficielles, qui donnent issue à une quantité assez considérable de sérosité et qui peuvent devenir une cause de complication grave.

En présence d'un tel état, le pronostic est ici évidemment très-grave. Il est certain, en effet, que cette femme qui est atteinte de lésions aussi variées, aussi multiples, ne guérira jamais. Mais devons-nous penser qu'il ne se fera pas plus tard une certaine amélioration, ou bien même que nous ne verrons pas survenir cette guérison précaire que l'on obtient quelquefois chez certaines personnes atteintes d'affections cardiaques. En effet, quand il existe des phénomènes d'asystolie, on voit, au bout d'un certain temps, le cœur finir par tolérer la lésion. Cette tolérance est due, comme vous le savez, à l'apparition des lésions compensatrices, l'hypertrophie du ventricule gauche, par exemple, dans l'insuffisance et le rétrécissement

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 août.

aortiques. Celui-ci lutte dès lors avec plus d'efficacité contre l'obstacle dont il finit par triompher. Il en est de même dans les cas de rétrécissement mitral, mais alors c'est dans le ventricule droit que se fait la compensation ; sous l'influence des efforts qu'elle fait pour se débarrasser du sang qu'elle contient, la cavité s'hypertrophie. Ici précisément, le ventricule droit est dilaté, il semble s'hypertrophier, et il pourrait alors se faire qu'il s'établit une compensation dont les effets atténueraient les conséquences de l'obstacle et permettraient à la circulation de se rétablir pour quelque temps, plusieurs années même. Je crois que c'est ce que nous devons espérer chez cette femme, qui est jeune, et dont l'état paraît d'ailleurs être plus satisfaisant depuis quelques jours.

Néanmoins l'état du poumon droit qui présente un certain degré de bronchite capillaire à laquelle est venu se joindre encore de l'hydrothorax, conditions qui augmentent encore la dyspnée, nous obligent à faire quelques réserves à ce pronostic. J'en dirai autant de la complication qui s'est manifestée du côté des membres inférieurs, et qui pourrait bien devenir plus tard le point de départ d'une gangrène dont les effets seraient des phénomènes généraux qui pourraient entraîner une terminaison fâcheuse. Mais avons-nous à craindre une mort subite? Je ne le crois pas. Seulement, il est à redouter que la dyspnée augmente encore, que les complications pulmonaires fassent des progrès et peut-être même qu'il survienne des phénomènes cérébraux, dont l'issue serait funeste. D'ailleurs, la mort subite est bien plutôt à craindre dans les affections aortiques que dans les lésions de l'orifice mitral.

Voici, maintenant, le traitement auquel nous avons soumis cette malade : dès son entrée à l'hôpital, nous lui avons donné du chloral, dans le but de rappeler le sommeil et de lui procurer ainsi un peu de repos. Mais elle fut prise, à la suite de l'administration de ce médicament, d'une agitation telle que nous avons dû renoncer à son emploi dès le premier jour. Nous avons alors prescrit un peu d'opium le soir, et surtout des préparations de digitale, 20 centigrammes de feuilles dans 300 grammes d'eau, dans le but de provoquer de la diurèse. Ici encore nous avons échoué, la malade ne pouvant la supporter. C'est alors que depuis quelque temps nous l'avons soumise à la teinture d'aconit, que je considère comme une succédanée de la digitale. Elle a, en effet, amené une sédation du côté du cœur et déjà une amélioration sensible. Enfin, au vin diurétique amer, que nous avions essayé en vain de faire prendre à la malade, nous avons substitué ces jours derniers le sirop d'asperges qui est non-seulement un diurétique, mais qui aurait encore une certaine influence sur les battements du cœur.

Voilà où nous en sommes actuellement. Nous continuerons à donner les diurétiques, nous pourrons également, pour diminuer la tension veineuse, pratiquer une petite saignée que je considère comme un excellent moyen, et qui nous a d'ailleurs donné de très-bons résultats chez une de nos malades qui était atteinte d'affection mitrale, rendue évidente par un bruit de souffle caractéristique, par un engorgement de tout le système veineux thyroïdien et une insuffisance tricuspide. Grâce à une saignée de 250 grammes nous avons vu, en quelques jours, disparaître tous ces phénomènes. De plus, comme il existe chez notre malade très-probablement une endocardite assez récente, nous pourrons appliquer un ou plusieurs vésicatoires à la région précordiale. Peut-être améliorerons-nous ainsi son état.

Il faut savoir, en effet, que le traitement des maladies du cœur est extrêmement important et que, lorsqu'il est bien combiné, appliqué suivant les indications, il peut amener, non pas la guérison, mais du moins un soulagement notable et, quelquefois même, retarder pour longtemps l'issue fatale qui est la terminaison de toutes les affections cardiaques.

HOPITAL DU MIDI. — M. Mauriac.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1).

2. Au niveau de l'éruption se produisent des phénomènes douloureux qui atteignent quelquefois un haut degré de violence, et ne sont évidemment pas en rapport d'intensité avec la lésion locale. Leur exagération même, indépendamment des autres troubles névropathiques éloignés, suffirait à montrer leur origine névralgique. Ajoutons à cela qu'ils sont variés et se succèdent capricieusement, avec des intermittences ou des rémissions irrégulières. C'est surtout pendant la nuit que les malades en souffrent le plus. Le gland, le prépuce, toute l'extrémité de la verge sont comme hyperesthésiés, et douloureusement affectés par le contact des vêtements. Parmi les sensations anormales j'ai noté celle d'une chaleur âcre et mordicante, celles de picotements, de reptation, de formication, de cuisson, et aussi un prurit insupportable et incessant. Puis ce sont des traits de feu qui naissent sur place, où sont dardés de loin, le long des branches nerveuses, sur la plaque herpétique qui semble leur servir de cible.

La durée de l'éruption herpétique est variable; on peut établir huit à dix jours comme moyenne. Lorsqu'il existe plusieurs poussées successives, elle peut être beaucoup plus longue et la guérison n'a lieu quelquefois qu'au bout de deux ou trois semaines (2).

3. L'intensité des phénomènes locaux douloureux est quelquefois si grande, comme dans l'observation I, qu'on est tenté de lui subordonner les troubles de la sensibilité, qui se manifestent à distance sur diverses branches nerveuses du plexus sacré. C'est l'idée qui me vint en premier lieu, et vous m'avez souvent entendu parler de douleurs réflexes, à propos de quelques-unes de mes observations.

Il est possible en effet que la douleur locale, quand elle arrive à ce degré, suscite au loin des irradiations réflexes. Mais je ne crois pas que ce soit le cas le plus commun, et voici pourquoi : c'est que la plupart du temps les phénomènes névropathiques qui se manifestent dans la fesse, dans la cuisse et dans la jambe, des deux côtés ou d'un seul, sont antérieurs à la névropathie locale, et existent alors même qu'aucune sensation anormale ne fait prévoir l'endroit où se fera l'éruption vésiculeuse. Vous avez vu qu'il en a été ainsi dans les

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 août.

(2) Les descriptions symptomatiques de l'herpès génital qu'on trouve dans les auteurs sont fort courtes. On en pourra juger par la suivante qu'a donnée M. Doyon. C'est la moins incomplète et la plus longue :

« Le prurit qui annonce une invasion d'herpès a quelque chose de spécial, de *sui generis*. C'est, pendant les quelques jours qui précèdent, une chaleur sourde mêlée d'une douleur gravative. Cette sensation, d'abord étendue à tout l'appareil pénien ou vulvaire, se circonscrit assez rapidement à l'endroit de cet appareil qui va être le point de décharge de la fluxion herpétique. Ajoutons que cette sensation est continue, avec des redoublements qui n'ont rien d'analogue aux élancements instantanés de l'uréthrite aiguë, mais qui, au contraire, se prolongent pendant une demi-heure ou une heure. Ces redoublements se déclarent tantôt spontanément, pendant le calme de la nuit, tantôt à l'occasion de la miction ou de l'érection. Le prurit diminue à mesure que l'éruption apparaît; elle fait alors place à une simple cuisson qui ne se manifeste que lors d'un contact, d'un frottement avec la partie où siége la lésion. (*Loc. cit.*)

deux petites attaques typiques d'herpès génital douloureux que je vous décrivais tout à l'heure. Les divers temps de l'affection étaient nettement séparés; ils se succédaient régulièrement, avec calme, et il était visible que les phénomènes névropathiques éloignés procédaient directement de la souffrance des branches nerveuses, et n'étaient pas le résultat d'une douleur locale réfléchie sur elles, puisque cette douleur locale n'existait pas encore.

Dans les cas compliqués, lorsque les sensations douloureuses s'entassent les unes sur les autres, se combinent, se croisent, se ripostent, s'enchevêtrent au milieu d'éruptions vésiculeuses successives et subintrantes, il doit se produire des phénomènes douloureux réflexes; mais je suis convaincu que l'action réflexe n'a qu'un rôle secondaire, et que tout ou presque tout émane directement d'une irritation du plexus sacré ou de ses branches collatérales et terminales.

IV

Considérations théoriques sur les herpès réflexes. Existent-ils? L'acte réflexe impressif est incapable de la produire à lui seul. Il faut une lésion métérielle et non virtuelle des nerfs trophiques.
Mécanisme des herpès dit réflexes.
Observation d'Esmarch. Comment elle doit être interprétée.

Et, à ce propos, permettez-moi de vous dire ce que je pense des herpès à distance ou réflexes.

1. M. le professeur Verneuil leur a consacré un chapitre dans ses belles recherches sur l'herpès traumatique (1). Les exemples de cette forme, d'après lui, paraissent fort rares, et il n'en a trouvé que trois dans les auteurs. Quant à moi, je n'en ai pas observé un seul cas; et pourtant j'ai étudié spécialement tous les phénomènes réflexes qui ont pour point de départ les organes génitaux. Dans aucune des névralgies réflexes, symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique dont j'ai relaté l'histoire, je n'ai vu se montrer l'éruption vésiculeuse herpétique. A quoi cela tient-il? A ce que les phénomènes douloureux vraiment réflexes ne sont qu'une image et point une réalité. Ils procèdent d'une impression sur les centres nerveux, laquelle impression est projetée virtuellement, et sous une grande variété de formes, le long des différentes branches nerveuses qui émanent du point d'incidence de l'impression centripète.

Les irradiations centrifuges se font dans des fibres nerveuses qui n'ont éprouvé aucun changement de structure; elles parcourent exclusivement les conducteurs de la sensibilité; et rien ne m'a démontré jusqu'ici que les cellules ou les filets trophiques fussent troublés, même virtuellement, dans leurs fonctions, sous l'influence de l'acte réflexe purement impressif.

2. Des herpès peuvent se développer à distance, sans être réflexes du moins, dans le sens où on prend généralement ce mot. Ils résultent alors d'une lésion matérielle qui s'est propagée, dans sa marche ascendante, le long de certains rameaux nerveux communiquant avec le foyer du mal, jusqu'à d'autres branches ou rameaux qui proviennent, de la même source, mais qui se distribuent dans d'autres régions.

La première observation d'herpès à distance est due à Esmarch, qui l'a communiquée à M. de Bœrensprung (2). Son titre m'avait fait illusion, je l'avoue, et j'avais cru trouver là, ce que je n'avais jamais rencontré dans mes recherches sur les névralgies réflexes, un exemple d'herpès véritablement réflexe. Voici le résumé de cette observation :

Hydrocèle, double ponction, inflammation de la tunique vaginale, herpès de la cuisse. — Mort.

Hydrocèle chez un homme de cinquante-cinq ans, datant de neuf mois, grosse comme une tête d'enfant, opérée le 7 janvier 1855. Injection de chloroforme répétée le 17 janvier : tuméfaction, inflammation, air dans la tunique vaginale se reproduisant toujours, état général mauvais. Le 19 février, on incise le sac du haut en bas : hémorrhagie considérable, bourgeonnement de l'intérieur du sac, mais nouveau sac par les bourgeons à la partie inférieure. — 13 mars, fièvre, anorexie, céphalalgie, bourgeons charnus secs d'un rouge sombre.

La nuit suivante, douleurs vives, brûlantes, sur toute la face postérieure de la jambe gauche, depuis la fesse jusqu'au milieu de la plante du pied. Le lendemain groupes nombreux de vésicules de volume variable jusqu'à la grosseur d'un pois et rempli d'un liquide jaune rougeâtre. Dès que les vésicules furent complétement formées, la douleur cessa peu à peu. Persistance de la fièvre.

20 mars. — A peine trace de l'éruption. Douleurs lancinantes très-vives sur toute la face postérieure du membre gauche, particulièrement violentes à la sortie du sciatique et vers la tête du péroné; accès sans type régulier augmentant par les attouchements et les mouvements de la jambe, adoucis au contraire quand le pied était appuyé contre le bout du lit.

13 avril. — Abcès froid iléo-fémoral. — 17 avril, abcès dans le dos, à gauche; épanchement pleurétique du même côté. Mort le 20.

Autopsie. — Thrombose de la veine crurale gauche, épanchement pleural énorme à gauche, gros abcès sous la gaîne du psoas communiquant avec celui du triangle iléo-fémoral. Troisième abcès sous le muscle grand fessier gauche. La gaîne du nerf sciatique gauche là où il sort du bassin était congestionnée, infiltrée, œdémateuse.

Voilà, messieurs, une lésion nerveuse bien positive. Je pense comme Esmarch, que l'irritation du nerf sciatique a été la cause première de l'herpès et de la névralgie. Il n'y a point là l'action réflexe. L'autopsie a démontré que les apparences étaient trompeuses, et que les phénomènes morbides ne dépendaient point d'une souffrance virtuelle du nerf, mais directement d'un processus irritatif très-réel, qui avait envahi son névrilème et lésé sans doute les fibres sensitives et les fibres trophiques (1).

V

Symptômes, processus, durée, récidives des phénomènes névropathiques, qui se produisent dans des points éloignés du foyer herpétique. — Phénomènes généraux qui les accompagnent quelquefois. — Diagnostic. — Traitement.

J'en ai dit assez sur cette question. Je passe à la partie la plus intéressante de la symptomatologie et du processus, c'est-

(1) Verneuil. *De l'herpès traumatique*, mémoires de la Société de biologie, année 1873, p. 15.

(2) *Annalen der charite Krankenhauser zu Berlin*, Bd. IX, 2 Hefl., § 120, 1861.

(1) M. Verneuil termine son chapitre sur les herpès réflexes traumatiques par les conclusions suivantes :

1° L'éruption s'est montrée, à une certaine distance de la blessure sur les territoires nerveux respectés par l'agent vulnérant;

2° Elle est survenue peu de temps après la blessure, alors que le travail de réparation était en voie d'évolution. Elle était donc relativement précoce, tandis que, dans la plupart des cas d'herpès périphérique, elle n'a surgi qu'après des semaines ou des mois;

3° Elle a été constamment accompagnée de phénomènes généraux plus ou

à-dire à l'étude des phénomènes névropathiques qui se produisent dans des points plus ou moins éloignés du foyer herpétique.

Je vous les ai décrits si minutieusement dans ma première leçon, à propos de chaque fait, que je me contenterai ici de réunir sous forme de propositions développées, ce qui me reste à vous en dire.

A. Herpès indolents. — Herpès névropathiques. — En quoi consistent ces derniers.

Parmi les herpès qui se développent sur les organes génitaux, il y en a qui restent indolents ou à peu près, ou dans lesquels les souffrances sont tout à fait locales et en rapport exact avec l'intensité du processus herpétique.

Il y en a d'autres, au contraire, qui méritent le titre d'herpès névralgiques ou névropathiques, parce que les troubles nerveux à distance et les douleurs locales, beaucoup plus vives que ne le comporte la lésion, traduisent une souffrance du plexus sacré ou de ses branches, en particulier de sa branche collatérale, le honteux interne spécialement affecté aux organes génitaux et aux régions adjacentes. Ainsi qu'il a été établi dans la section relative à la pathogénie, la lésion probable qui se produit alors dans la moelle, le plexus ou les nerfs périphériques, est un processus irritatif, hyperémique plutôt que cellulaire, analogue à celui du zona, mais moins profond, moins inflammatoire, plus diffus, plus mobile, etc., et se rattachant à une prédisposition arthritique ou catarrho-rhumatique. *(A suivre.)*

DENTITION PRÉCOCE

Par M. le docteur Bouchut.

Depuis quelques années, on parle beaucoup de ces cas rares observés chez des enfants qui viennent au monde avec des dents. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que ces dents précoces ne sont pas toujours de bonne qualité, et qu'il est rare de les voir rester en place jusqu'à sept ans. Elles sont caduques et beaucoup tombent dans les premières semaines qui suivent la naissance. Mon *Traité des maladies des enfants* renferme sept ou huit exemples de ces cas de précocité dentaire, et on pourrait facilement en augmenter le nombre par la compilation des journaux de médecine. En voici un nouvel exemple qui s'est présenté à la consultation de l'hôpital, et que je mets sous vos yeux pour que vous puissiez l'examiner.

L'enfant est affreux à voir; il est amaigri, son visage est ridé, ses yeux sont saillants, son nez pointu est énorme relativement au volume de la tête, et sa bouche contractée, demi-béante, fait une grimace qui donne à l'ensemble l'expression d'une petite tête de vieillard d'un aspect vraiment comique.

On voit sur les arcades dentaires inférieures, des dents au nombre de trois, qui sortent d'une gencive rouge et tuméfiée. Ces dents sont le reste d'un groupe de sept constaté peu après la naissance. Elles ressemblent à de petites masses calcaires informes, occupant : deux, la place des incisives médianes inférieures, et une, la place d'une molaire.

Il est probable que ces dents tomberont comme les premières, si l'enfant ne succombe pas avant, ce qui est plus probable.

moins intenses, comme dans l'herpès fébrile d'origine spontanée; de sorte qu'avant l'éruption on aurait pu croire à une fièvre traumatique secondaire;

4° Dans les trois faits que je vais relater, le foyer de la blessure est devenu le siége de modifications locales particulières, de lésions de la membrane granuleuse, qui m'ont paru l'écho et non le point de départ de l'état général. Le pourtour même de la plaie a participé au travail morbide dont cette dernière était le siége.

DE LA MANIE RHUMATISMALE.

par M. le docteur Desnos, médecin de la Pitié.

M. Desnos rapporte l'observation d'une femme de trente-deux ans, sans antécédents vésaniques personnels ou héréditaires, mais subissant, pour la seconde fois depuis sept ans, deux attaques de rhumatisme articulaire aigu dont la dernière, celle qui l'a amenée à l'hôpital dans le service de M. Desnos, dure depuis trois mois. Après des péripéties nombreuses, cette dernière attaque, compliquée d'une lésion de la valvule mitrale entraînant à sa suite toute une série de graves phénomènes d'asystolie, du côté du foie, du côté de la circulation pulmonaire ou périphérique, est tout à coup marquée dans son cours, au moment où commencent à s'amender les symptômes articulaires, par des accidents paralytiques ou plus simplement parétiques. Ceux-ci consistent en une impuissance entière des membres du côté droit, accompagnée de difficultés dans l'articulation des mots, mais avec intégrité des fonctions intellectuelles. Cette paralysie est évidemment due à une lésion du côté gauche de l'encéphale, lésion dont la nature est difficile à déterminer; on peut admettre, en effet, une congestion ou une ischémie cérébrale localisées et engendrées par l'asystolie, des altérations concomitantes du système circulatoire encéphalique de même origine et de même ordre que celles de la mitrale, une hémorrhagie très-circonscrite ou un ramollissement, ou enfin une embolie.

Quoi qu'il en soit, cette paralysie se produisit à deux reprises différentes, le 14 mars d'abord, puis le 20, et c'est seulement vingt jours plus tard, alors que les suites de cette seconde attaque ont à peu près complétement disparu, que font tout à coup explosion des désordres psychiques qui jusqu'alors avaient complétement fait défaut. C'est sur ces désordres que M. Desnos appelle plus particulièrement l'attention. Ils consistent, au début, en un délire généralisé, assez incohérent, s'accompagnant d'hallucinations avec agitation excessive, présentant en un mot les caractères de la manie aiguë. Mais cette phase de la maladie est transitoire, rapidement un calme relatif se produit, le délire se systématise, il est surtout marqué par un besoin de surveillance, de contrôle sur les personnes de l'entourage, par une tendance aux idées de persécution accompagnées d'hallucinations, d'un grand fonds de tristesse, d'accablement en même temps que de refus de prendre des aliments, refus qui peut être le fait d'une anorexie réelle ou le résultat de conceptions délirantes. Cette dépression, cette disposition à la tristesse, à l'apathie, persiste encore alors que les actes et la conversation de la malade sont devenus raisonnables, et elles ne se dissipent que lentement.

Depuis le 14 mars, les symptômes articulaires vont en diminuant et ne laissent qu'un peu de raideur dans les articulations. Au 16 avril, la congestion pulmonaire a disparu, mais il existe toujours un bruit morbide à la pointe du cœur. Du 12 mai à la fin de ce mois, la malade reprend peu à peu l'aspect qu'elle avait avant les complications psychiques.

Quelle est la signification de ces troubles intellectuels? S'agit-il simplement d'une manie rhumatismale? M. Desnos fait observer combien le problème est complexe. En effet, ne peut-on pas penser que les désordres de l'entendement ne sont que la conséquence de la lésion cérébrale qui a produit les symptômes de paralysie du côté droit? Mais les accidents caractéristiques de la lésion cérébrale avaient disparu depuis vingt jours lorsqu'apparut la vésanie. Ensuite, en pareil cas ce sont plutôt des symptômes de démence qu'un délire systématisé qu'on observe; enfin la disparition complète de ce délire ne pourrait coïncider avec une lésion grave, persistante de l'encéphale.

Un certain nombre de médecins admettent un lien de causalité entre les altérations du cœur ou de ses valvules et la folie. Mais, après une discussion approfondie des cas qui ont été publiés dans lesquels a été admis ce lien de cause à effet, M. Desnos, relativement à sa malade, repousse l'influence de l'affection cardiaque sur son état mental, cet état mental ayant été tout différent des symptômes de folie qui ont été observés dans les cas où ces symptômes étaient dus à une affection cardiaque. Et d'ailleurs cette malade, restée dans les salles de M. Desnos, est tombée sous le coup d'une nouvelle atteinte d'asystolie, beaucoup plus formidable encore que

celle qui la frappait au moment où se manifestaient ses troubles psychiques, et à laquelle elle a succombé, ayant conservé, néanmoins, jusqu'à sa mort la parfaite intégrité de son intelligence.

Après cette élimination de l'influence d'une lésion en foyer du cerveau ou de l'altération du cœur, M. Desnos est forcément conduit à rattacher directement à cette modification profonde de l'organisme qui constitue le rhumatisme les perturbations de l'entendement.

Mettant de côté l'urémie qui ne peut être invoquée ici, deux hypothèses restent en présence : ou bien il s'agit d'un de ces rhumatismes cérébraux hyperpyrétiques qui ont été, récemment encore, l'objet d'études approfondies, ou bien il s'agit d'une aliénation mentale, c'est-à-dire d'une perversion des facultés intellectuelles, morales et affectives, sans lésion matérielle appréciable, survenue chez une rhumatisante, au cours d'un rhumatisme articulaire.

M. Desnos déclare ne pas trouver chez sa malade les caractères du rhumatisme cérébral hyperpyrétique : d'abord l'hyperpyrexie elle-même fait défaut ; cette malade, en effet, n'a présenté qu'une élévation très-fugace de la température. En outre, le rhumatisme cérébral se montre au milieu d'un cortége de manifestations articulaires importantes, souvent généralisées, s'accompagnant toujours d'une fièvre intense. La malade, dont il s'agit, au contraire, était, au point de vue des déterminations articulaires, dans un état d'accalmie très-formelle : de plus les troubles psychiques sont restés isolés chez elle, elle n'a présenté aucun des symptômes sosmatiques de l'ataxie.

L'auteur arrive donc, par exclusion, à conclure à l'aliénation mentale et répond d'avance à l'objection qui pourrait lui être faite par les médecins qui font figurer l'absence de fièvre au nombre des caractères de la manie rhumatismale. La malade, en effet, a eu de la fièvre, bien que celle-ci n'ait été ni intense, ni de longue durée. M. Desnos fait observer qu'aujourd'hui, où on commence à appliquer le thermomètre à l'étude de la pathologie mentale, on relève des températures fébriles parfois assez élevées chez des aliénés. Il en cite plusieurs exemples empruntés aux travaux de M. Voisin et à ses propres observations. Ainsi tombe la seule objection qui pourrait lui être faite.

M. Desnos laisse à de plus compétents, à M. Delasiauve, par exemple, le soin de déterminer s'il faut voir, dans ces accidents du rhumatisme, une forme particulière, spécifique de la folie, ou les considérer comme devant rentrer dans ce groupe important des vésanies engendrées par les modifications imprimées à l'organisme dans les grandes maladies aiguës.

En terminant, M. Desnos fait remarquer toute l'importance, au point de vue du traitement, du diagnostic qu'il a porté dans ce cas : si, en effet, il avait été convaincu de l'existence d'un rhumatisme cérébral hyperpyrétique, il aurait dû agir énergiquement et recourir, par exemple, au traitement par les bains froids. Au contraire, admettant l'existence de l'aliénation mentale, il était autorisé à faire une expectation que l'événement a justifiée.

COQUELUCHE. — ÉRYTHÈME ATROPHIQUE

Par M. le docteur Bourguet (de Graissessac).

Dans une épidémie de coqueluche qui sévit depuis quatre mois, j'ai observé cinquante cas, tous chez des enfants de trois mois à huit ans, vingt-six filles, vingt-quatre garçons, traités par la belladone et les vomitifs, remèdes les moins mauvais dans cette maladie, suivant l'opinion de M. H. Roger; ils m'ont offert quelques particularités dignes d'être enregistrées, surtout au point de vue de l'érythème atrophique, anciennement connu, mais dont la plupart des auteurs ne parlent pas ou ne font qu'une mention insuffisante.

La belladone a été donnée sous forme de sirop, préparé avec une teinture toujours la même, les doses étant de 10 à 20 grammes, suivant l'âge, pris en quatre fois dans les vingt-quatre heures, mais de préférence la nuit.

Chez douze de ces enfants, les parents ont observé à maintes reprises que presque immédiatement après l'ingestion du sirop, il se produisait un érythème général, très-intense, dont la durée variait de demi-heure à une heure et demie environ. Les enfants n'en paraissaient pas incommodés et reprenaient volontiers les doses suivantes que fort souvent reproduisaient les accidents.

J'ai pu moi-même observer quelques-uns de mes petits malades, et me convaincre que les parents avaient bien vu. Une chose à noter, c'est que la pupille était presque normale et que les phénomènes de sécheresse et d'irritation de la gorge n'existaient pas.

L'érythème en ce cas aurait précédé les signes ordinaires de l'empoisonnement atrophique et mériterait par suite, d'être recherché dans les cas d'intoxication par une substance si généralement employée.

Des deux théories qui sont en présence pour expliquer le phénomène, la première invoque la paralysie vaso-motrice secondaire succédant à la contraction des capillaires sanguins, déterminée d'abord par les préparations atrophiques. Celle-ci, suivant M. le professeur Gubler étant un effet *positif*, tandis que celle-là est un effet *négatif*. En d'autres termes, la paralysie étant la *réaction* de la contractilité qui est l'*action*.

La deuxième accuse l'irritation produite par le passage de l'alcaloïde à travers la peau.

La rapidité de production du phénomène, semblerait devoir faire donner la préférence à cette dernière interprétation. Peut-être l'érythème produit par cette cause est-il entretenu par la première dont l'action plus prolongée expliquerait la durée de l'éruption. A part cette complication j'ai observé les suivantes :

Épistaxis, 32.
Ulcération du frein de la langue, 14.
Catarrhe péripneumonique, 2.
Urines et selles involontaires, 2.
Hernie inguinale et convulsions, 1.
Hémorrhagie (pulmonaire ou stomacale), 1.

Dans un cas, la coqueluche a succédé à une attaque de rhumatisme articulaire qui a reparu environ quinze jours après, guérissant la coqueluche et laissant à sa suite une lésion mitrale. Dans un autre, une fièvre muqueuse s'est développée parallèlement à la coqueluche sans que celle-ci cessât complétement.

Un petit nombre de ces enfants ont ajouté, à ce traitement, quelques séances de respiration dans la salle d'épuration de l'usine à gaz sans en retirer un bénéfice marqué.

Ces complications ont été traitées par des moyens appropriés, et fort heureusement, après une durée moyenne de cinq à six semaines, j'ai vu guérir tous mes petits malades.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 août 1876. — Présidence de M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Manie rhumatismale. — M. Desnos lit un travail sur la manie rhumatismale. (Voir plus haut.)

De l'alcool comme cause de l'hypertrophie ganglionnaire généralisée et de la leucocythémie. — M. Olivier, médecin adjoint de l'hospice général de Rouen, communique une observation qui a pour titre : Excès alcooliques, adénie, leucocythémie ganglionnaire ; ecchymoses sous-conjonctivales, hémorrhagies rétiniennes ; — purpura ; — agitation, coma, convulsions ; hémorrhagies méningées, crâniennes et rachidiennes ; — cirrhose du rein ; altérations leucémiques du foie et de la rate.

Parmi les troubles de nutrition, les dégénérescences que produit l'alcool dans nos organes, il en est qui ont été parfaitement étudiés, tels, par exemple, que ceux du foie. L'état des ganglions lymphatiques dans l'alcoolisme est, au contraire, comme enveloppé d'une certaine obscurité, et c'est à peine si les travaux les plus récents s'en occupent. Or l'observation présentée par M. Olivier est surtout intéressante au point de vue des altérations ganglionnaires de nature alcoolique.

Il fait suivre cette observation de réflexions générales importantes

et termine en disant : « En résumé, nous avons eu chez notre malade, comme circonstance étiologique principale, l'alcool qui a produit les hémorrhagies rétiniennes et méningées et la cirrhose du rein, et secondairement une hypertrophie ganglionnaire généralisée qui reste longtemps simple sans altération de la crase sanguine, qui, au bout de vingt ans, se complique de leucocythémie, laquelle monte rapidement, et vient précipiter l'issue fatale par la cachexie qu'elle entraîne.

L'alcool reste l'élément principal qui provoque les lésions cérébrales, ces lésions elles-mêmes activent la marche de la leucémie, et c'est sous l'influence de cette leucémie à marche aiguë que se développent les altérations du foie et de la rate.

C'est ainsi que nous paraît devoir être interprété ce cas complexe et intéressant, et de l'ensemble des considérations que nous venons de présenter découlent ces propositions : 1° que l'alcool a une influence directe sur le système lymphatique, qu'il peut provoquer l'hypertrophie ganglionnaire généralisée et la leucocythémie; 2° que les lésions cérébrales activent, dans certains cas, la marche de cette dyscrasie. »

Transfusion du sang. — M. MOUTARD-MARTIN rapporte un cas de transfusion du sang qui a été suivi de succès. Il s'agit d'une malade de son service qui, à la suite d'une hémorrhagie post-puerpérale, était dans un état tout à fait désespéré. M. Le Fort, chirurgien de l'hôpital Beaujon, pratiqua une première tranfusion, mais, par suite d'un défaut de l'appareil, il ne put injecter que 40 grammes de sang. Dans les quarante-huit heures qui suivirent, la malade continua à ressentir des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vue, des douleurs de tête, à être atteinte du muguet, à présenter une extrême pâleur, et toujours un léger écoulement sanguin par le vagin : l'examen fit reconnaître la présence d'un petit polype qui faisait saillie entre les lèvres du col; ce polype fut enlevé, et, six jours après, une nouvelle transfusion fut pratiquée; il fut injecté 160 grammes de sang, quantité plus considérable que ne l'aurait désiré M. Moutard-Martin, qui n'aurait pas voulu qu'on dépassât 70 à 80 grammes. Pendant même l'injection, les muqueuses reprirent un peu de coloration. Trois quarts d'heure après, la malade était dans un état très-satisfaisant. Deux heures après, éclata un accès de fièvre d'une intensité extrême; on comptait plus de 140 pulsations, la température était des plus élevées, il y avait une grande agitation, de la suffocation. Cet état dura depuis onze heures du matin jusqu'à onze heures du soir. Il y eut un peu de calme dans la nuit, et le lendemain matin apparut une éruption d'herpès autour de la bouche. En somme, on constata une amélioration très-notable; le muguet disparut; la malade alla de mieux en mieux, et trois semaines après l'opération elle était guérie.

M. MAURICE RAYNAUD dit que c'est bien dans ces cas-là, dans les cas d'hémorrhagies, de pertes de sang appréciables, que la transfusion du sang est indiquée. Dans ces derniers temps, on a fait de cette opération un abus considérable, et il est tout à fait illogique de la préconiser, comme le font certains auteurs, dans l'anémie pernicieuse essentielle; en pareil cas elle est tout à fait inutile.

M. MOUTARD-MARTIN fait observer qu'il a déjà soutenu cette même opinion, lorsqu'une discussion s'est élevée sur la transfusion du sang.

M. FÉRÉOL ne partage pas absolument cette opinion. Il est bien évident, dit-il, que nous ne possédons aucun remède contre l'anémie essentielle pernicieuse. Pourquoi donc n'essayerait-on pas d'arracher quelques malades à une mort certaine à l'aide de la transfusion pratiquée, comme elle doit l'être dans ces cas, à plusieurs reprises successives. Cette conduite paraîtrait plus logique que celle qui consiste à désespérer et à laisser mourir les malades sans rien tenter.

M. ISAMBERT dit qu'il ne faut pas toujours désespérer dans ces cas d'anémie essentielle pernicieuse. Il cite plusieurs cas de guérison remarquables, l'un, entre autres, obtenu après une saison à la Bourboule, l'autre après un séjour à Cannes.

Traitement du rhumatisme par l'acide salicylique. — M. LABOULBÈNE a obtenu d'assez bons effets de l'acide salicylique dans le traitement des rhumatismes, mais il se contente d'appeler l'attention sur ces faits sans émettre aucune opinion trop avancée, faute d'un nombre d'observations suffisant.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

VII

La Faculté de médecine de Prague. — Quelques mots, avant de finir cette lettre déjà longue, sur l'Université de Prague et sa Faculté de médecine. Après Vienne, cette université est la plus importante de l'Empire et la Faculté médicale est la plus fréquentée. Le nombre total des professeurs de l'université est de 56 (80 à Vienne, 41 à Innsbruck, 38 à Graz).

Dans la Faculté de médecine, le collége des professeurs (*professoren-collegium*) contient 14 chaires ordinaires, 7 chaires extraordinaires et 2 docents. Ce personnel enseignant est complété par (*uebriger Lehrkörper*), 7 extraordinaires et 12 docents (2).

Les cours sont faits au *Carolinum*, vieil édifice curieux parmi les monuments anciens et intéressants qu'offre l'antique capitale de la Bohême, à l'Hôpital-Général et à l'hôpital des Enfants. Les cours théoriques seuls sont faits au Carolinum.

Le *Collegium Clementinum*, bâti par les Jésuites au siècle dernier, est un véritable quartier composés d'églises, de chapelles, de tours et de tourelles qui outre l'observatoire, le séminaire archiépiscopal, renferme de riches collections d'histoire naturelle et la bibliothèque de l'université, célèbre entre les bibliothèques d'outre-Rhin, à cause du grand nombre de ses livres anciens et de ses manuscrits relatifs à l'histoire politique et littéraire de la Bohême.

La Faculté de théologie catholique de Prague est une des plus suivies de l'Allemagne; il est vrai que le pays entier appartient à la religion romaine, la réforme n'y ayant point pénétré; cette Faculté compte 106 étudiants.

La Faculté de droit comptait, pour le semestre d'été de 1875, 847 élèves, ce qui lui donne le troisième rang parmi toutes les universités allemandes, après Vienne et Leipsig.

La Faculté de médecine, qui seule doit nous intéresser, comptait pour le même semestre 405 étudiants, ce qui la place après Vienne, Wurtzbourg et Leipsig parmi les Facultés de première classe.

L'Hôpital-Général de la ville mérite d'ailleurs une attention particulière. Nulle part, dans *aucun* hôpital allemand, et cette observation était confirmée par M. le docteur Aloïs Grimm que nous remercions ici de ses obligeantes communications orales, nous n'avons noté l'existence de laboratoires aussi spacieux, annexes pour ainsi dire obligatoires de *tous* les services de l'hôpital. M. le docteur Grimm, attaché comme chirurgien adjoint au service de clinique chirurgicale du professeur Heine, et son collègue ont, à côté du laboratoire, cabinet de travail du professeur ordinaire, leur laboratoire particulier, aussi vaste que celui du maître. Une salle spéciale, non moins grande, sert de musée d'anatomie pathologique, de bibliothèque, au service, et de spacieuses vitrines contiennent tout l'arsenal nécessaire d'instruments et d'appareils orthopédiques. Nulle part, nous le répétons, nous n'avons remarqué plus d'ordre, de confort, dans les annexes d'un service de clinique hospitalier, même à Vienne.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 août.

(2) Deux chaires ordinaires de clinique médicale, deux chaires ordinaires de clinique chirurgicale, quatre chaires d'accouchement et de gynécologie, dont une extraordinaire; une chaire ordinaire d'anatomie pathologique; une chaire ordinaire de chimie médicale; une chaire ordinaire de physiologie; une chaire ordinaire de pathologie générale, le même professeur enseigne, la pharmacologie et la thérapeutique, une chaire ordinaire d'hygiène, une chaire ordinaire pour l'enseignement de la médecine comparée, et enfin une chaire de clinique ophthalmologique.

Docents et extraordinaires enseignent la psychiatrie, l'histoire de la médecine, les maladies des enfants, la pathologie laryngée, la dermatologie et les maladies vénériennes.

L'école d'accouchement et de gynécologie de Prague est célèbre en Allemagne. Le professeur Scanzoni, actuellement à Wurtzbourg est élève de l'école de Prague. Quatre chaires, dont une extraordinaire, sans compter deux ou trois cours de docents, sont consacrées seulement à cet enseignement particulier. En général, c'est d'ailleurs à Vienne ou à Prague que se sont formés en Allemagne les maîtres dans l'art obstétrical (1). Il est juste d'ajouter que ce mouvement d'études est favorisé par toutes les facilités qui sont données aux élèves pour étudier d'une manière véritablement pratique. C'est un fait connu à la Faculté de Paris, que le grand nombre des étudiants ne peut que difficilement se livrer à l'exercice véritablement clinique des manœuvres obstétricales ou simplement de la pratique gynécologique, et qu'en dehors des élèves directement attachés aux services spéciaux, il est certainement difficile à la masse des étudiants, d'étudier d'une manière complète, c'est-à-dire en dehors des livres et des cours théoriques, les maladies de femmes et les accouchements. Bien plus, certaines restrictions apportées à l'entrée des services et des hôpitaux spéciaux constituent une mesure fâcheuse tout à fait propre à ralentir et à étouffer le zèle et la curiosité scientifiques du grand nombre. L'Hôpital-Général de Prague a su éviter ces inconvénients en attachant aux services gynécologiques un nombre relativement important d'étudiants, naturellement en dehors des assistants et des médecins adjoints. Ces étudiants ont même des chambres dans l'intérieur de l'hôpital et peuvent de cette sorte, à toute heure du jour et de la nuit, s'instruire en remplissant des fonctions utiles dans les services et en donnant leurs soins aux malades.

Nous avons visité avec soin les services de chirurgie, et notamment l'important service du professeur Heine (2). Dans le pansement des plaies, après avoir longtemps tâtonné comme l'Europe chirurgicale, le professeur Heine et ses collègues de Prague, se sont arrêtés à la pratique de Lister; dans toute l'Allemagne du Sud, depuis Strasbourg jusqu'ici, c'est *l'unique* moyen thérapeutique que nous avons vu employer indistinctement pour toutes les plaies en suivant exactement la méthode pratique tracée par le chirurgien anglais et développée, comme nous avons eu soin de vous l'indiquer avec détail en parlant du service du professeur de Nussbaum (de Munich), par les chirurgiens allemands.

Le professeur Heine a même fait construire un intéressant appareil qui marque bien dans quel esprit la thérapeutique des plaies s'avance et se perfectionne aujourd'hui. La méthode de Lister a pour but de faire entrer dans toutes les pièces du pansement des substances destinées à désinfecter l'air autour de la plaie, et à désinfecter aussi les liquides de la plaie, s'ils ont été au contact de l'air; de plus, pendant que le chirurgien fait le pansement tous les deux ou trois jours, il est indiqué de créer *autour de la plaie*, à l'aide du pulvérisateur de Richardson, une atmosphère saturée du liquide désinfectant. Ce que Lister fait *autour de la plaie seule*, le professeur Heine le fait avec son appareil *autour du malade tout entier*; il enveloppe pour ainsi dire le malade, l'opérateur et ses aides, dans une atmosphère saturée du même liquide. L'appareil Heine se compose de douze appareils de Richardson, étagés sur une sorte de porte-bouteilles en forme pyramidale haut d'environ 1 mètre 60. Tous les tubes destinés à conduire l'air dans l'intérieur de ces appareils de Richardson sont en rapport avec un corps de pompe d'une capacité de huit litres environ; à l'aide d'un levier facilement manié par un aide, le piston du corps de pompe envoie, dans tous les tubes et dans tous les appareils de Richardson, l'air qui doit chasser le liquide vers l'orifice de sortie du pulvérisateur; ce corps de pompe est placé à la partie inférieure de l'appareil, qui est tout entier supporté sur quatre petites roues, en sorte que l'on peut conduire ce vaste pulvérisateur dans les salles de services, dans la salle d'opérations et de pansements, etc. Si le chirurgien juge que l'usage de quatre, six ou huit bouteilles de Richardson est suffisant, à l'aide de petits robinets il interrompt la communication entre ces bouteilles et le corps de pompe destiné à chasser l'air dans l'intérieur des appareils. Les bouteilles sont d'ailleurs mobiles, et on peut diriger l'orifice de sortie du liquide pulvérisé vers un point donné. Étant donnée la méthode de Lister, on ne peut qu'approuver l'extension logique que lui a donné le professeur de Prague.

(1) Nous renouvelons ici les observations que nous avons faites à propos des hôpitaux de Munich et de Vienne; leur matériel est tout à fait médiocre si on le compare à celui de nos hôpitaux de Paris; celui de l'Hôpital-Général de Graz seul peut en être rapproché (literie et tout ce qui touche à l'ameublement, au service du malade). Nous ne parlons pas de l'hôpital israélite de Vienne, qui n'a que 100 lits et peut être, à bon droit, être appelé hôpital modèle.

(2) Dans les universités du Nord, les chaires d'accouchements sont aussi occupées par les élèves de l'école d'Heidelberg, où professait Naegele.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

174. Brunet. La race polynésienne, son origine, sa disparition.
175. Alliez. De l'orchite inguinale.
176. Richard. Un mot sur quelques rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie.
177. Genin. Cure radicale du varicocèle par la méthode de l'isolement simple.
178. Monglond. De l'oignon ou déviation du gros orteil.
179. Martinet. Étude clinique sur l'uréthrotomie interne.
180. Luigé. Contribution à l'histoire de l'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents.
181. Blanchot. Étude sur la statistique chirurgicale des hôpitaux de Besançon.
182. Frégevu. Des eschares dans la paralysie générale progressive.
183. Guérin. Contribution à l'étude de la chorée.
184. Rolland. De quelques altérations de la peau dans le goître exophthalmique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charle, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Denis.

— *Erratum.* — Une faute d'impression s'est glissée dans le compte rendu de la communication faite par M. Jules Guérin à la dernière séance de l'Académie. A la page 765 (1re colonne, 21e ligne), au lieu de : Lorsque M. Jules Guérin enleva l'appareil définitivement, toute la surface de la cornée s'offrit avec l'apparence *informe* d'un verre terne et brouillé, il faut lire : avec l'apparence *uniforme*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Modifications de la phalangette dans la suette, le rachitisme et l'hippocratisme, par le docteur Esbach. — In-8° avec 60 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des accidents gravido-cardiaques, par le docteur Marty. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur la grossesse, par le docteur Nebout. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des localisations spinales du rhumatisme, par le docteur Mora. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la trépanation dans les abcès des os et dans l'ostéite à forme névralgique, par le docteur Perret. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Discussion sur l'albuminurie et son traitement hydriatique, par le docteur Bouloumié. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

N° 98. — JEUDI 24 AOUT 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 24 AOUT 1876. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La plupart des membres de l'Académie, comme la plupart des médecins des hôpitaux, sont actuellement en villégiature. Les orateurs qui s'étaient fait inscrire sur l'ordre du jour étaient tous absents. Heureusement, M. Alphonse Guérin en revenant sur l'opération préconisée par M. Ollier, pour réduire le volume du nez hypertrophié chez les ivrognes, a fourni l'occasion d'une échange de réflexions et de remarques improvisées qui a fait durer la séance jusqu'à quatre heures et quart.

Les théories histologiques les plus modernes ont été mises incidemment en cause, mais d'une manière un peu superficielle.

Ce qui paraît certain, c'est que les micrographes perdent beaucoup de leur crédit auprès des chirurgiens. Ceux-ci commencent à n'avoir plus foi en des systèmes qui se succèdent et se renversent les uns les autres avec une si grande rapidité, et leur tendance est d'en revenir presque exclusivement à l'étude clinique pour le classement des tumeurs.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

De la varicelle.

(Leçon recueillie par M. E. Goetz, interne de service.)

Messieurs, il est peu de maladies qui aient été l'objet de descriptions plus différentes et d'interprétations plus erronées que la varicelle. Par sa lésion primitive, elle appartient au groupe des affections vésiculeuses, au même titre que l'eczéma, l'herpès ou les sudamina, et c'est parce que l'on a longtemps méconnu ce fait important, que l'erreur a persisté. Avant d'entrer dans l'étude de la varicelle, voyons donc les opinions des divers auteurs, tant au point de vue de sa nature qu'à celui des symptômes qu'elle peut présenter.

Pour Thompson, la varicelle n'est que la variole modifiée; d'après lui, cette fièvre éruptive peut se présenter sous trois formes: 1° la variole ordinaire avec ses prodromes, ses symptômes généraux pouvant devenir si sérieux dans le cas de variole hémorrhagique ou de variole confluente; 2° la varioloïde, qui n'est qu'une atténuation de la précédente, sous l'influence de l'action d'une vaccination antérieure; 3° enfin, la varicelle, qui est un degré encore moindre de la variole, une varioloïde sans symptômes généraux, mais résultant toujours de l'intoxication de l'organisme par le même poison, le virus variolique.

Nous ne saurions accepter cette manière de voir sous aucun prétexte : nous nous rattachons à l'opinion de M. Bazin. Trousseau et Jaccoud séparent complétement la varicelle de la variole et de la varioloïde, se basant tant sur sa lésion primitive que sur les symptômes qui l'accompagnent et les circonstances dans lesquelles on la voit apparaître.

En effet, la varicelle est caractérisée par l'apparition d'une *vésicule,* c'est-à-dire d'un petit soulèvement épidermique, contenant un liquide clair, ne devenant louche que par la suite; tandis que, dans la variole, on constate, dès le début de l'éruption, une véritable *pustule,* contenant par conséquent d'emblée du pus, et pouvant s'ombiliquer. Ce caractère a déjà une certaine importance.

La différence entre les deux affections sera encore plus évidente si l'on oppose la fièvre, la rachialgie, les accidents généraux plus ou moins prononcés, suivant que l'on a affaire à la variole ou à la varioloïde, mais existant toujours, à l'absence presque absolue des mêmes symptômes dans la varicelle, qui ne se manifeste le plus souvent que par son éruption caractéristique.

Passons maintenant aux différences capitales.

Comme toute fièvre éruptive, c'est-à-dire comme tout exanthème contagieux et fébrile, la variole ne récidive presque jamais : un malade qui en a été atteint une fois peut se considérer comme à l'abri désormais de cette grave maladie, ou même de sa forme atténuée, de la varioloïde; mais il ne pourra pas en dire autant de la varicelle, qu'il pourra contracter immédiatement après la variole.

La varicelle ne jouit pas de l'immunité, elle n'est pas contagieuse, et l'inoculation du contenu de ses vésicules n'a donné aucun résultat, tous faits qui l'éloignent par conséquent de la variole, dont vous connaissez la terrible propagation par voie de contact ou par épidémie, et la préservation que l'on peut en obtenir par l'inoculation du virus variolique lui-même ou d'une maladie probablement semblable, la vaccine.

Sur un individu qui vient d'être vacciné, ou même qui présente encore les boutons pustuleux de l'inoculation, vous pouvez observer la varicelle; de même sur un malade atteint de la maladie qui nous occupe, ou qui vient de l'avoir, vous pouvez vacciner sans crainte, et votre inoculation prendra. Inutile

de pousser plus loin la démonstration, les arguments que nous venons de vous fournir suffiront, je l'espère, à bien vous pénétrer de l'idée que la variole et la varicelle sont deux maladies absolument distinctes. Nous conservons le nom de varicelle de préférence à ceux de variolette, vérolette, petite vérole volante, sous lesquels on la décrit quelquefois, et qui semblent lui attribuer un degré de parenté avec la maladie qui, pour nous, est d'une nature toute différente.

Les descriptions que l'on a données de la varicelle sont bien souvent compliquées, inexactes et contribuent plus à embrouiller la question qu'à l'élucider. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, Rayer, ne se basant que sur les caractères objectifs de la maladie, décrit une varicelle globuleuse, une varicelle conoïde, papuleuse, pustuleuse ou « swinepox », vésiculeuse « chicken-pox », etc.

Pour nous, la description de la varicelle est beaucoup plus simple; nous la considérons comme un pseudo-exanthème caractérisé anatomiquement par la formation de vésicules globuleuses plus ou moins aplaties, entourées parfois d'un cercle érythémateux, clair, qui se trouble au bout de quatre ou cinq jours; puis il se concrète en une croûte noirâtre, qui tombe sans laisser de traces. Telle est la varicelle en tant qu'affection de la peau; mais, au point de vue clinique, on doit lui reconnaître deux formes : une forme aiguë et une forme chronique.

1° *Forme aiguë.* — C'est la plus commune et la plus facile à observer; on lui reconnaît quatre périodes, à marche et à symptômes bien déterminés, tout comme dans une fièvre éruptive.

Tout d'abord et pendant un ou deux jours, des *prodromes*, en général peu graves, consistant en un peu de fièvre, en courbature, en inappétence. Puis apparaît la seconde phase de la maladie ou *période exanthématique*, caractérisée par l'apparition sur la peau d'une quantité de petites taches rosées, disparaissant sous la pression du doigt, discrètes et ne s'accompagnant pas de démangeaisons; on croirait avoir affaire à un exanthème érythémateux ou papuleux simple; mais, au bout de trois jours, survient la troisième période ou *période vésiculeuse*, dans laquelle se forment, sur les surfaces érythémateuses, les vésicules plus ou moins nombreuses avec tous les caractères que nous leur avons assignés plus haut.

La période vésiculeuse est la plus longue; elle dure, en général, de quatre à six jours; au bout de ce temps, les vésicules se concrètent, forment une croûte jaune-brunâtre adhérant à la peau, qui se détache spontanément et sans laisser de cicatrices, dans les trois ou quatre jours qui suivent; c'est la *période croûteuse.* Mais la terminaison de la vésicule peut être différente : le liquide qu'elle contient, au lieu de se concréter, se résorbe; la mince lamelle épidermique, soulevée par lui, s'affaisse, se dessèche et ne tarde pas à tomber sous la forme d'écailles furfuracées.

L'apparition des vésicules dans la varicelle aiguë ne se fait pas tout d'un coup : elle est successive. Sur un même individu on peut trouver en même temps des vésicules desséchées, et d'autres en pleine voie d'évolution.

Après l'apparition de la première poussée éruptive, la fièvre et les accidents généraux, bien peu prononcés d'ailleurs dans la majorité des cas, cessent complétement; les malades atteints de varicelle peuvent se lever, aller et venir, ils ont conservé tout leur appétit, bien qu'ils soient couverts d'une éruption très-marquée.

Telle est la forme de cette maladie si bénigne : ses causes sont obscures; tout ce que l'on sait, c'est qu'elle n'est nullement contagieuse; elle s'observe le plus ordinairement chez les enfants et chez les jeunes gens, qui peuvent en être atteints plusieurs fois de suite. Si elle paraît sévir quelquefois épidémiquement sur une même famille, ou sur une réunion d'enfants, c'est que l'influence des saisons, le printemps en particulier, est une des causes prédisposantes les plus réelles de la varicelle, comme des autres pseudo-exanthèmes. En outre, la varicelle aiguë ne se développe jamais sous l'influence d'une cause externe professionnelle ou autre; c'est une pyrexie à manifestations très-atténuées et très-bénignes dans toute l'acception du mot.

2° *Forme chronique.* — La varicelle chronique se présente avec tous les caractères extérieurs de la varicelle aiguë, si bien que M. Hardy l'a décrite sous le nom de *syphilide vésiculeuse.* Elle ne s'observe, en effet, que chez les individus atteints de la vérole, et doit être rangée, quant à son moment d'apparition, entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires.

L'éclosion des vésicules se fait, en général, d'une façon successive; elles se montrent d'abord sur la face, le cou, puis envahissent le tronc et les membres; elles peuvent ainsi durer pendant une période de trois et quatre mois, apparaissant sur un point du corps, y parcourant leur évolution comme dans la varicelle aiguë, puis suivie d'une poussée nouvelle, qui passera par les mêmes phases et sera remplacée par une troisième, ainsi de suite. D'autres fois, et toujours pendant le cours d'une syphilis confirmée, la varicelle apparaît tout d'un coup et en s'accompagnant de fièvre, tout comme la première manifestation cutanée de la diathèse, la roséole, peut s'accompagner d'accidents analogues, que l'on décrit sous le nom de fièvres syphilitiques. Quel que soit le mode d'apparition de l'éruption vésiculeuse, elle méritera toujours le nom de varicelle chronique, car elle ne disparaît jamais dans le délai de huit ou dix jours que nous avons assigné à la forme aiguë, et persistera toujours pendant un mois, deux mois et même davantage.

Le *diagnostic* de la varicelle, ne portera, cela va sans dire, que sur les affections vésiculeuses ou bulleuses, s'accompagnant de symptômes généraux assez peu graves pour être confondus avec elle, à cause de l'identité de la lésion anatomique. Quant à la variole et à la varioloïde, la méprise sera difficile si l'on prend en considération l'intensité de la fièvre et la constance de certains prodromes, la rachialgie notamment.

L'*eczéma* présente, lui aussi, comme lésion primitive, une vésicule, mais vous savez combien elle est fugace, c'est à peine si elle dure vingt-quatre heures, et comment elle passe inaperçue dans la plupart des cas. Comparez son évolution rapide, la confluence de ses vésicules, leur disparition par concrétion en croûtes humides ou lamelleuses ou par l'issue d'un liquide séro-gommeux, à la fixité des vésicules de la varicelle, à leur isolement, à leur transformation en une croûte sèche, et vous aurez les principaux éléments du diagnostic entre les deux affections.

Dans la *miliaire*, les vésicules sont beaucoup plus petites, ne dépassent guère le volume d'une tête d'épingle, ne durent que deux ou trois jours, peuvent occuper d'emblée une beaucoup plus grande surface, et se terminent invariablement par résorption du liquide et par une desquamation furfuracée.

Enfin l'*herpès* est de toutes les affections vésiculeuses, celle qui pourrait être la plus facilement confondue avec la varicelle. La vésicule y a la même apparence, la même fixité, la même terminaison. Rappelez-vous seulement que presque toujours les vésicules sont plus ou moins confluentes; qu'elles occupent certains points de prédilection, comme les commis-

sures labiales, le trajet de certains nerfs superficiels, que bien rarement l'éruption est aussi abondante que dans la varicelle.

Le *pemphigus aigu* pourrait dans certaines circonstances, par la rapidité de son évolution, par son apparition, coïncider avec certaines saisons, et, accompagné de quelques accidents fébriles, être pris pour de la varicelle. Mais, dans le pemphigus, la lésion élémentaire est une bulle, c'est-à-dire un soulèvement de l'épiderme pouvant acquérir le volume d'un gros pois, d'une noisette ou même d'une noix : la vésicule ne dépasse jamais celui d'une lentille. En outre, le pemphigus ne se rencontre guère que chez les sujets un peu affaiblis par une mauvaise hygiène ou par les privations, tandis que la varicelle est une affection fréquente dans toutes les classes de la société.

Le *pronostic* de la varicelle découle naturellement des circonstances dans lesquelles elle s'est produite. D'une bénignité absolue pour l'éruption saisonnière, il devient plus sérieux pour la forme chronique, qui, ainsi que nous l'avons dit, est toujours symptomatique de la syphilis.

Quant au *traitement*, il sera, dans tous les cas, nul, pour ce qui concerne l'affection locale, la lésion de la peau.

Un régime doux, quelques minoratifs, des boissons délayantes, le séjour dans la chambre, seront conseillés dans la forme aiguë.

Dans la forme chronique, nous ne devons considérer la varicelle syphilitique que comme un épiphénomène, et diriger, contre les accidents concomittants, bien plus que contre elle, le traitement spécifique.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. DESMARRES.

Iritis spécifique maligne.

(Observation recueillie par P. DUDOUYT, assistant.)

Le 20 juin, Mme X..., vingt-deux ans, blanchisseuse, se présente à la clinique se plaignant de l'œil droit, dans lequel un examen attentif permet de constater les symptômes suivants : cornée trouble et vraiment malade, dans son épaisseur épanchements interstitiels; à la partie inférieure, *kératite ponctuée triangulaire* à sommet placé au centre de la cornée; cette kératite triangulaire s'est déjà vascularisée. La conjonctive est rouge, mais avec une teinte sombre, cette rougeur part de la périphérie cornéenne et va en s'affaiblissant vers les culs-de-sac conjonctivaux qu'elle a respectés. L'humeur aqueuse est trouble; l'iris, d'un jaune sale caractéristique, est déformé et présente plusieurs points d'adhérence avec la capsule. Enfin, sur le bord de la pupille, et comme pour affirmer les symptômes précédents, se trouvent deux *condylomes*, petites tumeurs dont le sommet est d'un jaune purulent et la circonférence d'un roux sombre. L'ensemble de ces symptômes, joints à l'*absence complète de photophobie*, conduisent M. le docteur Desmarres à éloigner le diagnostic iritis rhumatismale et à porter celui de : iritis spécifique *maligne*, correspondant aux accidents survenant entre la deuxième et la troisième période de la syphilis.

Les commémoratifs viennent amplement confirmer le diagnostic. La malade raconte qu'elle a eu un chancre, une éruption sur la peau, des croûtes dans les cheveux, des maux de gorge; l'examen du pharynx permet de constater la destruction complète du pilier antérieur gauche; enfin, sur la peau de la malade existe actuellement une éruption que l'on peut faire rentrer dans l'ordre des papules.

Ainsi, l'examen attentif de l'œil droit de la malade a permis à M. Desmarres de poser, sans autres renseignements, le diagnostic de la malalie générale et de préciser l'époque où est arrivée cette syphilis.

Encore une fois, il faut admettre que, si la vérole ne donne pas toujours lieu à des iritis, souvent, en revanche, l'iritis seule, sans autres symptômes, suffit pour déterminer la diathèse.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

TROISIÈME LEÇON.

I

Monsieur le président, messieurs,

Il me semble que, dans l'état actuel de nos connaissances, on peut, relativement à l'emploi de la méthode de Brasdor dans les anévrysmes de l'innominée, poser les conclusions suivantes :

1° La ligature périphérique de la carotide, seule ou concurremment à celle de la troisième portion de la sous-clavière, ne suffit pas à produire la consolidation complète de la tumeur.

2° Cependant, la conséquence naturelle de la ligature de la carotide est la consolidation de la partie du sac en rapport avec l'origine de cette artère.

3° Cela peut suffire pratiquement pour la guérison de l'anévrysme quand la portion du sac en rapport avec la sous-clavière est petite et ne montre pas de tendance à s'accroître.

4° Dans d'autres cas, où l'origine de la sous-clavière a été antérieurement oblitérée par l'arrêt d'un caillot, la ligature de la carotide seule peut amener une guérison radicale.

5° Pour ces raisons, il est préférable, dans tout cas qui semble nécessiter la ligature périphérique, de commencer par lier la carotide seule, et, par la suite, de considérer s'il y a lieu de lier également la sous-clavière, dans sa première ou dans sa troisième partie.

Eu égard à la légitimité de la ligature de la première portion de la sous-clavière, je demande la permission de vous soumettre quelques considérations qui se rapportent à la question de savoir s'il est possible d'éviter à l'avenir l'éventualité de l'hémorrhagie secondaire à la suite des ligatures des grosses artères. C'est, relativement, un sujet nouveau; mais qu'il soit bien entendu que je ne parlerai qu'avec la plus grande réserve sur une question dont nous n'avons qu'une expérience trop incomplète pour qu'il soit permis de dogmatiser.

Si nous cherchons à justifier la répétition d'une opération qui n'a jamais réussi jusqu'à présent, la première chose que nous ayons à faire est évidemment de rechercher quelle peut être la cause de cet insuccès. La ligature de la première portion de la sous-clavière n'a pas réussi jusqu'ici, parce qu'elle a été constamment suivie d'hémorrhagie secondaire. L'opération présente, il est vrai, des difficultés anatomiques et des dangers. On court grand risque, dans quelques cas, quand on fait cette opération de l'innominée, de blesser le sac; d'autres fois, le vaisseau est malade ou quelque peu anévrysmatique. Je pense cependant que beaucoup de chirurgiens reconnaîtront que l'opération pourrait être répétée dans des circonstances

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er août.

présentant des indications analogues à celles qui justifient des opérations de même gravité, si l'on pouvait être sûr que la ligature d'un gros vaisseau n'implique que peu ou pas de danger d'hémorrhagie secondaire.

Il est superflu de rappeler, à un auditoire tel que celui que j'ai devant moi, que la ligature des artères sans leur division subséquente a été le but poursuivi par tous les chirurgiens depuis que John Hunter lia la fémorale pour un anévrysme poplité.

Dans l'une des premières opérations de M. Cline, il essaya, au moyen d'une ligature temporaire, de produire une compression suffisante pour obtenir l'obturation du vaisseau, mais sans le diviser par ulcération. La même tentative a été souvent renouvelée, mais il ne semble pas que le moyen ordinairement employé ait été le meilleur. Il consiste à placer sur l'artère une substance, telle qu'une mèche de charpie, au-dessus de laquelle on place la ligature, puis on coupe le nœud de la ligature quand, dans l'esprit du chirurgien, il s'est écoulé un temps suffisant pour assurer la coagulation à l'intérieur du vaisseau, sans produire une irritation suffisante de ses tuniques pour en détruire la vitalité. Comme cette méthode a été suffisamment expérimentée, et qu'il est reconnu qu'elle est plus dangereuse que la ligature au moyen du fil de soie ordinaire, il n'est pas nécessaire d'en parler plus longuement. Mais on a cherché à arriver au même but par la déligation temporaire ou l'acupressure de l'artère, c'est-à-dire en la comprimant à l'aide d'une substance métallique, que l'on enlève dès qu'on le juge convenable.

Permettez-moi de vous montrer ce spécimen, qui m'a été prêté par le Collége royal des chirurgiens d'Irlande et qui montre une fémorale oblitérée au moyen du presse-artère, et la consolidation de l'anévrysme fémoral pour lequel l'opération avait été faite. Les presse-artère employés jusqu'ici ne paraissent pas satisfaisantes; quoi qu'il en soit, cette préparation prouve qu'une artère peut être oblitérée et qu'un anévrysme peut être guéri sans que le vaisseau soit divisé.

Je désire vous parler aussi d'un cas très-intéressant dans lequel mon ami M. W. Stokes (Dublin, *Quarterly Journal of medical science*, août 1869) a employé l'acupressure ou la déligation temporaire sur l'aorte abdominale pour un anévrysme ilio-fémoral à l'aide d'un compresseur en fil métallique inventé par M. Porter. Le malade ne survécut que douze heures à l'opération, et sa mort fut attribuée au *choc* de l'opération sur un cœur graisseux et faible. L'aorte ne présentait aucune trace de violence, bien qu'elle fut assez serrée pour s'opposer au passage d'une injection d'eau poussée par le bout supérieur. Cependant, dans le cas où M. Porter fit la même opération sur l'innominée pour le traitement d'un anévrysme de la sous-clavière à l'aide d'un instrument ressemblant à un petit lithotriteur, après trois jours de compression, les tuniques de l'artère se mortifièrent, il en résulta une hémorrhagie mortelle, et quand on enleva la compression, les pulsations de la tumeur reparurent. C'est encore grâce à la courtoisie du Collége des chirurgiens d'Irlande que je puis vous montrer cette précieuse et intéressante préparation. M. Porter pensait que, dans ce cas, l'insuccès tenait en partie à l'imperfection relative de l'instrument, et, dans ses *Surgical Reports*, il a figuré l'instrument plus maniable et plus délicat employé par M. Stokes. Le temps que le malade de M. Stokes survécut à l'opération ne permet pas de porter un jugement sur l'action du compresseur.

Sir P. Crampton, dans le septième volume des *Transactions médico-chirurgicales,* prétend que la division des deux tuniques internes n'est pas nécessaire. Il recommande d'adosser les parois du vaisseau à l'aide d'une anse, dont on règle la tension avec un presse-artère, juste assez pour arrêter les pulsations de l'anévrysme; la ligature est enlevée dès que l'on s'est assuré qu'on peut le faire sans crainte. Il cite deux exemples où l'emploi de ce moyen a réussi, et il a été imité par plusieurs chirurgiens; d'autres ont imaginé des procédés tout à fait identiques. Mais on a reconnu que cette manière de faire est si incertaine, qu'il est si difficile d'accepter le dommage supporté par l'artère, et qu'il est, par conséquent, tellement à craindre de voir survenir une hémorrhagie secondaire après qu'on a enlevé la ligature, qu'elle a été à peu près abandonnée. Cependant, il n'y a pas encore bien longtemps que M. Bickersteth a mis en usage une méthode analogue sur l'innominée.

Depuis que l'emploi des sutures d'argent est devenu général, depuis qu'on a remarqué l'absence d'ulcération, qui accompagne quelquefois leur séjour même prolongé dans le corps, on a essayé de les employer pour les ligatures d'artère, dans l'espoir d'obtenir la même immunité. Mais on a publié plusieurs observations qui montrent que ce moyen est incertain. Le seul cas satisfaisant que je connaisse, dans lequel on ait employé un fil d'argent pour lier une grosse artère, s'est montré dans ma propre pratique; c'est un cas où j'ai lié la fémorale pour un anévrysme poplité. La plaie guérit en moins de quinze jours, mais non sans suppuration. On ne revit plus trace de la ligature, et le malade fut rapidement et complétement guéri. Il est, je crois, encore en vie, et je sais qu'il se portait bien il y a de cela peu de temps.

Dans cette circonstance, on surveilla attentivement la chute de la ligature; mais on ne vit rien de semblable, et je pense qu'elle a dû se loger dans la paroi du vaisseau, et très-probablement sans en amener la division. Ayant lié la carotide sur un âne, j'ai trouvé l'artère non divisée et parfaitement oblitérée six semaines après l'application d'une ligature en argent. La ligature entourait encore le vaisseau; mais elle était lâche. Cependant, je ne crois pas que ce soit une substance inoffensive, car si la ligature est serrée un peu fort, elle coupera les tuniques plus profondément et produira, je crois, une ulcération beaucoup plus rapide que le fil de soie. Tel a été le cas dans cette préparation, qui provient d'un malade auquel M. Brodhurst lia la fémorale avec un fil d'argent. Dans cet autre exemple de ligature de l'iliaque externe par M. Pallock, le malade mourut par suite d'une cause étrangère avant qu'on n'ait pu constater les effets de la ligature.

Ainsi donc, d'après ce que j'ai vu et lu des effets de la ligature d'argent appliquée aux artères, je conclus que son emploi pourra, dans quelques cas, prévenir la production d'une hémorrhagie secondaire, mais que ce résultat est trop incertain pour qu'on la préfère à la ligature de soie.

REVUE DE LA PRESSE

Contribution à l'étude des maladies chroniques du poumon, du docteur Alberto Riva. — L'auteur s'est proposé de démontrer que la scrofulose pulmonaire doit rentrer dans le cadre nosologique. Après avoir passé en revue les différentes doctrines qui ont dominé tour à tour, à propos de la genèse de la phthisie pulmonaire, il admet une variété de phthisie qui ne peut rentrer dans le cadre généralement admis, c'est à celle-ci qu'il donne le nom de scrofulose pulmonaire. Elle attaque de préférence les jeunes gens scrofuleux. La toux est sèche ou accompagnée d'une excrétion salivaire peu abondante. La fièvre hectique n'apparaît que longtemps après le dé-

but de la maladie, elle est surtout vespérine, quelquefois même le matin, la température descend au-dessous du niveau ordinaire. La marche de l'affection varie, mais le plus souvent elle est lente et les hémoptysies font défaut. Ordinairement la maladie envahit les deux poumons. Quelquefois les fosses sus et sous-scapulaires sont moins profondes qu'à l'état ordinaire; signe très-important et qui montre que la maladie est interstitielle. La matité s'étend rapidement ainsi que la perte d'élasticité à la percussion. On entend souvent du souffle bronchique analogue à celui qu'on observe dans la pneumonie franche. Au début, les râles sont peu nombreux, puis peu à peu ils augmentent et deviennent bulleux. (*Contribuzione allo studio delle malattie lenti del polmone*; del dottor Alberto Riva. — *Rivista Clinica* di Bologna, fascicolo di settembre 1875. — *Annali universali di Medicina Parte revista, di medicina, chirurgia*, etc, ora dirrita dal Dott. Malachia de Cristoforio).

Un cas d'atrophie syphilitique des deux nerfs optiques. (Rankin). — Quand l'auteur vit le malade pour la première fois, les troubles de la vision duraient depuis cinq semaines, de sorte que du côté gauche, le malade n'avait qu'une bonne sensation de lumière, à droite les sensations n'étaient pas beaucoup meilleures. Après six mois de traitement par le mercure et la strychnine, la vue fut parfaitement recouvrée. Pendant tout ce temps l'examen ophthalmoscopique ne montre que peu de changement. Au début les deux papilles étaient d'un blanc légèrement bleuâtre et à contour irrégulier du côté interne. Les petits vaisseaux de la papille avaient disparu, et les artères de la rétine étaient rétrécis. A la fin du traitement, la coloration de la papille n'avait pas changé, et la condition des petits vaisseaux était la même. Pendant onze semaines, la strychnine fut administrée à dose de $\frac{1}{48}$ à $\frac{1}{10}$ de grain. Les jours suivants en injections sous-cutanées soit quotidiennement soit à intervalle. — (*Medicinisch. chirurg. Rundschau.* — *Annali die ottamologia*, 1876.)

Sarcome myéloïde central du sacrum. — Enlèvement de la tumeur avec résection d'une partie de l'os et ouverture du canal médullaire. — Guérison. (Richard Wolkmann). — Une femme de vingt-trois ans, accouchée trois ans auparavant, avait depuis un an de vives douleurs dans la région sacrée et le voisinage du rectum. Elle avait remarqué depuis neuf mois une tumeur végétante développée à la surface du sacrum. Six mois avant son entrée, cette tumeur occupait la moitié inférieure de l'os; elle avait la grosseur d'un œuf de poule et la consistance élastique. Par le toucher rectal, on sent que la tumeur fait saillie dans le rectum sans adhérer à ses parois. Lorsqu'on lui imprime par l'extérieur certains mouvements, le doigt placé dans le rectum les perçoit et distingue nettement que la tumeur est adhérente au sacrum. Au 1er mars 1876, les douleurs deviennent intolérables; la marche, la station verticale et assise impossible.

2 mars. — On fait une incision parallèle au bord libre du sacrum, s'étendant depuis la symphyse sacro-iliaque jusqu'à la pointe de l'os. Tout ce bord est converti en une masse molle, crustacée qui s'étend jusqu'au voisinage de la grande échancrure sciatique et de l'ischion. On circonscrit la tumeur avec le bistouri, de manière que l'incision se termine en bas entre le sacrum et l'os iliaque. Les parties saines de cet os sont ménagées ainsi que les insertions musculaires qui se font sur lui.

On attire la tumeur avec la partie d'os reséquée au moyen d'un crochet courbe. Dans sa partie inférieure, on la sépare du rectum et on place sur les vaisseaux qui donnent du sang des ligatures en *catgut*; le bord malade de l'os est enlevé, ses connexions avec les parties molles sont détruites.

Pansement antiseptique; drainage. Aucun symptôme d'inflammation de la moelle ou de ses enveloppes. Au bout de cinq semaines, granulations sur les bords de la plaie. La malade peut faire quelques pas dans le jardin; elle ne se plaint plus que d'un peu de difficulté pour retenir ses urines, et de douleurs dans le rectum comparables à celles d'une fissure anale.

Tout est disparu au mois de juin 1876.

A l'examen anatomo-pathologique de la tumeur, on reconnut qu'elle était très-riche en vaisseaux, s'était développée au dépens du tissu spongieux de l'os et avait la structure d'un sarcome myéloïde (tumeur amyéloplaxe) entouré par une sorte de coque osseuse. De place en place, elle présentait, comme toutes les tumeurs de même nature, des cavités kystiques remplies de sang. (*Deutsche Medicin. Wochensch.*, 17 juin 1876.)

Action physiologique du nitrite d'amyle. (Robert Pick.) — L'auteur a démontré que chez les individus dont la peau est habituellement pâle et qui ne sont pas habitués au nitrite d'amyle, la rougeur de la peau arrive d'autant plus vite et est d'autant plus étendue qu'on en donne une plus grande quantité. De cela, l'auteur conclut que cette substance agit en dilatant les vaisseaux, c'est-à-dire qu'elle retentit surtout sur leurs fibres lisses et leurs fibres cellules contractiles; qu'elle paralyse une partie de leurs mouvements comme d'après Heidenhain agirait le phosphate de soude. On a déjà démontré cette action paralysante sur les muscles striés. Par conséquent, l'action du nitrite d'amyle serait la même sur les deux espèces de fibres. Pick a également observé que si l'on comprime la carotide d'un côté chez les lapins, l'inhalation du nitrite d'amyle n'est suivi d'aucun élargissement des vaisseaux de l'oreille de ce même côté. Pour démontrer que la dépression du courant sanguin est la cause de ce phénomène, l'auteur fait la section du sympathique et alors les vaisseaux de l'oreille se dilatent.

On doit admettre également qu'un vaisseau comprimé est encore sous l'influence du système vaso-moteur et que le nitrite d'amyle agit non pas sur ce système, mais directement sur les vaisseaux par suite de sa pénétration dans le sang.

La diminution des battements du cœur mise en évidence par les recherches de Filhene a été expliquée par une paralysie du centre sympathique, mais la respiration artificielle n'empêche pas l'intoxication par le nitrite d'amyle de se produire.

Quant à l'action thérapeutique de cette substance, l'auteur donne une série d'observations dont quelques-unes lui sont personnelles et dont les autres appartiennent à différents médecins. Il paraîtrait que chez certains épileptiques, l'inhalation du nitrite d'amyle, au moment de l'aura, aurait eu de bons résultats; chez d'autres, au contraire, elle n'aurait rien produit; dans la dysménorrhée, elle enregistre quelques succès.

Introduction du fer dans l'économie par la méthode hypodermique. — Dans les anémies pernicieuses, lorsque la résorption des substances médicamenteuses par l'estomac n'est plus possible, le professeur Huguenin, de Zurich, n'hésite point à les donner en injections sous-cutanées. Il emploie une formule dans laquelle le pyro-phosphate de fer mélangé avec le sulfate d'ammoniaque correspond pour dix parties à cinquante parties d'eau distillée, de telle façon qu'une seringue de Pravaz ordinaire contient 3 centigrammes de fer. Aussitôt après l'injection, on remarque de la rougeur de la peau, de l'œdème, et même quelques phénomènes cardiaques, mais tout disparaît bientôt, et l'état général s'améliore. — (*Correspondenzell für schrv. Herzte*, n° 11.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 août 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter un legs de 30,000 francs qui lui a été fait par l'un de ses membres décédés, M. Desportes.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend un mémoire intitulé: *De l'huile et de l'oléo-résine de calophyllum inophyllum*, par MM. les docteurs Heckel et Schlagdenhauffen, professeurs à l'École supérieure de pharmacie de Nancy. (Comm.: MM. Chatin, Personne, Poggiale.)

M. LARREY présente un ouvrage de M. le professeur Bœck (de Christiania), intitulé : *Recherches sur la syphilis, appuyées de tableaux statistiques tirés des archives des hôpitaux de Christiania.*

M. DELPECH, sur l'invitation de M. le président, donne à l'Académie des nouvelles de M. Gobley, dont la santé avait donné, il y a quelques jours, de vives inquiétudes, mais est aujourd'hui en voie d'amélioration.

DISCUSSION SUR LA DÉCORTICATION DU NEZ

M. ALPHONSE GUÉRIN met sous les yeux de l'Académie le moule d'un nez énorme qu'il a opéré avec succès en en retranchant une partie à l'aide de flèches caustiques ; il a pu ainsi en réduire considérablement le volume, sans accident d'aucune sorte. Mais il s'est bien gardé d'enlever tous les tissus hypertrophiés qui recouvraient les cartilages, car la plaie qui eût résulté d'une telle opération aurait été énorme, et la rétraction cicatricielle, en résultant, considérable, surtout si l'on avait employé le fer rouge comme le conseille M. Ollier. Si l'on se borne à l'instrument tranchant, le tissu inodulaire pourrait être moins retractile, mais, comme l'avait prévu, du reste, M. Guérin, à une époque où M. Ollier se servait encore de cette méthode pour pratiquer la décortication, on a à craindre des accidents très-graves, hémorrhagies, érysipèles, etc. Aussi, M. Ollier, après avoir perdu un de ses opérés, a-t-il renoncé à l'emploi exclusif de l'instrument tranchant. M. Ollier n'a certainement pas eu à traiter de très-gros nez, de ces nez qui font le désespoir des malades. C'est pour cela que les plaies faites par lui, en enlevant la peau hypertrophiée, n'ont pas donné lieu à une rétraction étendue des tissus de nouvelle formation.

En effet, les photographies que M. Ollier avait apportées ne donnent nullement l'idée d'un développement semblable à celui qu'on constate sur le malade présenté par M. A. Guérin. Le moule montre les orifices des glandes sébacées, qui donnent une idée de l'hypertrophie de ces organes, hypertrophie que M. A. Guérin considère comme l'élément le plus important de la maladie. On voit aussi sur cette pièce des vaisseaux superficiels qui permettent de soupçonner le volume de ceux qui alimentent la masse de la tumeur. Si M. Ollier avait eu à opérer un pareil nez, il n'eut pas osé, sans doute, porter le bistouri sur la peau pour l'enlever *rasibus*, comme s'il s'agissait seulement d'une verrue : il aurait compris qu'il eût exposé les malades à l'hémorrhagie, à l'infection purulente et à l'érisypèle. Mais les nez dont il montre la photographie sont de petits nez, qu'il eût suffi de traiter, par la cautérisation sans penser à les décortiquer.

Le nez opéré par M. Guérin a sur le moule une longueur de 16 centimètres, et sa largeur d'une joue à l'autre est de 22 centimètres ; il est donc monstrueux, et pourtant il est loin d'être pédiculé.

M. Ollier disait que les nez les plus gros sont les plus faciles à opérer, parce qu'ils ont un pédicule. Cela peut être. Mais M. Guérin n'a jamais vu ce pédicule dans les cas assez nombreux qu'il a eu l'occasion d'observer.

Sur cette pièce, on voit, au contraire, que la masse terminale tient au reste de la face par une large base ; si donc on avait opéré par le procédé que M. Ollier appelle, improprement, une décortication, on eut produit une plaie considérable qui n'eut pu être comblée que par une grande étendue de tissu inodulaire, dont la rétraction eût, infailliblement, donné lieu à une difformité d'un autre genre.

M. HARDY possède, au musée de l'hôpital Saint-Louis, une collection de nez qui ne le cèdent en rien à celui que M. Alphonse Guérin vient de présenter à l'Académie. Il croit que les nez arrivés à de pareilles dimensions deviennent réfractaires à tout autre traitement qu'un traitement chirurgical. Pour sa part, dans certains cas, il a réussi à diminuer notablement le volume de l'organe, en enfonçant dans son épaisseur, après avoir chloroformisé le patient, sept à huit pointes de feu à une profondeur de 1 ou 2 centimètres. M. Hardy s'est servi pour cela tantôt du cautère actuel, tantôt du galvanocaustique ; il pense que le galvano-cautère de M. Paquelin serait préférable à tout autre.

La cautérisation est suivie d'une suppuration abondante d'où résulte une perte de substance notable et une rétraction sensible du tissu cutané et du tissu conjonctif sous-jacent. Contrairement à l'opinion exprimée par M. Ollier, M. Hardy admet que l'éléphantiasis du nez commence par l'inflammation des follicules sébacées, qui augmentent considérablement de volume, en même temps que leur sécrétion devient plus abondante ; il se fait ensuite autour des follicules enflammés une dilatation vasculaire de tout le tissu de la peau, qui devient variqueux, et finalement une hypertrophie parfois énorme du tissu conjonctif. M. Ollier a eu tort, suivant M. Hardy, de faire de cette hypertrophie conjonctive le caractère essentiel de la maladie.

M. GOSSELIN partage l'avis de M. Hardy sur le rôle de l'*acné sébacée* comme point de départ de la maladie ; mais il pense, comme M. Ollier, que celle-ci, arrivée à la période éléphantiasique, est alors caractérisée surtout par l'hypertrophie du tissu conjonctif sous-cutané.

M. LARREY a eu l'occasion de voir aux Invalides quatre ou cinq cas d'hypertrophie du nez, analogue à celui qu'a présenté M. Alphonse Guérin. L'un des malades exploitait sa difformité en montrant son nez aux visiteurs pour de l'argent. Un autre, qui était au contraire très-malheureux d'avoir un pareil nez, demandait instamment au chirurgien en chef, M. Hutin, de l'en débarrasser ; mais M. Hutin ne voulut jamais y consentir, dans la crainte de voir se produire des accidents graves, dont il avait été témoin à la suite de semblables opérations. M. Larrey possède un dessin représentant le nez d'un Chinois qui offre le spécimen le plus démonstratif de ce genre de maladie. Quant au traitement, M. Larrey dit que son père avait eu recours dans quelques cas, avec un certain succès, à la cautérisation actuelle.

M. RICHET a eu l'occasion d'opérer, dans son service de l'hôpital de la Pitié, un individu porteur d'un nez énorme, sillonné de varices, qui laissait suinter par la pression du sang mélangé à de la matière sébacée ayant l'aspect vermiforme. Il pratiqua l'ablation de l'organe, suivie d'une restauration autoplastique, suivant la méthode française. L'opération eut un plein succès, et l'opéré sortit enchanté de son nouveau nez ; mais deux mois après il revint, présentant au cou une tumeur ganglionnaire dont M. Richet pratiqua l'ouverture, croyant avoir affaire à un abcès. Il sortit de là une matière entièrement semblable à de la substance sébacée ; puis le malade finit par succomber à la généralisation de ces tumeurs ou collections sébacées.

M. BLOT met en doute la légitimité de l'explication donnée par M. Richet de ce fait remarquable. Il serait plus porté à penser, d'après les idées aujourd'hui reçues en anatomie pathologique, qu'il s'agissait là d'un cancer épithélial récidivé. Il est parfaitement admis aujourd'hui, contrairement à la doctrine hétérogénique qui avait pris naissance dans la première ferveur des études microscopiques, il est parfaitement admis que, sous l'influence de troubles dans leur nutrition, les tissus peuvent se transformer, dégénérer et donner ainsi naissance à des productions anormales, mais indépendantes de toute genèse de tissu nouveau.

M. RICHET répond qu'il n'a pas dit autre chose. — De la matière sébacée a été enlevée chez son malade, elle s'est reproduite dans un ganglion et s'est ensuite généralisée dans les tissus. Voilà le fait, M. Richet ne cherche pas à l'expliquer ; mais il ne trouve pas plus extraordinaire la généralisation de la matière sébacée que celle de l'épithélium et du tissu de l'enchondrome.

M. LARREY se rappelle que chez un des malades dont il a été question la maladie avait débuté par des tumeurs sébacées de la face. Ces tumeurs avaient été enlevées. C'est consécutivement que le nez s'est pris et est devenu le siége de l'éléphantiasis.

M. VILLEMIN dit qu'il n'est pas étonnant que de la matière sébacée, enlevée, se reproduise sous la forme de tumeurs malignes. Aujourd'hui, on est revenu des illusions de la théorie hétérogénique, et tous les histologistes admettent que les tissus, développés pathologiquement, appartiennent d'abord à des tissus normaux. C'est ainsi que le cancer n'est, anatomiquement, que l'hypertrophie du tissu épithélial. Tout récemment, M. Laveran a décrit un cancer kystique de l'intestin, qui n'a d'analogie avec le cancer que le caractère de la repullulation et de la génération. C'est une sorte de superfétation

de la membrane muqueuse intestinale. Les tissus pathologiques sont semblables aux tissus physiologiques, et l'on peut parfaitement admettre que la matière sébacée se développe hétérotopiquement dans les ganglions lymphatiques, de même que le tissu épithélial se développe hétérotopiquement dans le foie, les os, ou dans d'autres tissus.

M. BRIQUET ne comprend pas que la matière sébacée puisse se développer ainsi de toute pièce dans l'organisme. A toute substance sécrétée, il faut un organe sécréteur ; et il est difficile d'admettre que la matière sébacée se forme dans des organes privés de follicules ou glandes sébacées. Autant vaudrait dire que la bile est sécrétée ailleurs que dans les cellules hépatiques, ou que le suc gastrique est sécrété autre part que dans les glandes à pépsine de l'estomac.

M. VILLEMIN répond que le follicule sébacé n'est qu'une dépendance de la peau, et la substance sébacée, elle-même, qu'une exfoliation épithéliale.

La séance est levée à quatre heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Président de la République française,

Vu l'article 15 de la loi du 12 juillet 1875, aux termes duquel les élèves des universités libres sont soumis aux mêmes règles que ceux des facultés de l'État, notamment en ce qui concerne les droits à percevoir ;

Sur le rapport des ministres de l'instruction publique et des finances,

Décrète :

Art. 1er. — Les droits relatifs aux examens passés devant les jurys mixtes, ainsi que les droits de certificats de capacité ou d'aptitude, de diplôme et de visa seront versés entre les mains des secrétaires agents comptables des établissements d'enseignement supérieur de l'État.

Art. 2. — Les droits d'examen seront partagés, par moitié, entre l'État et l'université libre.

Les droits de certificats de capacité ou d'aptitude, de diplôme, de visa, de duplicata de diplômes et de certificats formant brevet appartiendront en totalité à l'État qui, seul, a qualité pour délivrer lesdits certificats et diplômes.

Art. 3. — La portion des droits d'examen revenant aux universités libres sera décomptée sur les états sommaires que les recteurs d'académie établissent en fin de trimestre, et sera payée auxdites universités par le trésorier-payeur général du département dans lequel les examens auront été passés.

Art. 4. — Le ministre de l'instruction publique et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 16 août 1876.

— Par décret en date du 14 août 1876, M. le docteur Charles Fauvel a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Hôpitaux de Paris.* — *Concours de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 2 octobre *à midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie, de deuxième et de troisième année, sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au lundi 18 septembre inclusivement.

— On annonce qu'un congrès international d'anthropologie aura lieu en septembre à Bude-Pesth (Hongrie). Les questions qu'on y traitera sont, paraît-il, relatives aux contrées orientales de l'Europe et concernent spécialement la Hongrie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies mentales, par le docteur B. BALL, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — Premier fascicule : I. *De la folie en général.* II. *Des illusions et des hallucinations.* In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1876, P. Asselin.

Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone, par le docteur Paul MOREAU (de Tours). — Paris, 1876, in-8°. Prix : 2 francs. — P. Asselin.

Essai sur l'ictère grave, par le docteur DUPAU. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1,268 pages, chez Ve A. Delahaye et Ce. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les injections sous-cutanées d'eau froide contre la douleur, spécialement dans le rhumatisme articulaire aigu.

Dans les affections très-douloureuses, telles que le rhumatisme aigu, calmer la douleur est un grand point. On peut y arriver souvent à peu de frais: nous en avons eu ce matin la preuve à la Pitié, dans un des services dont est chargé en ce moment M. Dieulafoy.

Le procédé mis en usage date déjà de plusieurs années. C'est en 1869, dans le service de M. Potain, dont M. Dieulafoy était alors l'interne, qu'on a commencé à l'étudier expérimentalement. Depuis lors, on l'a essayé, également avec avantage, dans d'autres services hospitaliers. Mais son emploi ne s'est point encore généralisé; son efficacité réelle est mal connue; et des faits semblables à celui-ci étonnent toujours la plupart des assistants.

Une femme, âgée de vingt-trois ans, était entrée mercredi dernier à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 2, pour un rhumatisme articulaire généralisé, ayant envahi à peu près toutes les articulations des membres inférieurs et supérieurs. Un des genoux était le siége d'une hydarthrose considérable; c'était par lui que l'affection avait débuté; mais elle s'était rapidement étendue de proche en proche, et, depuis environ une quinzaine de jours, les mains elles-mêmes étaient prises, dans toutes leurs articulations, et par suite immobilisées. Il fallait porter les aliments à la bouche de cette femme, car elle ne pouvait rien saisir.

Ce fut dans de telles conditions, sur le simple énoncé du fait, avant d'être entré dans la salle, que M. Dieulafoy se fit fort devant nous de rendre presque instantanément à cette malade l'usage de sa main droite.

Il y réussit effectivement.

Chargeant d'eau ordinaire une seringue de Pravaz, il pratiqua quatre injections hypodermiques, chacune d'une dizaine de gouttes de cette eau pure, sur le dos de la main, deux au niveau de l'articulation du poignet, et les deux autres près de la naissance des doigts. Chacune de ces injections causa d'abord une souffrance assez vive; mais ce fut l'affaire de quelques secondes, et, moins d'une minute après, la malade accusait déjà une amélioration notable dans l'état de sa main. Bientôt elle put écarter les doigts, les rapprocher, les fléchir, les étendre; on lui présenta un verre plein d'eau, elle put le saisir et le soulever. Les doigts et les poignets étaient devenus libres; les mouvements très-étendus qu'on leur communiquait et ceux que cette femme exécutait d'elle-même semblaient ne plus causer aucune douleur notable; tandis qu'avant ces injections d'eau, ils eussent arraché des cris à la malade.

M. Dieulafoy nous a raconté qu'il était souvent parvenu à rendre ainsi le mouvement à des malades cloués dans leurs lits par une attaque de rhumatisme aigu. Il pratiquait une ou plusieurs de ces injections hypodermiques d'eau ordinaire au voisinage de chacune des articulations affectées, et, les douleurs disparaissant, l'impotence fonctionnelle disparaissait aussi.

Il serait même arrivé quelquefois que la guérison du rhumatisme eût été complète et définitive après ces simples injections d'eau.

M. Dieulafoy en aurait vu des exemples très-concluants qui n'auraient pas été publiés.

Ce qu'on trouve de plus analogue dans les deux thèses dont les auteurs ont pris pour sujet les injections sous-cutanées d'eau froide (1), c'est l'observation six de M. Hékimian, recueillie dans le service de M. Potain.

Un jeune homme, âgé de dix-neuf ans, charron, était entré le 22 février 1872 pour un rhumatisme apyrétique des deux genoux. Il avait eu, trois ans plus tôt, une première atteinte de rhumatisme qui avait laissé quelque trace au cœur, une légère insuffisance de l'orifice mitral.

Les articulations atteintes cette fois n'étaient ni rouges ni gonflées; le malade pouvait se lever et se promener dans la salle.

Le cinquième jour de son séjour à l'hôpital, il se plaignit d'une douleur assez intense au niveau de la tête du péroné du côté gauche. On lui injecta sous la peau 20 gouttes d'eau ordinaire, *loco dolenti*. Le point piqué resta sensible pendant quelques heures; mais la douleur que le malade avait accusée disparut définitivement après cette seule injection.

(1) *Des injections sous-cutanées hydriques*, Pasquet-Labroue, Paris, 1870. — *Des injections hypodermiques d'eau pure*, Hékimian, Paris, 1872.

Il s'agissait évidemment ici d'une affection fort peu tenace.

Le résultat, encore satisfaisant, a été moins rapide dans la huitième observation de M. Pasquet-Labroue.

Le sujet en est une jeune fille de vingt ans, qui était déjà depuis deux mois dans le service de M. Hérard pour une arthrite rhumatismale des articulations du genou et tibio-tarsienne du côté droit, lorsque, le 24 septembre 1859, à la visite du matin, elle accusa des douleurs très-vives, lancinantes, au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne, un peu à la partie externe.

On pratiqua une injection de 20 gouttes d'eau distillée. La douleur cessa pendant tout le jour. Mais elle était revenue le lendemain matin. On fit une nouvelle injection, également de 20 gouttes, à la suite de laquelle il y eut de nouveau disparition de la douleur jusqu'à la nuit. Il en fut de même pendant quatre jours, au bout desquels, toute douleur ayant complétement cessé, on n'eut plus d'injections à faire.

M. Pasquet-Labroue revit cette malade, quatre mois plus tard, dans le service de M. Labbé. Le genou atteint de rhumatisme avait commencé à s'ankyloser, mais aucune douleur ne s'était reproduite vers l'articulatian tarso-métatarsienne.

Ainsi on obtient habituellement un soulagement momentané et quelquefois une guérison définitive à l'aide des injections hydriques dans le rhumatisme articulaire proprement dit.

Il ne paraît pas qu'il en soit de même dans l'arthrite blennorrhagique.

Dans les rhumatismes musculaires, les lumbagos, les torticolis, les sciatiques, les névralgies de même cause, l'injection d'eau constitue encore un excellent moyen, MM. Pasquet-Labroue et Hékimian ont publié de nombreuses observations qui le démontrent. Souvent la guérison définitive est obtenue en une seule fois.

[illegible] même dans les douleurs symptomatiques de la phthisie, de la colique hépatique ou néphrétique, de l'ulcère simple de l'estomac, ou du cancer.

Mais comment donc agit-il? C'est une question très-délicate et très-controversable.

M. Hékimian, dans sa thèse, que la Faculté de Paris a honorée d'une mention, veut expliquer le mécanisme de l'amélioration produite par la substitution d'une douleur à une autre, suivant la théorie de M. Lutton (de Reims). Lorsqu'une certaine quantité d'eau est introduite dans les tissus, il en résulte une sensation de brûlure, très-momentanée, il est vrai, mais qui, suivant lui, suffirait pour détruire l'habitude de souffrir autrement, ou plus exactement l'*aptitude* à souffrir.

L'électricité, l'acupuncture, l'aquapuncture, etc., seraient utiles pour la même cause.

J'avoue que cette interprétation ne me paraît pas pleinement satisfaisante.

En effet, si, pour apaiser les douleurs ordinaires du rhumatisme aigu, il suffisait de provoquer sur le même point une douleur plus intense, comme M. Hékimian paraît le supposer, les mouvements violents, les pressions extérieures rempliraient pleinement ce but. Cette conséquence est tellement forcée, que M. Hékimian, n'y pouvant échapper, invoque en effet, à l'appui de la théorie de Lutton, les cas dans lesquels on a vu les articulations semi-ankylosées à la suite de rhumatismes, être rendues à leur état normal par des efforts de mobilisation considérables et très-douloureux. Mais si les choses peuvent se passer ainsi lorsque la fluxion rhumatismale est complétement dissipée, il en est tout différemment tant que cette fluxion existe. Or, à ce moment même, on soulage à l'aide des injections d'eau froide.

De même, dans le lumbago, la douleur externe provoquée par un grand effort musculaire n'a pas de résultats utiles.

De même, également, dans les névralgies, on surexcite la douleur habituelle au lieu de la calmer par une pression violente sur le point qui souffre.

Cependant, ce sont là des genres de douleurs provoquées qui dépassent singulièrement, en intensité, le sentiment de cuisson que l'eau fait naître par son premier contact.

Dans la théorie substitutive, il faudrait donc leur attribuer une efficacité infiniment plus grande; tandis que la pratique démontre le contraire.

D'ailleurs, je le répète, il y aurait ici manque complet de proportion entre la cause et l'effet produit. La douleur que peut faire naître pour un instant l'injection d'eau, loin de dépasser de beaucoup, n'égale pas même telle ou telle espèce de douleur qu'elle peut calmer. Ce n'est donc pas le cas de dire, suivant l'aphorisme d'Hippocrate : *Duobus doloribus simul obortis, vehementior obscurat alterum.*

Il faut se résigner à ne pas tout comprendre pour le moment dans les questions qui touchent au système nerveux.

Il y a là des actions prochaines et éloignées, des influences réciproques dont le mécanisme nous échappe.

On a inventé un mot commode pour en expliquer quelques-unes, le mot *réflexe*.

Ce mot était très-clair quand il était pris dans l'acception que lui avait attribuée d'abord M. Claude Bernard.

Une impression, une onde nerveuse qui, partie de l'extrémité d'un nerf sensitif, allait d'abord toucher un point central, et s'y *réfléchissant* en quelque sorte, en repartait pour parcourir un nerf moteur, c'était une image qui représentait quelque chose de net à l'esprit.

L'expression était bien choisie: elle rappelait l'association des nerfs moteurs et sensitifs par paires, réunies dans un centre commun, et jouant un rôle analogue aux pôles d'une pile électrique.

Mais on a fait perdre à ce terme toute sa valeur scientifique, quand on a voulu l'appliquer à des phénomènes d'un autre ordre, qui se passent en dehors de la paire nerveuse.

Dire d'une névralgie, d'une hyperesthésie, d'une anesthésie, qu'elle est *réflexe*, c'est vouloir se payer de mots.

Pour signifier les rapports étranges qui rattachent les unes aux autres certaines régions éloignées, il serait encore plus exact de parler de *sympathie*, comme le faisaient les anciens, que de parler de *réflexion* sans pouvoir désigner le point où cette réflexion s'opère, l'aboutissant commun dans les centres nerveux.

J'ai l'air de m'écarter beaucoup de mon sujet; mais, en réalité, j'y reste.

En effet, on ne pourra se flatter d'expliquer le mécanisme suivant lequel la douleur cesse, que quand on saura, en réalité, le mécanisme suivant lequel elle se produit.

Or, c'est justement ce qu'on ignore dans une grande partie des cas.

Pourquoi les douleurs symptomatiques ont-elles un siége tout différent dans l'ulcère simple, dans le cancer de l'estomac, dans l'embarras gastrique?

Il paraîtrait que les injections d'eau pourraient quelquefois être utiles dans chacun de ces cas; mais pourquoi?

Pourquoi, a-t-on parfois soulagé, parfois même guéri la sciatique en cautérisant le bout de l'oreille?

On se contentait autrefois pour expliquer ces faits extraordinaires de l'aphorisme d'Hippocrate, déjà cité.

Mais aujourd'hui les expériences de M. Brown-Sequard ont

fait connaître une relation très-inattendue entre le nerf sciatique et ce qu'il a nommé la *zone épileptique* des régions latérales de la face et du cou. En effet, par l'irritation du nerf sciatique chez les cochons d'Inde, il a rendu ces animaux épileptiques, de telle sorte qu'on provoquait chez eux une attaque, en excitant un point de la zone en question.

M. Dieulafoy nous a rappelé qu'il avait observé chez l'homme un fait semblable, un individu devenu épileptique après une contusion violente du nerf sciatique, et chez lequel on faisait survenir un accès par une excitation portant sur certains points de la région latérale du cou, du même côté.

M. Brown-Séquard et d'autres auteurs ont recueilli de leur côté plusieurs observations semblables.

Et, chose encore plus singulière, chez un autre malade, atteint d'une sciatique très-rebelle, M. Dieulafoy, se basant sur ces données, a très-notablement, mais momentanément, diminué la douleur de cette névralgie par l'application d'un vésicatoire sur cette même région du cou.

Et combien d'autres inconnues?

Dans le rhumatisme articulaire, par exemple, certains auteurs considèrent la douleur comme étant le résultat d'une fluxion inflammatoire; d'autres, au contraire, la fluxion comme le résultat de la douleur. M. Dieulafoy aurait tendance à se ranger parmi ces derniers. Il compare ce qui se passe dans l'articulation atteinte de rhumatisme à ce qui se produit à la face durant une rage de dents. Il croit qu'en éteignant partout l'exacerbation névralgique à l'aide d'injections d'eau froide, on pourra souvent, en pareil cas, prévenir le gonflement, la rougeur, la chaleur et les sécrétions anormales.

Rhumatisme aigu généralisé provoqué par un traumatisme.

Il reste beaucoup à apprendre en ce qui touche le rhumatisme, non-seulement au point de vue de ces interprétations physiologico-pathologiques qui varieront, sans doute, encore plus d'une fois avant d'être satisfaisantes, mais au point de vue clinique et vraiment médical.

M. Verneuil, dans un mémoire lu cette année à l'Académie, a vivement appelé l'attention sur une partie de cette question dont les praticiens se rendaient compte d'une manière vague, l'influence qu'un traumatisme peut exercer sur l'évolution d'un rhumatisme et *vice versa*.

M. Potain nous a fait voir, dans son service à l'hôpital Necker, une malade chez laquelle cette influence semble incontestable.

Cette femme, âgée de vingt-cinq ans, entrée le 23 mai dernier, salle Sainte-Eulalie, n° 7, avait été déjà traitée l'année dernière dans le même service, pour un rhumatisme généralisé. Chez elle, l'attaque rhumatismale avait été alors précédée d'un érythème papuleux, siégeant surtout vers les poignets, et qui avait duré une huitaine de jours. A peu près toutes les articulations furent affectées plus ou moins, mais principalement les articulations du pied gauche. Lorsque cette malade sortit de l'hôpital après y avoir fait un séjour de six mois, elle pouvait à peine marcher, tant les mouvements de ce pied étaient encore gênés et douloureux.

Au bout de deux mois environ, elle rentrait dans le service, se trouvant toujours dans le même état et désirant être soulagée. M. Potain résolut alors d'employer les pointes de feu, comme puissant résolutif, pour faire disparaître la roideur articulaire et l'empâtement du pied. Mais l'application du cautère actuel eut pour résultat de provoquer une nouvelle attaque de rhumatisme aigu, qui, débutant par le pied malade, s'étendit bientôt à la plupart des articulations, et fut à peu près aussi violente que l'avait été la première attaque.

A ce propos, M. Potain nous a raconté l'histoire d'une autre malade, âgée de dix-huit ans, récemment sortie de son service, et chez laquelle l'avulsion d'une dent paraît avoir été la cause occasionnelle d'un rhumatisme généralisé. En sortant de chez le dentiste, cette jeune fille aurait souffert d'un torticolis, puis d'une douleur à l'épaule; puis les diverses articulations s'étaient prises l'une après l'autre.

Dans ce cas, la cause traumatique avait agi moins directement que dans l'autre, puisqu'elle n'avait point porté sur le voisinage d'articulations déjà malades; mais, en ce qui touche l'envahissement des articulations secondairement atteintes, le mystère reste le même.

On n'en serait pas plus avancé quand on proclamerait l'intervention d'une série d'*actions réflexes*, aboutissant à des *vaso-moteurs*.

Aiguille séjournant pendant plusieurs jours dans l'articulation du genou sans provoquer aucun accident.

M. Després nous a adressé, sur un fait relativement rare, une note suivante que nous publions textuellement :

« Les plaies pénétrantes de l'articulation du genou, avec séjour de corps étranger sans accidents, sont rares et l'extraction de ces corps étrangers sans accident l'est encore plus. Voici le fait intéressant à cet égard qui s'est passé à l'hôpital Cochin dans le service de M. Després.

« Le nommé Paul P..., âgé de 25 ans, cordonnier, jouait avec des amis le 5 juin, lorsqu'il tomba sur le genou gauche, et cette partie porta sur une peloté de coton à repriser. P... sentit une piqûre, et, ayant regardé la pelote, il constata la présence d'un aiguille à repriser piquée dans la pelote. Il crut s'être rendu compte de la petite blessure, il ne s'occupa plus de rien et il reprit ses travaux habituels, frappant le cuir sur ses genoux suivant la coutume des cordonniers.

« Deux jours après en mettant son pantalon, il sentit dans le haut du mollet une piqûre et n'y fit pas attention, le quatrième jour, après avoir ressenti plusieurs fois cette piqûre quand il étendait la jambe, il tâta le point où il sentait la piqûre et y sentit un point dur douloureux à la pression.

« Le 10 au matin, le malade vint à pied à l'hôpital et l'on constate : 1° Sur le côté externe du tendon rotulien une cicatrice de piqûre encore un peu colorée. Cette piqûre existait au niveau de l'interligne articulaire pendant la flexion du genou à angle droit. 2° En arrière, au milieu de l'angle inférieur du creux poplité exactement un centimètre en dehors de la veine saphène externe, un point un peu coloré faisant saillie pendant que le malade étendait fortement la jambe. On sentait au-dessous de la peau une pointe dure, et la pression faisait éprouver au malade la sensation de piqûre. Après avoir diagnostiqué la présence d'une aiguille dans l'article, M. Després fait immédiatement une incision d'un demi-centimètre sur la peau, et, à travers l'incision qui n'avait intéressé que la peau et le tissu cellulaire, il fit saillir une tête d'aiguille noircie qui fut saisie avec une pince à artère et extraite. L'aiguille était enfoncée suivant un plan perpendiculaire au plan de l'articulation du genou. Elle avait 7 centimètres de long, c'était une aiguille à repriser ordinaire. Elle était entrée par la tête et avait cheminé directement devant elle, en traversant toute l'articulation et les muscles du mollet en moins de 4 jours.

« Les suites de l'opération ont été des plus simples, une

plaque de diachylum a été appliquée sur la plaie chirurgicale et un spica du jarret la maintint. Le malade dut garder le lit quatre jours, ce qui le contrariait fort, car il ne souffrait aucunement, il sortit le quatrième jour après l'extraction de l'aiguille pour reprendre ses travaux. Le malade a été revu depuis et ne se ressent nullement de la blessure. »

Cas d'extrême rareté du pouls, chez un homme très-bien portant. — 20 pulsations à la minute.

Le malade qui se trouvait dans le service de M. Tillaux, et qui présentait seulement 21 battements de cœur à la minute, a voulu sortir de l'hôpital, bien qu'il ne se trouvât pas mieux, au bout de quelques jours.

Son observation restera donc incomplète sur bien des points.

Comme on ne l'avait pas ausculté auparavant, on ne peut savoir si cette lenteur extrême de la circulation existait déjà alors que cet homme jouissait d'une santé parfaite.

Cette année, les syncopes, l'emphysème pulmonaire, le déplacement de la pointe du cœur en bas et en dehors, et l'existence d'un bruit de souffle à renforcement qui se prolongeait pendant toute la durée de la systole cardiaque, venaient compliquer la question.

Mais à l'occasion de cet homme, nous avons reçu de M. le le docteur Vigouroux, de Dun-le-Roi (Cher), le récit d'un fait beaucoup plus net, car l'observation s'en est continuée durant cinq ans, et celui qui est le sujet n'a pas cessé de se bien porter.

M. le docteur Vigouroux nous écrit :

« J'ai eu occasion, il y a environ cinq ans, d'observer le pouls d'un laboureur des environs, il n'avait que 20 pulsations à la minute. J'ai revu bien souvent depuis cet homme, non qu'il fut malade, mais j'allai chez lui pour sa femme ou ses enfants; j'ai, à chaque fois, observé son pouls et ausculté son cœur, j'ai toujours trouvé le même nombre de pulsations et aucun bruit de souffle au cœur. Cet homme jouit d'une telle santé que depuis cinq ans que je le connais, je n'ai eu qu'une seule fois occasion de lui donner mes soins pour un embarras gastrique, et hier encore, malgré la chaleur que nous subissons, je l'ai vu conduisant une charrue tirée par dix bœufs, exercice qui nécessite de la part de celui qui s'y livre une certaine dose de santé et d'énergie. »

Ainsi il s'agit bien encore, dans ce cas, d'un cœur qui ne bat que très-rarement à la minute.

Si l'on n'avait pas ausculté cet homme, on pourrait croire que le long intervalle entre les pulsations serait dû à des fausses intermittences, à des *faux pas du cœur*, comme il s'en produit dans certains états pathologiques de cet organe.

Mais notre honorable confrère de Dun-le-Roi n'a pas négligé d'écouter le cœur. Il a constaté qu'il n'y existait aucun bruit de souffle.

Du reste, l'exercice violent auquel se livre ce laboureur ne permet pas de supposer qu'il ait une affection cardiaque.

Ce sont là deux faits très-exceptionnels, tellement rares, qu'aucun des médecins des hôpitaux auxquels j'en ai parlé n'en avait jamais observé de semblables.

Chez le malade de M. Tillaux, le grand silence était seul prolongé outre mesure, la systole du cœur était aussi rapide qu'à l'état normal. Il est très-probable qu'il en est de même chez le client de M. Vigouroux. Mais nous n'avons pas de renseignements à ce sujet.

Prostatite résultant d'excès vénérien. — Ouverture de l'abcès en résultant, d'abord en avant, puis sur le côté gauche, puis en arrière. — Fistule uréthro-rectale.

Dans le service de M. Tillaux à Lariboisière, nous venons de voir un homme dont l'histoire pathologique est intéressante.

Agé de vingt ans, il était garçon d'un cafetier marchand de vin, et il fatiguait beaucoup durant le jour ; il descendait souvent à la cave et s'exposait ainsi à des refroidissements. Durant la nuit, il ne se reposait pas, mais il se livrait au coït avec excès, jusqu'à sept ou huit fois de suite.

Vers la fin de février, il commença à éprouver quelques douleurs quand il allait à la garde-robe, et bientôt aussi quand il urinait. La défécation et la miction devinrent difficiles; une douleur sourde, continue, se faisait sentir en avant de l'anus.

Le 2 mars, il entra dans le service de M. Tillaux qui, tant par les commémoratifs que par le toucher rectal, constata l'existence d'une prostatite aiguë, due à l'excitation sécrétoire excessive de la glande.

Trois jours après, ce malade, ne pouvant plus du tout uriner et se plaignant de douleurs lancinantes vers la vessie, se fit sonder par un des internes du service.

En même temps que l'urine, il sortit une grande quantité de pus. Le soulagement fut immédiat. L'abcès prostatique avait été ouvert par le bout de la sonde, et il se vidait dans l'urèthre.

Deux jours après, quand M. Tillaux revit cet homme, il le trouva très-satisfait de son état, urinant avec facilité et sans souffrir.

On agita, néanmoins, la question de savoir s'il ne fallait pas mettre une sonde à demeure dans l'urèthre, pour empêcher l'abord de l'urine dans l'abcès prostatique. Mais il était déjà un peu tard pour y songer; et le malade se trouvant bien on le laissa uriner de lui-même.

Le 8 mars, c'est-à-dire trois jours après l'ouverture de l'abcès, il y eut quelques frissonnements, des irradiations douloureuses dans la fosse iliaque et dans la cuisse du côté gauche.

On voulut alors mettre dans l'urèthre une sonde à demeure, mais il fallut la retirer bientôt, à cause des souffrances que causait sa présence. La température s'était élevée ; le pouls s'était accéléré ; les douleurs dans la fosse iliaque et dans la cuisse devenaient de plus en plus vives; bientôt le membre s'immobilisa demi-fléchi, dans une position semblable à celle que lui donne un psoïtis.

Il était évident qu'alors l'abcès prostatique, déjà ouvert dans l'urèthre, s'était fait jour du côté gauche, rompant le feuillet aponévrotique qui limite la glande de ce côté, et que l'inflammation, gagnant le tissu fibro-cellulaire qui recouvre le muscle releveur de l'anus, dans la loge que limite en haut l'aponévrose supérieure du périnée, s'était ensuite propagée à travers le trou obturateur, le long du nerf de l'artère et des veines du même nom, jusque dans le tissu cellulaire du canal sous-pubien.

Pendant une quinzaine de jours on craignit qu'il ne se fît là une ouverture extérieure, mais la résolution s'opéra progressivement; le membre reprit sa position normale; et s'il est probable qu'il existe encore un noyau inflammatoire vers l'étage supérieur du périnée, du moins ne se traduit-il plus par aucun signe apparent.

La maladie eut une troisième phase. Le 20 mai dernier, on s'aperçut que les urines s'écoulaient par l'anus. Cette fois l'abcès prostatique s'était encore ouvert en arrière, occasionnant une fistule recto-uréthrale. Aujourd'hui un tiers environ

des urines passe dans le rectum. Leur contact entretient une irritation vive de l'intestin. L'état général de cet homme a cessé d'être bon. Le teint est devenu jaunâtre, cachectique. Une opération est urgente.

M. Tillaux compte la faire prochainement par la méthode de glissement, en détachant la muqueuse rectale et l'abaissant le long de la prostate, jusqu'en dessous de la perte de substance qu'il s'agit de combler. Une sonde à demeure, maintenue dans l'urèthre jusqu'à complète cicatrisation, empêchera la surface cruentée d'être en contact avec l'urine.

On voit par cette observation que quand un abcès prostatique s'est ouvert dans l'urèthre, on peut avoir à craindre qu'il ne s'ouvre également ailleurs; et qu'il est toujours plus prudent de maintenir, dès le premier moment, une sonde à demeure empêchant les urines de venir irriter les parois de cet abcès. M. Tillaux a regretté de ne s'être pas trouvé là lorsqu'on a sondé le malade, le 5 mars. C'était alors que cette précaution aurait pu être vraiment utile.

Dr Victor Revillout.

ÉCLAMPSIE A LA FIN DE LA GROSSESSE

CHEZ UNE FEMME DE QUARANTE-HUIT ANS. — CHLOROFORMISATION. — DILATATION ARTIFICIELLE DU COL. — APPLICATION DU FORCEPS. — EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT ET GUÉRISON DE LA MÈRE.

par le docteur Triaire (de Tours).

Mme X..., âgée de quarante-huit ans, demeurant à Tours, rue des Terrasses-Saint-Julien, arrivée au terme normal de sa grossesse est prise, dans la nuit du 25 au 26 mai, de malaises qui déterminent sa mère à envoyer chercher la sage-femme. Celle-ci en arrivant, vers sept heures du matin, auprès de sa cliente la trouve en prise à une attaque d'éclampsie suivie bientôt de plusieurs autres. Elle reconnaît l'accès qu'on prenait pour une crise nerveuse sans gravité, constate, entre deux attaques, que le col est encore long et épais, quoique mou et assez entr'ouvert pour laisser pénétrer le doigt, qu'il y a peu ou pas de douleurs; et, augurant mal de cette grave situation, m'envoie aussitôt demander.

Je ne puis me rendre qu'à onze heures auprès de la malade; je trouve une femme âgée et ridée, à cheveux déjà gris, mais grande et d'une complexion robuste. Visage légèrement congestionné, mais non vultueux; pouls régulier, mais peu ample, sans plénitude. Membres inférieurs œdématiés. La langue a été mordue à la partie inférieure, sa surface supérieure étant préservée par l'absence à peu près totale de dents au maxillaire supérieur.

La connaissance est à ce moment assez complète encore; la malade n'a aucune idée de sa situation; mais elle peut me raconter qu'elle est à terme d'une grossesse à laquelle il lui a été impossible de croire et qu'elle a prise, pendant cinq mois, pour la suspension définitive de ses règles; qu'elle a été souffrante pendant cette grossesse surtout vers la fin; qu'elle a éprouvé une insomnie habituelle et tenace (phénomène remarquable que j'ai déjà noté plusieurs fois chez des femmes destinées à avoir des attaques d'éclampsie), de l'agitation, des maux de têtes violents. En ce qui regarde ce qui s'est passé pendant la nuit, elle ne peut rien dire, en sorte que, comme elle était seule dans sa chambre, il n'est pas possible de savoir si elle n'a pas éprouvé pendant cette nuit un ou plusieurs accès. Elle a deux enfants dont le dernier a aujourd'hui dix-sept ans. Ce qu'elle n'ajoute pas, c'est que sa grossesse l'a fortement contrariée et qu'elle l'a cachée jusqu'à ce jour à sa mère et à ses plus proches voisines.

L'auscultation indique que l'enfant est vivant et fait percevoir les battements du cœur à gauche. Le toucher apprend que le col est plus effacé que le matin, mais toujours épais. Il est cependant assez perméable pour que le doigt puisse apprécier et reconnaître la première position du sommet.

Les urines obtenues par le cathétérisme dénotent une grande quantité d'albumine.

En présence de cette situation, je me pose les indications suivantes : 1° enrayer les accès; 2° activer le travail. Peu édifié sur le compte des émissions sanguines, qui du reste seraient contre-indiquées par l'état du pouls, je donne le choix au chloroforme, qui m'a déjà réussi, pour satisfaire à la première modification. Je remplirai la seconde, si la nature ne s'en charge pas, en tentant la dilatation artificielle avec des douches tièdes ascendantes. Mais, comme il n'y a pas péril en la demeure, que la malade est tranquille en ce moment, que j'ai quelques malades à voir, avant de m'installer plusieurs heures auprès d'elle, je ne crois pas devoir employer immédiatement le traitement énergique que j'ai en vue; je me contente de prescrire une potion contenant 4 grammes de chloral et de faire appliquer des compresses d'eau froide sur la tête; mais, j'ordonne, en même temps, de se munir de suite d'un flacon de chloroforme et d'un appareil irrigateur à air comprimé de Mathieu. Prévoyant en outre de graves difficultés, j'envoie prendre une deuxième sage-femme, qui devra, avec la première, contenir la malade pendant se saccès et lui donner, sous ma direction, tous les soins qu'exigent sa position.

Je reviens à une heure. Le chloral a été vomi. Il y a eu deux accès depuis mon départ. Le troisième éclate sous mes yeux.

Deux heures. — Le toucher faisant reconnaître que le travail n'a nullement avancé, je dirige une douche d'eau tiède sur l'orifice utérin. La douche dure de huit à dix minutes.

Deux heures et demie. — L'agitation excessive de la malade qui veut sans cesse se lever, sortir de son lit, dénote l'invasion prochaine d'une attaque, je la soumets immédiatement aux inhalations du chloroforme jusqu'à résolution. L'accès se réduit à quelques mouvements convulsifs du pouce gauche. A partir de ce moment jusqu'à cinq heures du soir, je reste en long tête à tête, comme dit le professeur Peter, avec le chloroforme, abandonnant les inhalations pendant le sommeil, les reprenant dès que se manifeste l'agitation, et enrayant ainsi successivement tous les accès.

Trois heures et demie. — On a donné une autre douche. Le col est effacé; il y a un commencement de la dilatation. Nouvelle douche à quatre heures.

Quatre heures et demie. — Dilatation de plus d'une pièce de un franc. Rupture de la poche des eaux. A partir de ce moment, contractions assez régulières; battements du cœur faibles, mais toujours perceptibles. A six heures, je suis obligé de m'absenter. Je reviens à sept heures.

Sept heures, La malade n'étant plus sous l'influence du chloroforme, a éprouvé pendant mon absence une série d'attaques. Celles-ci reviennent tous les quarts d'heure, liées évidemment aux contractions utérines. Le col pas entièrement dilaté est cependant assez souple et assez dilatable pour que je puisse tenter l'application du forceps. Au moment où je vais introduire la première branche, nouvel accès. J'attends qu'il soit terminé et procède ensuite régulièrement à l'introduction et à l'application de l'instrument. Ce temps de l'opération est accompli sans difficultés, malgré l'élévation de la tête. L'extraction est plus pénible; il faut un quart d'heure de tractions fort énergiques après lesquelles j'amène au dehors un enfant mâle de petit volume, d'abord *étonné*, mais que des soins empressés ramènent bientôt à la vie.

Huit heures. — Pendant qu'on s'occupe de l'enfant, la délivrance n'étant pas encore faite, nouvel accès. Je m'empresse d'extraire le placenta.

26 mai. — Il n'y a plus eu d'attaque depuis l'extraction du délivre. La malade a été dans le coma toute la nuit. Le pouls régulier est à 85. Cathétérisme. Les urines précipitent abondamment par l'acide nitrique et la chaleur. Langue gonflée. Morsures à sa partie inférieure.

27 mai. — Intelligence moins opprimée; on peut tirer la malade de sa somnolence, mais elle retombe invinciblement dans le coma. A accueilli son enfant avec une vive surprise. Moins d'albumine. Pouls 85.

28 mai. — État incomparablement meilleur. Intelligence complète. La malade met son enfant au sein devant moi. A uriné sans la sonde. Traces d'albumine. Pouls à 50.

29 mai. — L'accélération du pouls cessait hier à la montée du lait. L'enfant prend le sein qui est gonflé. Pouls 75; on donne des potages.

Je ne voudrais pas abuser de l'hospitalité qui m'est accordée dans ces colonnes, mais je désirerais qu'il me fût permis de faire ressortir l'intérêt de cette observation. Je le ferai aussi brièvement que possible. L'éclampsie est, on ne le sait que trop, fréquemment funeste pour la mère, plus fréquemment encore mortelle pour le fœtus; pour peu que les accès se prolongent, celui-ci succombe presque fatalement. Le cas est particulièrement grave pour l'un et pour l'autre quand les convulsions éclatent au début du travail. C'est précisément là le cas actuel. J'ajouterai que, d'après les observations de Boer, la mort frappe surtout les femmes à système osseux et musculaire fortement développés, caractères qu'offre précisément aussi celle qui fait le sujet de cette observation. Enfin, ce n'est pas jusqu'à cet âge de quarante-huit ans, âge de la caducité, de la débilité organique chez un sujet qui a eu des enfants, qui a travaillé et qui a souffert qui ne soit une condition aggravante. Cependant, dans ces conditions essentiellement défectueuses, la mère et l'enfant ont tous deux survécu, quand on voit tous les jours les résultats opposés arriver dans des circonstances infiniment plus favorables. Je ne pense pas qu'il y ait de la présomption à attribuer le double salut au mode de traitement qui a été adopté. S'il en était autrement, il faudrait renoncer à retirer un enseignement des faits. Or, il se trouve que les moyens qui constituent ce traitement, l'anesthésie par le chloroforme et la provocation de l'accouchement, sont précisément encore discutés. On sait, en effet, que l'emploi du chloroforme admis et préconisé par Simpson, Churchile, Blot, Campbell, Chassagy, Leudet, est au contraire combattu par Depaul, Laforgues, Mascarel, et mollement défendu par Dubois, Cazeaux, Pajot, Tarnier, Danyau, Peter, de Soyre. La plupart des accoucheurs donnent la préférence aux émissions sanguines, à l'appui desquelles on invoque plutôt la tradition et des faits empiriques, comme en comptent toutes les médications, que le raisonnement. L'opportunité du chloroforme paraît au contraire établie autant par la pathogénie de l'éclampsie que par la réunion des faits les plus brillants. Il agit en modérant l'excitation anormale de la moelle produite par le sang altéré et peut-être aussi par la douleur et le traumatisme vulvo-utérin. Braun, de Vienne, a obtenu par son emploi seize guérisons sur seize cas. Chailly en a obtenu dix-sept sur dix-neuf. L'observation actuelle est un témoignage de plus de son efficacité. On a dû voir que les accès ont été enrayés, tant que j'ai maintenu la malade sous l'influence du sommeil anesthésique, mais que dès que je me suis absenté et que, par suite, on n'a plus donné de chloroforme, ils ont recommencé avec une énergie croissante. N'est-ce pas là une circonstance qui met hors de contestation l'action du médicament?

Mais, le chloroforme ne guérit cependant pas, la circonstance précédente le prouve; c'est un palliatif et non un curatif. Pour guérir l'éclampsie qui se manifeste au début du travail, il faut que l'évacuation de l'utérus ait lieu. Souvent, sous l'influence même des convulsions, on voit le travail marcher assez rapidement, la dilatation se faire et permettre l'extraction manuelle ou instrumentale de l'enfant. Mais, si le travail languit, si la dilatation ne se fait pas, que faut-il faire? Ici encore les avis sont différents. Pour Moreau, Dubois, Depaul, Pajot, on doit attendre des efforts de la nature une dilatation du col suffisante pour agir. Cette doctrine de la non-intervention, repoussée du reste par Stoltz, Danyau, Tarnier, me paraît dangereuse. Pendant que l'on attend, l'enfant périt et la mère est gravement compromise. On voit mourir des jeunes femmes avec leur enfant après quelques accès. Il paraît donc évident et conforme au sens médical que la méthode qui, dans ces cas, active la terminaison du travail de l'accouchement est la meilleure. C'est l'indication que je me suis posée dans cette observation et que j'ai cherchée à résoudre par le procédé de Kiwisch. Vous êtes, en effet, en face d'un travail à ses débuts et de crises éclamptiques d'une fréquence et d'une énergie croissantes; vous avez affaire à un col qui a à peine subi un commencement de dilation. Au bout de quelques heures d'attente, le travail n'est guère plus avancé. Cependant l'expérience vous apprend que, tant que l'orifice dilaté n'aura pas livré passage au produit de la conception, ces redoutables accidents, qui mettent dans le plus grave péril que l'on puisse imaginer la mère et l'enfant, vont continuer et redoubler d'énergie. Vous pouvez les enrayer par le chloroforme; mais l'anesthésie ne pourra être indéfiniment prolongée, et les accès peuvent reparaître quand vous la cesserez. Il faut donc intervenir. Une des meilleures methodes d'intervention, la plus commode, la plus inoffensive, la plus facile à instituer est la douche utérine. On ne court avec elle aucun des dangers qui accompagnent l'accouchement forcé. Sous son influence, l'impulsion est donnée au travail, les modifications du col s'accomplissent avec rapidité, et rarement on sera obligé de recourir à d'autres excitations pour accélérer le travail. Si on attend au contraire, on s'expose à perdre l'enfant, la mère, ou à pratiquer tardivement et souvent infructueusement, quant aux résultats, la dilatation violente de l'orifice. Dans le fait que j'ai rapporté, les douches ont été données à deux heures, à trois heures et demie, à quatre heures, et l'accouchement a pu être fait à huit heures du soir. Enfin, pour confirmer ce qu'on sait de l'influence de l'évacuation de l'utérus sur la cessation de l'éclampsie, les attaques prenaient fin avec la délivrance et ne reparaissaient plus.

En terminant ces quelques réflexions, qu'il me soit permis de remercier les habiles et modestes sages-femmes M[mes] Loyer et Goumard de l'intelligent concours qu'elle m'ont donné, concours qui n'a pas été étranger au résultat obtenu.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR L'ACTION DE L'ANILINE, INTRODUITE DANS LE SANG ET DANS L'ESTOMAC (1)

par MM. Feltz et Ritter.

L'analyse des vins vendus à Nancy ayant démontré à M. Ritter que la fuchsine était employée, sur une large échelle, pour rehausser la couleur des vins et pour masquer l'addition d'eau, nous avons établi une série d'expériences sur l'homme et sur le chien pour étudier l'action de cette substance colorante *pure*, introduite dans l'organisme.

Ces expériences nous ont semblé d'autant plus nécessaires, qu'il y a divergence entre les auteurs qui se sont occupés de la question; elles ont toujours eu pour témoins nos élèves et beaucoup de nos confrères.

A. Homme. — 1° Un homme robuste, dans la cinquantaine, avale à jeun 200 centimètres cubes de vin, contenant 0 gr. 50 de fuchsine. Un quart d'heure après, les oreilles se colorent fortement en rouge, la bouche devient prurigineuse; les gencives se tuméfient légèrement; tendance à un crachottement continu. Les urines émises deux heures après sont fortement colorées par la fuchsine, pas d'albumine; la coloration des muqueuses et des téguments disparaît au bout de trois heures.

2° Deux jours après, même dose de fuchsine immédiatement après le repas; la coloration des muqueuses et des téguments est moins

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences, dans la séance du 29 juin 1876.

prononcée, mais cependant assez marquée pour frapper les assistants.

3° Le sujet de l'expérience reçoit pendant douze jours, chaque matin, un litre de vin coloré par la fuchsine, saisi à Nancy. La coloration sus-indiquée se produit chaque fois d'une manière passagère; le prurit de la bouche persiste pendant toute la durée de l'expérience, et, vers le huitième jour, le patient indique du côté des oreilles une sensation de brûlure très-gênante. Le onzième jour, diarrhée modérée, selles colorées par la fuchsine; le douzième jour, coliques très-vives, suivies d'évacuations nombreuses; les urines, roses pendant presque tout le temps de l'expérience, contiennent, à partir du douzième jour, de l'albumine décelée par la chaleur et l'acide azotique. Nous suspendons l'expérience; le patient est rétabli au bout de deux jours.

B. Chiens. — 1° *Injection de fuchsine dans l'estomac.* — Deux chiens auxquels on introduit journellement 0 gr. 60 de fuchsine en solution aqueuse, à l'un pendant quinze jours, à l'autre pendant huit jours, se portent bien apparemment; néanmoins leur poids diminue sensiblement, les urines colorées en rouge contiennent de temps en temps de l'albumine d'une façon évidente et des cylindres granulo-graisseux. Il s'établit souvent une diarrhée, et, dans ce cas, les urines sont moins colorées et moins albumineuses. Les animaux ont un prurit très-violent de la bouche et cherchent à se frotter le museau contre terre. Ils bavent beaucoup.

2° *Injection de fuschine dans le sang.* — Cinq chiens bien portants sont soumis à cette expérience : le premier reçoit 0 gr. 35 de fuchsine en une fois; le deuxième, 1 gr. 71 en trois fois; le troisième, 0 gr. 45 en trois fois, mais en un jour; le quatrième, 1 gr. 80 en deux fois; le cinquième, 0 gr. 48 en quatre jours. Tous ces animaux ne semblent pas affectés au début, quoique leurs muqueuses et leurs téguments soient fortement colorés en rouge. Ils perdent bientôt l'appétit, boivent beaucoup, mais n'ont pas de fièvre constatable au thermomètre; la perte de poids est assez rapide et varie entre 1,000 et 1,500 grammes. Le deuxième chien est mort six jours après l'opération; le cinquième, le douzième jour; le troisième est sacrifié après vingt et un jours; les deux autres vivent. Les intestins ne présentent pas d'altérations; la fuchsine est cependant éliminée par la bile; le système nerveux ne paraît pas modifié; il n'était pas coloré dans les expériences où les animaux ont été sacrifiés immédiatement après l'injection. Chez ceux-ci, tous les autres organes étaient rougis par la fuchsine, qui se trouvait précipitée sur certains éléments anatomiques. Dans le sang même se rencontraient des coagulums colorés. L'altération; constante chez les chiens ayant survécu un certain temps, est une dégénérescence de la substance corticale du rein, qui est souvent visible à l'œil nu et toujours facilement constatable au microscope. Ainsi s'explique l'apparition constante, dans les urines de ces chiens, de l'albumine et de cylindres épithéliaux et granulo-graisseux. Ces éléments étrangers apparaissent dans les urines dès le lendemain de l'injection, et persistent plus ou moins longtemps en variant de quantité. Chez le plus malade de nos chiens, l'albumine a varié entre 7 grammes pour 1000 et 33 grammes, et cela très-longtemps après la suspension de toute injection.

Nous croyons nécessaire d'ajouter que les chiens, avant l'expérience, n'avaient pas d'albumine dans les urines, et que ce liquide d'excrétion a toujours été recueilli directement dans un verre, et non extrait à l'aide de la sonde.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

185. Nebout. Étude sur la grippe.
186. Castel. Contribution à l'étude de la suppression des fonctions de la peau.
187. Fouque. Une épidémie de fièvre dengue en mer, sa genèse.
188. Camino. Contribution à l'étude du bec-de-lièvre. Opération par la galvanocaustie.
189. Reclus. Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.
190. Derivaux. Étude sur le traitement hydrothérapique des affections utérines.
191. Lambert. De quelques plaies de la main produites par le maniement du fusil chassepot.
192. Caffin. Contribution à l'histoire de la séméiologie buccale. Étude des arcades alvéolo-dentaires.
193. E. Lambert. Des ulcérations de la langue dans le cours de la tuberculose.
194. Trifaud. Des troubles de la sensibilité dans l'ataxie locomotrice.
195. Lévêque. Sur le rhumatisme mono-articulaire simple.
196. Fabre. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité de l'humérus.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

Sclérose latérale amyotrophique (1).

(Leçon recueillie par M. G. MARSEILLE.)

IV

Je vous ai dit que le premier symptôme, par lequel se manifestait la sclérose latérale amyotrophique, consistait dans la paralysie des membres, bientôt suivie de contractures, puis enfin d'amyotrophie, et qu'en dernier lieu, on voyait apparaître les phénomènes dépendant des lésions qui affectent les noyaux du bulbe, c'est-à-dire la paralysie labio-glosso-laryngée. Or, il est démontré aujourd'hui par l'expérience clinique et par la physiologie que cette paralysie doit être rattachée à l'altération scléreuse des cordons latéraux de la moelle qui ont pour mission, comme vous le savez, de transmettre, avec les cordons antérieurs, les impressions motrices. L'intégrité absolue, dont jouit dans cette affection cette dernière partie de la moelle, explique pourquoi l'impuissance musculaire n'est jamais complète.

Quant aux contractures, elles s'observent dans toutes les lésions qui portent sur les faisceaux latéraux. Aussi est-il habituel de les voir se manifester dans les maladies à foyer de cerveau, à la suite desquelles il se produit dans la moelle une sclérose secondaire qui affecte exactement les mêmes parties que dans les cas de sclérose latérale. Il en est de même, encore, toutes les fois qu'une lésion médullaire, soit une myélite transversale, soit une myélite secondaire, consécutive à la compression de la moelle par une tumeur, vient à se manifester sur les cordons latéraux.

Enfin, l'amyotrophie dépend de la lésion des grandes cellules multipolaires des cornes antérieures. Je vous ai fait observer qu'elle avait pour caractère particulier de porter surtout sur les membres supérieurs. Il semblerait alors que la sclérose des cordons latéraux, dans la région cervicale, s'accompagne ou soit suivie très-rapidement de lésions semblables dans les grandes cellules des cornes antérieures, tandis que dans la région lombaire celles-ci ne seraient affectées qu'un peu plus tard. Enfin, d'après l'étude des phénomènes observés, la sclérose bulbaire est très-promptement suivie de l'altération des noyaux d'origine des nerfs qui émanent du bulbe.

Il est également à remarquer que la sclérose affecte des parties de la moelle qui correspondent à certaines parties du corps. Après avoir débuté par la partie des cordons latéraux qui correspond aux membres supérieurs, ce n'est qu'au bout d'un temps variable, qu'elle gagne la partie des cordons qui correspond aux membres inférieurs. Il semble donc qu'il y ait ainsi deux scléroses indépendantes l'une de l'autre, la première donnant lieu aux troubles des membres supérieurs, la seconde amenant des désordres analogues aux membres inférieurs.

La sclérose des cordons latéraux est une maladie essentiellement progressive, en général très-lente, qui va s'accentuant de plus en plus, jusqu'à ce que la mort s'ensuive. Sa rapidité d'évolution est, du reste, un peu variable. Elle est de un à trois ans; on cite même des cas tout à fait exceptionnels dans lesquels la terminaison fatale ne serait arrivée qu'après cinq et sept ans. A propos de la symptomatologie, je vous ai dit comment la maladie évoluait. C'est, en général, par les membres supérieurs qu'elle débute, puis les membres inférieurs sont pris à leur tour. Cependant, dans quelques rares circonstances, le début pourrait avoir lieu par ces derniers. C'est ainsi du moins que les choses se sont passées dans le fait observé en 1867 par MM. Charcot et Joffroy. Enfin, dans des cas également exceptionnels, on a vu la maladie affecter la forme hémiplégique.

Au bout de combien de temps les quatre membres sont-ils paralysés? Vous vous rappelez que, chez notre malade, il a fallu quatre mois pour que la paralysie fut générale. Dans le cas de M. Charcot, les membres supérieurs ont été pris six semaines après les membres inférieurs. Mais, en général, cela varie de six mois à un an.

La paralysie bulbaire est également un peu variable dans l'époque de son apparition. Dans deux cas, les phénomènes de paralysie bulbaire ont été les phénomènes initiaux de la maladie, puis sont venues la paralysie et les contractures amyotrophiques du membre supérieur. En général, ces phénomènes ne viennent qu'en troisième lieu, de sorte que, d'après M. Charcot, on pourrait considérer dans la sclérose des cordons latéraux trois phases distinctes : la première constituée par la paralysie cervicale, la seconde par la paralysie des membres inférieurs, la troisième, enfin, par la paralysie bulbaire.

(1) Fin. — Voir les numéros des 15-17 août.

Dans ces conditions, la mort peut survenir de différentes manières. On pourrait d'abord être porté à croire que, la sclérose amyotrophique des cordons latéraux s'accompagnant fatalement de paralysie bulbaire, la terminaison mortelle doit toujours être amenée par l'apparition des phénomènes qui sont la conséquence de la lésion des noyaux du bulbe, en un mot, par les phénomènes de paralysie labio-glosso-laryngée. Mais, si cela est vrai dans la majorité des cas, il n'en est pas toujours ainsi.

Il n'est pas rare, en effet, de voir les malades mourir par le marasme. La maladie faisant sans cesse des progrès, condamnés par la paralysie des quatre membres à une immobilité absolue, affaiblis par une alimentation rendue insuffisante par les troubles de la mastication et de la déglutition, on voit bientôt se manifester chez ces malades tous les phénomènes qui caractérisent l'adynamie au plus haut degré : de la diarrhée, de la rétention d'urine, et, comme on l'a observé deux fois, des eschares étendues au sacrum.

Si, maintenant, on examine s'il existe quelques causes appréciables sous l'influence desquelles on voit se produire la sclérose latérale amyotrophique, on ne trouve absolument rien à invoquer en faveur de l'étiologie. Chez notre malade, vous avez vu que celle-ci était absolument nulle. Il en est de même ailleurs. Dans le principe, on avait dit que cette affection se développait plutôt chez les femmes que chez les hommes, mais c'est une erreur que l'expérience a bientôt fait disparaître. Dans le remarquable mémoire de M. Gombault où sont rapportées neuf observations de sclérose laterale, on compte cinq femmes et quatre hommes.

L'âge n'a également ici aucune influence. On a vu des malades de vingt-six ans, de quarante, quarante-cinq, soixante-cinq ans même, être affectés de cette maladie.

Beaucoup prétendent que la sclérose latérale amyotrophique se développe sous l'influence du froid humide. Mais c'est là encore une cause banale dont l'influence étiologique n'est pas démontrée. Le seul fait que l'on puisse invoquer en sa faveur, c'est le cas, rapporté par M. Gombault, d'un malade qui, raccommodeur de vieilles tapisseries, était obligé d'avoir les mains plongées dans l'eau froide durant des journées entières, et chez lequel les premiers symptômes de la maladie se sont produits un jour qu'il avait ainsi travaillé dans l'eau. On a également cité, comme pouvant avoir une certaine influence étiologique, la fatigue excessive, mais c'est encore un point à éclaircir; et l'on peut dire que, dans l'état actuel de la science, la question étiologique est absolument irrésolue.

Bien que la sclérose latérale amyotrophique se présente avec des caractères bien tranchés, on pourrait cependant, dans certaines circonstances, la confondre avec quelques maladies donnant lieu à des phénomènes à peu près analogues et, particulièrement, avec la paralysie spinale générale, ou bien avec l'atrophie musculaire progressive.

La sclérose amyotrophique des cordons latéraux a en effet, avec cette dernière maladie, des phénomènes communs; l'atrophie musculaire, une attitude particulière des membres, la conservation de la contractilité électrique, et enfin la marche lente de ces deux affections. Mais, à côté de ces signes communs, il est des phénomènes différentiels très-importants. Dans la sclérose latérale, en effet, il existe d'abord des contractures que l'on ne rencontre jamais dans l'atrophie musculaire progressive. D'un autre côté, dans la maladie que nous étudions, l'envahissement des muscles se fait d'une manière beaucoup plus égale que dans cette dernière où l'on observe, au contraire, un envahissement individuel des muscles.

Dans la sclérose latérale amyotrophique, la paralysie des membres n'est pas du tout en rapport avec le degré de l'atrophie musculaire, qu'elle précède d'ailleurs. Au contraire, dans l'atrophie musculaire progressive, l'envahissement des membres par les phénomènes de paralysie est en rapport direct de l'atrophie musculaire, qui, de plus, ouvre la scène.

D'autre part, dans la paralysie musculaire protopathique, les phénomènes d'envahissement du bulbe sont un fait tout à fait exceptionnel, constant, au contraire, dans la sclérose latérale amyotrophique.

Enfin la marche de la maladie est également différente dans les deux cas : l'atrophie musculaire progressive évolue avec une lenteur extrême, dure quinze, vingt, quarante, cinquante ans même. Dans la sclérose amyotrophique, la marche est beaucoup plus rapide et varie de un à trois ans.

Enfin, l'atrophie musculaire progressive est héréditaire, tandis qu'il n'est pas de même pour la sclérose latérale.

Il existe encore d'autres maladies dans lesquelles on peut voir survenir d'une manière quelconque, et à une certaine période de ces affections, tous les phénomènes de la sclérose latérale amyotrophique. Mais, dans ces cas, le diagnostic différentiel se fait par l'évolution de la maladie. La compression de la moelle, notamment dans les cas de pachyméningite cervicale hypertrophique, peut, dans une certaine mesure, présenter quelques symptômes semblables à ceux de la sclérose latérale. En effet, comme dans cette dernière, on observe une paralysie et une atrophie des membres supérieurs et des contractures qui prédominent surtout dans les membres inférieurs. Mais l'évolution est tout autre. Les membres supérieurs ont été pris de douleurs intolérables, de contractures, avec exaspération par accès, et ont présenté des éruptions de bulles de pemphigus. Avec cela l'amyotrophie a été très-rapide, il en a été de même de la paralysie; mais, le plus souvent, cette paralysie était flasque aux membres supérieurs, et les contractures n'existaient qu'aux membres inférieurs.

La paralysie générale spinale subaiguë est, comme vous le savez, caractérisée par une paralysie des quatre membres, à marche lente, à envahissement successif et en même temps par une amyotrophie très-prononcée, qui peut être prédominante dans le membre supérieur. Mais, dans cette affection, vous avez encore un phénomène qu'on ne rencontre pas dans celle qui fait l'objet de cette leçon, la flaccidité des muscles, alors que les contractures sont un phénomène obligé de la sclérose des cordons latéraux. De plus, dans la paralysie générale spinale, il existe une absence ou du moins une diminution de la contractilité électrique, tandis que celle-ci est conservée dans la sclérose, qu'elle persiste pendant toute la durée de la maladie et provoque surtout des phénomènes extrêmement douloureux. Enfin, dans la paralysie générale spinale subaiguë, les phénomènes de paralysie bulbaire sont tout à fait exceptionnels.

Telles sont les principales affections qui pourraient, à la rigueur, être confondues avec la sclérose latérale amyotrophique.

La terminaison de cette maladie est toujours la mort. Jusqu'à présent, il n'existe non-seulement pas un fait de guérison, mais même pas un seul cas dans lequel la maladie soit restée stationnaire. Le pronostic est, par conséquent, absolument sombre.

Quant à la question de thérapeutique, rien à dire. Dans toutes les observations de sclérose latérale amyotrophique que j'ai vues, le traitement a constamment échoué. C'est en vain que l'on a eu recours à l'hydrothérapie, aux cautérisa-

tions ignées transcurrentes le long de la colonne vertébrale. En un mot, il n'y a pas encore de traitement indiqué, et le champ est absolument libre aux investigations.

HOPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux (1).

B. Processus des phénomènes névropathiques. Ils précèdent l'éruption herpétique de vingt-quatre ou trente-six heures. L'herpès leur sert de crise dans les cas simples. — Cas compliqués : leur analogie avec le zoster. Processus subintrants sur le même lieu. Ils remplacent les plaques disséminées du zona. Ils ne sont pas toujours critiques. Durée du processus herpétique.

1. Ces phénomènes névropathiques précèdent habituellement de quinze, vingt, trente heures et plus, l'éruption vésiculeuse préputiale. Ils atteignent leur maximum d'intensité au moment où elle va se produire ; puis, dès qu'elle s'est effectuée, ils s'atténuent considérablement ou même disparaissent tout à fait, de telle sorte que l'herpès joue vis à vis d'eux le rôle d'une crise salutaire. On pourrait l'appeler *herpès critique*. au même titre que certains herpes facialis. C'est ainsi que les choses se passent dans les cas les plus simples où le processus est facile à suivre. Après l'éruption, à peine quelques douleurs irradiantes paroxystiques se produisent-elles encore dans les régions qui étaient primitivement le siége des phénomènes morbides. L'évolution de la lésion locale, qui reste alors seule en scène, s'effectue régulièrement et dure en moyenne huit ou dix jours.

2. Dans les herpès névralgiques moins simples et plus sérieux, le processus se fait en plusieurs poussées. Il est possible que la première poussée soit à peine douloureuse, tandis que les suivantes sont remarquables par l'intensité des phénomènes douloureux ou des troubles de la sensibilité qui précèdent, accompagnent et suivent l'éruption, et même lui survivent et persistent plus au moins longtemps après elle ; ce sont ces cas qui ressemblent le plus à l'herpès zoster par la durée et la vivacité des phénomènes névropathiques. Seulement les plaques herpétiques au lieu de s'égrener, sur la direction du nerf honteux interne ou sur les autres branches collatérales du plexus sacré, se concentrent et s'accumulent successivement au point où sa branche pénienne s'épanouit en filets terminaux destinés au gland et au prépuce.

Le complexus phénoménal dans de pareils cas est plus difficile à débrouiller. Les éruptions herpétiques ne sont pas toutes critiques. Les douleurs locales suscitent peut-être à distance des douleurs réflexes qui se surajoutent aux douleurs directes, etc., etc.

La durée du processus est alors de quinze jours à trois semaines.

C. Des divers phénomènes névropathiques : 1° douleurs en zigzag, douleurs à courants fixes ; — 2° troubles de la sensibilité : hyperesthésie, puis anesthésie avec toutes ses variétés ; — 3° Troubles de la motilité : courbature, spasme réflexe des sphincters anal et vésical. — Chair de poule.

Dans le groupe névropathique, il faut distinguer : 1° les douleurs ; 2° les troubles de la sensibilité ; 3° les troubles de la motilité ; 4° les troubles des sécrétions.

1° *Douleurs*. Elles sont irradiantes, paroxystiques et par conséquent névralgiques ou du moins névralgiformes. On peut distinguer celles qui sont irrégulièrement dispersées et celles qui se produisent suivant des courants fixes, le long des principales branches nerveuses. Les premières, que j'appelle douleurs en zigzag ou fulgurantes, peuvent se promener sur tous les points des membres inférieurs, mais on les observe principalement dans la sphère des organes génitaux, sur le périnée, le scrotum, le pénis et dans les régions adjacentes. Quant aux douleurs irradiantes proprement dites, et à direction plus ou moins fixe, elles affectent, le long des nerfs des extrémités inférieures, surtout le long du sciatique et de ses branches, la forme de courants douloureux ascendants ou descendants. Ces deux variétés de phénomènes douloureux peuvent coexister ou se manifester successivement, suivant des combinaisons variées qui n'obéissent à aucune règle fixe.

2° *Les troubles de la sensibilité cutanée et muqueuse* constituent le caractère prédominant de la névropathie herpétique des organes génitaux. Il est assez difficile de les décrire exactement. Les voici avec les mots qui me paraissent le mieux rendre les phénomènes éprouvés par les malades : sensation plus ou moins pénible d'un courant d'air trop chaud ou trop froid, alternativement ou simultanément, chez le même individu, sur divers points de la peau des fesses, des bourses ou des membres inférieurs. Elle se promène d'un endroit à un autre. Sensation d'écorchure, comme si la peau, avait été martelée et excoriée par des percussions ou des frottements réitérés. Sensation de tiraillement, de reptation, de formication, d'arrachement des poils, etc.

Toutes ces sensations anormales aboutissent d'abord à l'*hyperesthésie*. La sensibilitée exagérée de la peau se manifeste par plaques d'une étendue variable, qui sont tantôt ici et tantôt là, soit au périnée, soit à la cuisse, à la jambe, aux fesses, au scrotum, etc. L'hyperesthésie est mise en jeu par le contact des objets et par leur température. Sur les points où elle existe, se produisent souvent des picotements ou des douleurs en zigzag.

Les douleurs et l'hyperesthésie, quand elles occupent la muqueuse uréthrale, sont exaspérées par le passage de l'urine, si bien que la miction devenant douloureuse, les malades s'imaginent quelquefois, même en l'absence de tout écoulement, qu'ils sont dans l'imminence d'une blennorhagie aiguë. Cette hyperesthésie peut occuper toute l'étendue du canal, envahir même le col de la vessie, la muqueuse anale, et provoquer là des épreintes, des envies fréquentes d'uriner, qui en imposeraient, si l'on n'y prenait garde, pour une cystite du col ou une prostatite.

A l'hyperesthésie succèdent habituellement l'*anesthésie*, l'*analgésie* et la *thermo-anesthésie*. Leur degré plus ou moins prononcé produit des effets variables suivant les régions où elles se manifestent. En général elles ne sont pas graves et elles finissent par se dissiper. Mais, parmi les troubles de la sensibilité cutanée, ce sont ceux qui persistent le plus longtemps. Elles ne sont pas incompatibles avec des douleurs lancinantes spontanées. Je vous rappellerai l'anesthésie qui se produisit chez mon quatrième malade dans la moitié droite de la région ano-périnéale et sur la fesse du même côté. Ces anesthésies, siégeant sur la peau de la verge et sur la muqueuse balano-préputiale, diminueraient évidemment les sensations voluptueuses pendant le coït.

3° *Troubles de la motilité*. Ils sont à peu près nuls dans la névropathie génitale herpétique. Ils se bornent à une sensation vague de courbature musculaire, dans la fesse, dans la cuisse de l'un ou de l'autre côté, ou même des deux. Quelquefois il existe comme un spasme des sphincters de l'anus et

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 août.

surtout de la vessie. Ce spasme paraît résulter de l'hyperesthésie des muqueuses qui les recouvrent et rentrer par conséquent dans la classe des phénomènes réflexes.

J'en dirai autant d'un spasme encore plus fréquent et même habituel qui s'empare des petits muscles affectés aux follicules pileux. Ces faisceaux cylindriques, décrits pour la première fois par Kölliker et désignés par Eyland sous le nom d'*arectores pilii*, déterminent par leur contraction le phénomène désigné sous le nom de *chair de poule*, que j'ai observé dans tous les cas où il existait de l'hyperesthésie et de l'anesthésie.

D. Troubles sécrétoires : viscosité de la sueur sur les points qui sont le siége de la névropathie et hypersécrétion du mucus uréthral.

Vous voyez que les troubles musculaires n'occupent pas une grande place dans la symptomatologie. Celle des troubles sécrétoires est encore plus limitée. Je crois avoir constaté, une fois qu'il se produisait dans les plis ischio-fessier et périnéo-crural, une sécrétion de sueur visqueuse qui semblait coller l'un à l'autre les points de la peau juxtaposés.

Quand la muqueuse uréthrale est le siége d'une vive hyperesthésie, on voit survenir quelquefois un écoulement muqueux, limpide, transparent, visqueux, qui n'est autre chose que le résultat d'une hyperémie réflexe des cryptes mucipares, des glandules de l'uretère, ou même des glandes de Méry et de la glande prostate (1). Ce catarrhe nerveux est subordonné dans son processus à la continuité ou à l'intermittence des douleurs, et il ne dure généralement jamais plus que l'herpès.

E. Prédominance de l'éruption herpétique et des phénomènes névropathiques de l'un ou de l'autre côté.

Tels sont, messieurs, les principaux troubles nerveux qu'on observe, réunis en nombre plus ou moins considérable et avec des combinaisons variées, pendant les diverses phases de l'herpès névralgique des organes génitaux.

Chez quelques malades, ils se développent simultanément ou successivement dans les deux extrémités inférieures; mais il est rare qu'ils ne finissent pas par se localiser dans une seule, et c'est précisément dans celle qui correspond au côté du prépuce ou l'éruption herpétique doit se faire exclusivement ou du moins prédominer. Je n'ai vu aucun cas d'éruption vésiculeuse parfaitement symétrique de chaque côté de la ligne médiane. Je n'ai jamais vu non plus les phénomènes névropathiques également répartis entre les deux membres inférieurs (2).

F. De l'aptitude à récidiver que présente l'herpès génital névralgique.

Si vous envisagez l'herpès génital douloureux, non plus dans le processus propre à chaque attaque, mais dans l'évolution générale et la succession de ses attaques, vous verrez que cette affection, de même que les autres variétés d'herpès, présente une grande tendance à la récidive. Comment en serait-il autrement? Est-ce que les causes constitutionnelles qui le produisent s'éteignent du jour au lendemain ? Est-ce qu'elles ne font pas, au contraire, partie intégrante de l'organisme, à l'état d'activité ou de latence? Ne sont-elles pas toujours prêtes à entrer en jeu lorsqu'une cause accessoire vient les solliciter? D'ailleurs l'acte organique, par l'intermédiaire duquel elles agissent sur le plexus sacré et ses branches, particulièrement sur le nerf honteux interne, est un des mieux doués au point de vue de son aptitude à renaître et à se résoudre. Cet acte morbide, je vous ai dit que c'était, selon toute probabilité, une *fluxion sanguine* du plexus sacré et de ses branches et que cette fluxion était de nature arthritique. Or, qu'y a-t-il de plus mobile, de plus fugace et en même temps de plus sujet au retour que les hyperémies arthritiques ? Où trouverez-vous une instabilité plus capricieuse des phénomènes anormaux de l'irritation vasculaire ?

Quelques-uns de mes malades me racontèrent qu'il leur arrivait parfois d'éprouver, en dehors des attaques d'herpès génital névralgique auxquelles ils étaient sujets, des troubles névropathiques vagues qui couraient le long des nerfs du plexus sacré depuis les hanches et le plancher du bassin jusqu'à la plante des pieds. C'était comme des attaques avortées, incomplètes, sans crise herpétique, mais évidemment du même ordre que celles où le nerf honteux interne est directement et plus fortement touché par l'hyperémie tout à la fois dans ses filets trophiques et dans ses filets sensitifs.

G. Des troubles généraux qui précèdent et accompagnent l'herpès génital douloureux. — Fièvre générale; fièvre partielle.

Il est rare que l'herpès génital névralgique soit précédé ou accompagné de phénomènes généraux trahissant une souffrance de toute l'économie, ou sa participation plus ou moins directe au travail morbide qui se prépare ou s'effectue. Mais je ne serai pas aussi absolu que M. Doyon, qui affirme que dans l'herpès récidivant il n'y a jamais la moindre réaction fébrile viscérale ou sympathique. Ce que je vous ai dit des conditions étiologiques constitutionnelles de l'affection doit vous faire pressentir qu'il n'en est pas ainsi dans tous les cas. J'ai constaté, en effet, quelquefois du malaise général, un léger mouvement de fièvre, des maux de tête, des borborygmes, des phénomènes d'embarras gastrique, etc. Tout récemment, je voyais un malade chez lequel l'herpès peu douloureux de la muqueuse glando-préputiale servait comme de crise salutaire à une véritable fièvre éphémère à laquelle prenait part tout l'organisme. Il semble quelquefois que cette fièvre est partielle, qu'elle n'occupe que la moitié inférieure du corps, qu'elle a sa source dans l'extrémité inférieure de la moelle épinière, et trouve sa solution critique dans l'éruption herpétique du prépuce, comme certaines fièvres également partielles de l'extrémité supérieure du corps la trouveraient dans l'herpes labialis.

(1) Pendant les vingt-quatre ou trente-six heures de prurit, bien reconnaissable, qui marque la période d'invasion de l'herpès, ils (les malades) sentent ce même prurit spécial s'étendre à l'urèthre, depuis le méat jusqu'à la fosse naviculaire. Puis, après ce temps, ils voient sortir de l'urèthre quelques gouttes d'un liquide séro-muqueux. Or, cette sécrétion uréthrale qui coexiste quelquefois avec l'herpès, qui, dans d'autres cas, comme M. Boucaud en a cité un exemple (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 1858), existe seule, cette sécrétion morbide de l'urèthre ne dure jamais plus longtemps que l'herpès n'aurait duré, c'est-à-dire pas plus de cinq ou de six jours, terme auquel elle s'éteint spontanément. Avis aux malades qui, mal instruits du peu de gravité de cet écoulement, lui opposent d'emblée les médications les plus violentes ! Avis à quelques praticiens qu'on entend assez souvent se féliciter d'avoir fait *avorter* un écoulement uréthral qui ne demandait qu'à disparaître de lui-même en quelques jours ! (Doyon, *loc. cit.*)

(2) Je n'ai observé l'herpès névralgique des organes génitaux que chez l'homme. Mais il n'y a aucune raison pour qu'il n'existe pas aussi chez la femme avec les mêmes caractères. On a signalé dans l'herpès génital de la femme l'excitation, l'ardeur locale, *le feu* qui se produisent, dans les premières phases de l'attaque, sur les points qui vont être ou qui sont déjà le siége de l'éruption (A. Fournier). On a signalé aussi quelques accidents névralgiformes dans les cuisses (Ferdinand Dreyfus, d'après A. Fournier, in *Contribution à l'étude de l'herpès*, *Gazette hebdomadaire*, nos 1 et 2, travail qui a paru au moment où je faisais ces leçons). — Ces derniers phénomènes névropathiques douloureux avaient déjà été signalés par M. le docteur Bulckley dans la variété d'herpès chez la femme qu'il a décrite sous le nom *herpès gestationis* (*American Journal of obstetric*, février 1874).

Je ne crois donc pas trop m'avancer en affirmant que ce que j'ai dit de l'herpès génital névralgique chez l'homme doit s'observer aussi dans l'herpès génital chez la femme.

H. Signes diagnostiques fournis par les phénomènes névropathiques de l'herpès génital.

Vous avez pu voir, d'après mes observations, que le diagnostic de l'herpès génital névralgique n'avait pas présenté de grandes difficultés. La névropathie, quand elle existe dès le début ou qu'elle se produit dans le cours de l'affection, loin de compliquer la tâche du médecin, peut au contraire la simplifier et lui fournir un moyen précieux de distinguer, dans les cas obscurs, l'érosion herpétique, du chancre simple, du chancre infectant et des plaques muqueuses avec lesquelles on pourrait quelquefois la confondre. Le temps ne me permet pas de traiter complétement aujourd'hui l'importante question du diagnostic de l'herpès génital. J'aurai souvent l'occasion d'y revenir, et je ne négligerai pas de vous montrer sur les malades les différences et les ressemblances qui existent entre toutes ces affections. Qu'il me suffise d'insister sur le parti que vous pourrez tirer de l'élément névralgique au point de vue du diagnostic.

Eh bien, sachez que ni dans les chancres simples les plus douloureux, ni dans les chancres infectants quels que soient leur forme et leur processus, ni dans les plaques végétantes ou ulcérées de la muqueuse glando-préputiale, vous n'observerez des phénomènes névropathiques semblables à ceux que je viens de décrire. S'ils surviennent pendant la durée de ces affections, examinez avec soin vos malades, et vous ne tarderez pas à découvrir une complication herpétique qui vient se surajouter aux chancres ou aux plaques muqueuses.

Au surplus, vous ne devez pas vous en tenir aux seules notions diagnostiques qui vous sont fournies par la douleur locale ou par la douleur à distance, il faut interroger les antécédents, supputer les incubations, se bien pénétrer de la forme et de tous les caractères de l'érosion herpétique, examiner l'état des ganglions, etc., etc.

I. Indications thérapeutiques.

Quant au traitement, je vous conseille de ne pas vous en préoccuper outre mesure. L'affection guérit spontanément ou à l'aide de moyens fort simples. J'ai l'habitude de cautériser très-légèrement les érosions avec le crayon de nitrate d'argent; puis je les fais panser avec de la charpie enduite d'une pommade calmante additionnée de calomel ou de précipité blanc. Je prescris des bains, des tisanes rafraîchissantes, des boissons alcalines, des purgatifs minoratifs, s'il y a lieu, et un régime doux, continué pendant quelques jours.—Les récidives sont difficiles à prévenir; contre elles, il faut avoir recours au traitement curatif par les eaux minérales, et notamment par les eaux chlorurées, sodiques et sulfureuses d'Uriage (1).

Messieurs, je m'arrête là, si vous trouviez que j'ai donné trop de développements à ces considérations, je vous prierais de remarquer que le sujet est neuf, que j'ai été le premier à le traiter, et qu'il est assez naturel d'exposer, avec quelque complaisance, les idées que suggère une affection aussi rare et aussi curieuse que l'herpès névralgique des organes génitaux.

(1) Ceux qui désireraient étudier l'herpès sous toutes ses formes et dans toutes ses localisations pourraient encore consulter un grand nombre d'autres ouvrages, outre ceux que j'ai déjà indiqués. Par exemple : Gubler, *Mémoire sur l'herpès guttural et l'ophthalmie due à l'herpès de la conjonctive*, in *Arch. de méd.*, 1858. — Legendre, *Herpès vulvaire*, in *Arch. de méd.*, 5e série, tome I. — Jules Parrot, *Fièvre herpétique*, in *Gaz. hebd.*, 14 et 28 juillet 1871. Dans ce travail, l'auteur fait remarquer avec raison que « c'est par les systèmes nerveux que sont reliés entre eux ces états morbides, en apparence fort dissemblables, et c'est par là qu'ils appartiennent à une même famille. » — Guéneau de Mussy, *Herpès du col*, in *Clinique médicale*, 1875. — Contagne, Thèses de Paris, 1871, *Herpès généralisé fébrile*; id., Servier, in *Ann. de dermatologie*, 1875-76. — Craudon Gusgenven, *Sur la contagion de l'herpès*, 1872. — Docteur Douaud, de Bordeaux, *Inoculabilité de l'herpès*, communication aux congrès des sociétés savantes départementales. — Bertholle, *De l'herpès guttural en général, et principalement dans ses rapports avec les troubles de la menstruation*, in *Union médicale*, 1866. — Dubuc, *Du chancre syphilitique multiple herpétiforme*, in *Annales de dermatologie*, etc., etc.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

SUR LA DURÉE DE LA SENSATION TACTILE (1)

Par M. L. Lalanne.

La notion de la persistance de la sensation lumineuse résulte d'un phénomène bien vulgaire, de l'effet optique produit par la rotation rapide d'un charbon incandescent. Le cercle lumineux, décrit par ce charbon, paraît complétement fermé lorsque le mouvement est assez rapide pour arriver à dix tours par seconde. On en conclut que la sensation lumineuse ne s'évanouit qu'un dixième de seconde après la disparition complète de la cause qui l'a produite.

On sait d'ailleurs que ce chiffre n'a rien d'absolu. Avec d'autres sources lumineuses et par diverses méthodes, on a trouvé des durées variables entre $\frac{1}{15}$ et $\frac{1}{20}$ (M. Lissajous) et même $\frac{1}{30}$ de seconde (Foucault).

Il était naturel de se demander s'il n'était pas possible de déterminer la durée de la sensation tactile par un procédé du même genre que l'expérience du charbon ardent. Supposons qu'on imprime à un corps flexible, dont le contact ne soit pas de nature à blesser l'épiderme, un mouvement de rotation rapide autour du bras ou de la jambe tenus immobiles. Si le retour du corps frottant à chacun des points de contact s'opère dans un intervalle de temps suffisamment court et tout au plus égal à la durée de l'impression produite, on pouvait penser que, par analogie avec ce qui se passe pour l'œil dans l'expérience du cercle lumineux complétement fermé, on éprouverait sur toute l'étendue du trajet soumis au frottement une sensation continue, analogue à celle que produirait la pression d'un bracelet ou d'un anneau. Telle était l'induction en vertu de laquelle l'auteur de cette note a procédé. MM. Ch. Martins et Aug. Le Pileur voulurent bien accepter la tâche d'entreprendre, de concert avec lui, les expériences qui devaient résoudre la question.

Il est vrai que nous ne pûmes obtenir une sensation continue sur l'étendue entière du trajet parcouru; mais, à une certaine vitesse, la continuité de la sensation s'accusait de la manière la plus nette sur un point unique de la périphérie cutanée. Nous n'avions donc presque rien à modifier dans notre mode d'opération pour déterminer les conditions de la continuité sur un seul point de l'épiderme, et nous procédâmes à cette détermination pour différentes parties de la main, de l'avant-bras et du bras.

Voici les résultats des circonstances principales de nos trente-trois expériences :

La continuité ne s'est jamais manifestée pour moins de dix tours par seconde. La durée de la sensation tactile observée n'a donc pas surpassé $\frac{1}{10}$ de seconde, et dans un certain nombre d'expériences elle a été moindre.

La moindre durée observée a été de $\frac{1}{24}$ à $\frac{1}{25}$ de seconde.

Ce minimum de durée varie avec les individus et suivant les parties du corps.

Une *équation personnelle*, analogue à celle dont les astronomes sont obligés de tenir compte, a donné une quantité variable entre $\frac{1}{10}$ et $\frac{1}{14}$ de seconde pour la persistance de la sensation, suivant les observateurs, le contact ayant lieu sur la face dorsale de la deuxième articulation de l'index. Sur la partie externe du bras, entre le deltoïde et l'articulation du coude, la durée était pour l'un des observateurs d'un peu plus de $\frac{1}{13}$ de seconde, tandis que pour un autre elle descendait presque à $\frac{1}{22}$. Il est à remarquer d'ailleurs que les équations personnelles se sont presque toujours manifestées

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 5 juin 1876.

dans le même sens; la sensibilité tactile conduisait les trois observateurs à apprécier différemment, mais en général dans le même ordre, le nombre de tours nécessaires pour produire la continuité de la sensation. L'inégalité de sensibilité chez un même sujet, inégalité dont la mesure pourrait être désignée sous le nom d'*équation locale*, paraît ressortir aussi du tableau des expériences. Chez un des observateurs, la durée de la sensation a varié de $\frac{1}{14}$ de seconde, sur le bord radial de l'avant-bras, à $\frac{1}{32}$ de seconde sur la partie externe du bras entre le deltoïde et l'articulation du coude.

Le cours de ces recherches a été interrompu, et la dispersion des trois collaborateurs qui les avaient entreprises n'a pas permis de les reprendre. Depuis l'époque déjà ancienne où nos expériences ont été faites, la physiologie s'est enrichie d'un nombre considérable de faits nouveaux, et l'on a pu mesurer la vitesse avec laquelle une impression extérieure parvient au cerveau; mais cette vitesse est complétement différente de la durée de la perception. C'est le silence même des maîtres de la science, en ce qui concerne ce dernier élément, qui nous a inspiré l'idée d'exposer des résultats obtenus depuis trente-quatre ans déjà, et malheureusement encore bien incomplets.

On voit, d'après ce qui précède, que la durée de la sensation tactile est peu différente de la durée de la sensation lumineuse.

Le moindre nombre de chocs nécessaires pour engendrer un *son* est de 8 à 10 par secondes, ce qui suppose que l'impression produite sur l'oreille par un de ces chocs dure encore au moment où la vibration déterminée par le choc suivant vient à se produire; d'où résulte un *maximum* de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{10}$ de seconde pour la persistance de la sensation acoustique.

Le *minimum* est beaucoup plus difficile à déterminer avec précision. Il descendrait à $\frac{1}{132}$ de seconde, suivant M. Helmholtz, qui assure que les 132 battements auxquels donne lieu la dissonnance si_4 ut_5 sont perceptibles et distincts sur un instrument à sons tenus tels que l'orgue et l'harmonium. Malgré l'existence, dans l'appareil auditif, de fibres nombreuses et distinctes qui sont mises en action par des notes de hauteur différente, il est certain que, musicalement parlant, l'oreille ne supporte guère plus de 14 à 16 notes par seconde : c'est aussi tout ce que la main la plus exercée peut produire sur un instrument.

Il est donc permis de considérer comme des faits de même ordre les variations, dans des limites assez étendues d'ailleurs, de la durée de la sensation, qu'elle soit optique, acoustique ou tactile; ce qui n'a rien que de conforme à ce que nous savons de la nature de nos sens et de leurs relations mutuelles.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

NEUVIÈME LETTRE.

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DANS L'ALLEMAGNE DU NORD, ET EN PARTICULIER BERLIN ET LEIPSIG. — LES EXAMENS DE MÉDECINE DANS LES FACULTÉS DE L'EMPIRE. — L'EXAMEN D'ÉTAT.

I

Berlin, 15 avril 1876.

Monsieur le directeur,

Il nous reste maintenant à nous rendre compte de la situation des plus grandes Facultés de médecine des États du Nord, et, pour ne pas nous étendre indéfiniment, à concentrer notre attention sur les deux plus importantes d'entre elles, sur Berlin et Leipsig. Il nous sera facile de faire rentrer dans l'étude de ces deux universités, ce qui nous reste de plus nécessaire à dire sur l'enseignement médical allemand.

Nous rappellerons ici aux lecteurs de la *Gazette* que le but que nous nous sommes surtout proposé, dans l'envoi de ces notes et observations, est de signaler, ainsi que nous le disions dans notre première lettre, le mouvement vraiment considérable qui s'opère à l'heure présente outre-Rhin pour doter les universités de locaux et d'instituts en rapport avec les besoins de la science biologique actuelle et de ses incessants progrès. Pourquoi n'ajouterions-nous pas que l'infériorité *du matériel* de nos Facultés françaises, infériorité dont on connaît trop bien les causes aujourd'hui, nous a surtout inspiré le désir de montrer que, non contents de ce qu'ils possèdent déjà, de cet agencement si bien ordonné, que beaucoup tenaient comme un complet modèle, les Allemands veulent encore agrandir, augmenter, perfectionner leur outillage scientifique. Ainsi que le disait fort justement M. Ollier, ainsi que nous l'avons entendu dire, tant de fois d'ailleurs, dans la Faculté de Paris, la lutte (si l'on peut se servir de cette expression en matière de science), entre les Facultés françaises et allemandes a été seulement réduite à une question de locaux, d'instruments, de matériel, et l'on peut convenir que dans notre pays, bien des zèles, beaucoup de bons vouloirs ont été paralysés, et n'ont pu nous servir dans cette rivalité, à cause de cette absence de matériel scientifique et de laboratoires.

Bien qu'aujourd'hui le Gouvernement s'occupe enfin de mettre nos Facultés françaises en possession de ce matériel si longtemps attendu, quoique toujours instamment réclamé par les professeurs comme par les élèves, il était peut-être bon que quelques pages de la *Gazette des Hôpitaux* rappelassent que, dans ce même moment, les Allemands ne s'endorment guère et cherchent encore à améliorer le régime et la situation de leurs Facultés médicales.

On a déjà vu à propos de Strasbourg, d'Heidelberg, de Munich (1), de Graz, de Vienne, que les États du Sud et l'Autriche étaient, scientifiquement et médicalement parlant, le théâtre d'améliorations et d'agrandissements qui méritent d'être signalés, la Saxe en première ligne et la Prusse, dans le Nord, ne sont pas moins intéressantes à étudier à ce même point de vue. Des universités de province même, comme Greifswald, qui n'était qu'une université de seconde classe, se sont vues doter d'instituts qui les plaçait, comme nous verrons, au premier rang.

Les gouvernements protestants des États du Nord ont eu d'ailleurs la tâche relativement facile. Disposant de grands moyens, s'appuyant sur une religion éminemment scientifique, en ce sens qu'elle a répandu le goût de la discussion et de l'étude des textes anciens, ils ne se sont jamais vus entravés dans leur œuvre par leur clergé; ils ont trouvé secours et appui là où nos hommes d'État bien intentionnés et nos professeurs n'ont trop souvent trouvé que dénonciateurs et ennemis. Cousin, dans une page excellente, a rendu compte de cette disposition générale, et l'a expliqué par une exacte analyse (2). « Il n'y a pas d'université allemande qui n'ait sa Faculté de théologie protestante. Les candidats au ministère de l'Évangile suivent les cours publics de cette faculté. Sortis des gymnases, comme les autres étudiants, ils entrent avec eux à l'université, ils en subissent la discipline et ils jouissent de la liberté qu'elle laisse. Cette liberté est fort grande; mêlés sans cesse aux autres étudiants, les jeunes théologiens courent risque de prendre des manières et des habitudes mondaines, et de tomber même dans des fautes peu en harmonie avec leur futur caractère, mais il ne faut pas oublier que ces théologiens doivent devenir des pères de famille. Les étourderies de la jeunesse se perdent plus tard dans la sainteté du mariage. Et puis ce peuple n'impose point au clergé protestant la même rigidité extérieure qu'au clergé catholique. D'un côté, on comprend tout ce qu'il y a d'avantageux pour de futurs ecclésiastiques dans la fréquentation des cours d'une université. Ils y prennent le goût de la haute littérature profane et sacrée, ils s'exercent à la grande critique historique, ils se familiarisent avec les systèmes philosophiques, et, ce qui n'est pas moins précieux, ils s'instruisent à connaître, dans un commerce assidu, l'esprit de leur siècle et de leur nation. C'est ainsi que j'ai vu de jeunes ecclésiastiques, passant tour à tour de l'auditoire des professeurs de théologie dans ceux des pro-

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 août.

(1) En Bavière, Erlangen et surtout Wurtzbourg ont été de même dotés d'importants instituts.

(2) *De l'instruction publique en Hollande*, titre Ier, *De l'enseignement.*

fesseurs de philosophie, de philologie et d'histoire, devenir eux-mêmes des philosophes, des historiens et des philologues du plus grand mérite, capables d'intervenir un jour dans les grandes luttes de la science au nom de la religion et d'y acquérir une illustration et une autorité qui se réfléchissent sur le clergé tout entier. » Quelle opposition l'État peut-il rencontrer de la part d'un clergé ainsi instruit et élevé quand il s'agit de faire progresser les sciences naturelles (1)? Et quelles que soient les restrictions qu'il faille apporter à l'éloge, quand il s'agit du libéralisme du protestantime allemand, on ne saurait nier que l'on se trouve ici en présence d'une Église nationale, laïque, de qui la société moderne, la législation, la science et les gouvernements n'ont rien à craindre. Quand le docteur Strauss, en 1835, répétiteur au séminaire évangélique et théologique de Tubingue, fit paraître son histoire de la vie de Jésus, tout théologien qu'il était, on pouvait bien le mettre à côté des Kant, des Gœthe, des Schelling, des Hegel, des Herder et de tous les philosophes qui procèdent de Spinosa. Ce n'est point une religion redoutable à l'État que celle qui produit de tels interprètes.

Le catholicisme en Allemagne, dans le Nord comme dans le Sud lui-même a été très-profondément modifié par la présence de la grande religion rivale. Il lui a fallu cohabiter avec les libertés protestantes, et il a été contagionné par cet esprit d'indépendance et de recherches. On connaît le goût des théologiens catholiques, ici, pour les études bibliques et philosophiques; et, dans les pays mêmes où la parole de Luther n'a point rencontré d'écho, le lien qui unit le catholicisme à la papauté s'est tellement affaibli, que c'est là que s'est affirmé le *vieux catholicisme* (2).

Nous prions nos lecteurs d'excuser ces quelques considérations générales, mais ce n'est point en France seulement que les questions religieuses ont une influence directe sur les matières de l'enseignement et sur l'esprit dans lequel elles sont répandues, qu'il s'agisse d'une école primaire ou supérieure, et l'importance de la religion protestante et de ses méthodes, en tant que nourrice spirituelle de la jeunesse allemande, était trop grande pour que nous n'en touchions pas ici quelques mots.

Nous avons déjà essayé de marquer dans plusieurs passages de nos précédentes lettres, en parlant de l'état religieux, de l'état scientifique et de l'état politique de l'Allemagne, la part qui revient aux États méridionaux et à l'Autriche. Il nous restera à voir brièvement quelle a été l'action de la Prusse dans le mouvement intellectuel de ce siècle.

La Prusse a toujours été divisée d'intérêts et d'opinions avec les États du Sud et l'Empire d'Autriche. Si les États méridionaux tendaient à l'unité, c'était par la liberté, par la liberté religieuse et politique autant que par l'autonomie; en dépit de l'attitude du roi Frédéric-Guillaume IV, refusant en 1849 la couronne impériale votée par le parlement de Francfort, la Prusse n'aspira jamais à l'unité par les mêmes voies que le Sud; elle fut sur ce point, comme en beaucoup d'autres, l'exact exécuteur des pensées de Frédéric II. L'Autriche, elle aussi, aspirait à la domination germanique, mais son gouvernement eut trop longtemps l'initiative d'un ordre factice, et le fanatisme du silence; la Prusse, au contraire, sut prendre sur toute l'Allemagne un ascendant vraiment moral, parce qu'elle sut toujours se montrer, ainsi qu'on l'a fort bien dit, plus libérale que beaucoup d'autres princes, tout en restant moins libérale que les peuples. Mélange singulier que celui qui constitue les traditions et la politique prussiennes et qui reproduit presque fidèlement le génie de son grand roi, à la fois autoritaire et ami des libres études, jaloux de son pouvoir qu'il veut fort et respecté et non moins jaloux des libertés religieuses et philosophiques, soldat et philosophe, poëte à ses heures, écrivain prolixe et en même temps politique avisé et plein de ressources. Selon le moment, la Prusse prend l'un ou l'autre masque, c'est ainsi qu'elle a tour à tour entraîné et dominé l'Allemagne. Il n'en faut pas moins reconnaître, mettant définitivement de côté toute appréciation de motifs, que la Prusse a toujours favorisé de toutes ses forces l'instruction publique, développé et protégé l'enseignement sous toutes ses formes, universitaire et populaire.

L'Allemagne du Nord contient quatorze universités d'inégale importance. Ce chiffre égale celui des universités allemandes du Sud, si l'on met les universités de la Suisse allemande, et des provinces allemandes de l'Autriche à côté de celles de Bade, du Wurtemberg et de Bavière. Dans la division que l'on peut faire de ces universités par groupes, on voit que le Nord ne contient que trois grandes universités, Leipsig, Berlin et Greifswald, pour cinq du même rang dans le Sud, qui sont: Vienne, Prague, Graz, Munich, Wurtzbourg; sept universités moyennes, Marbourg, Kœnigsberg, Halle, Gœttingue, Bonn, Breslau et Dorpat; pour quatre de même rang dans le Sud, Berne, Zurich, Tubingue et Strasbourg, qui passera dans la première classe quand ses instituts seront terminés; quatre petites universités enfin, Rostock, Kiel, Giessen et Iéna; pour cinq de même classe dans le Sud, Bâle, Fribourg-en-Brisgau, Heidelberg et Innsbruck. Dans notre seconde lettre nous avons parlé de l'importance des villes où sont placées les universités allemandes, sans revenir sur ce sujet nous pouvons marquer la division des universités par État et province d'État. Mettons de suite de côté les universités suisses et autrichiennes, ainsi que l'université russe de Dorpat.

(1) Heine n'est pas moins instructif dans ses critiques où l'humour s'allie toujours à une observation judicieuse et fine : « L'Église protestante, dit-il, tomberait avec les universités, cette Église qui, depuis la Réformation, n'a de racines que là, racines si profondes que toute l'histoire de l'Église protestante de ces derniers siècles ne consiste que dans les discussions théologiques des doctes universités de Wittemberg, de Leipsig, de Tubingue, de Halle. Les consistoires ne sont que le faible reflet de la Faculté de théologie; ils perdraient toute tenue et tout caractère, et tomberaient sous la dépendance des ministères et même de la police. » On ne peut passer un mois dans une université de l'Allemagne du Nord ou du Sud sans voir à quel point cette observation est vraie.

(2) Un simple détail qui a sa valeur : le prêtre catholique à Munich, à Prague, à Vienne comme à Berlin, ne porte pas, en dehors des églises, de costume ou de signe qui puisse le faire distinguer de tout autre citoyen.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le professeur Ambroise Tardieu, membre de l'Académie de médecine, président du comité consultatif d'hygiène publique de France. Officier du 16 août 1860.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Le Duc, médecin-vaccinateur à Versailles; Rigaud, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

— Pendant la durée des vacances, la bibliothèque de la Faculté de médecine restera ouverte aux étudiants les mardis et vendredis, de midi à quatre heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Padieu, directeur honoraire de l'École de Médecine d'Amiens, décédé à Dreuil-les-Amiens, dans sa soixante-sixième année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, publié sous la direction de Ad. Wurtz, membre de l'Institut (Académie des sciences). — 22e fascicule (feuilles 1 à 10 du tome III). — Paris, 1876, Hachette et Ce. — Prix : 3 fr. 50.

Étude sur le tabes dorsal spasmodique, par le docteur Betous, — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Un fort vol. gr. in-8° de 1,268 pages, chez Ve A. Delahaye et Ce. — Paris, 1874. — Ouvrage couronné par l'Institut de France (prix Chaussier).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

N° 101. — JEUDI 31 AOUT 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 31 AOUT 1876. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Aucune discussion importante ne peut avoir lieu à l'Académie à cette époque de l'année. Chacun sent qu'en réalité on est en vacances. Pour masquer le vide des séances, depuis la mort de M. Dubois (d'Amiens), on n'a plus la ressource de curieuses lectures, plutôt littéraires que scientifiques; et on s'efforce de prolonger autant que possible de savantes conversations sur tous les sujets qui se présentent. C'est ainsi qu'à propos d'un fait d'oblitération congénitale des fosses nasales par une cloison osseuse, on en est venu à parler des opérations pratiquées dans des circonstances très-différentes, en cas d'adhérences accidentelles du voile du palais avec le pharynx. M. Richet a rapporté à ce sujet une observation fort intéressante, dont nous donnons le résumé au compte rendu.

Signalons encore un mémoire de M. Viseur sur la contagion de la morve. M. Viseur a eu le courage d'organiser des expériences sur des animaux qu'il pansait lui-même, quand il les avait rendus morveux en leur inoculant le pus provenant de diverses plaies d'un jeune homme. Il a prouvé ainsi qu'il s'agissait bien en réalité de la morve chez ce jeune homme, un palfrenier qui avait servi durant quelques mois dans une ferme où se trouvaient des animaux atteints de cette maladie.

Les conclusions de M. Viseur au point de vue de la police sanitaire ont reçu la haute approbation de M. Bouley.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

De la sclérose en plaques.

Dans la pratique, on rencontre fréquemment des affections du système nerveux, caractérisées par de la faiblesse dans les membres, du tremblement, de la douleur, parfois même par des troubles particuliers des sens. Dans ces dernières années, ces affections qui jusque-là avaient été confondues sous le nom de myélite et de ramolissement cérébral ont été mieux étudiées dans leurs détails, et l'anatomie pathologique a démontré qu'à certains groupes de symptômes, correspondaient des lésions différentes, à peu près semblables dans leurs natures, mais affectant des siéges particuliers. C'est en Allemagne d'abord, en France ensuite, sous l'impulsion de MM. Vulpian et Charcot que ces affections, et surtout celles de la moelle ont été le plus étudiées. Un malade, actuellement dans nos salles, va me permettre de faire devant vous l'histoire de l'une de ces maladies du système nerveux, assez communes, donnant lieu à des symptômes variés et nombreux, et dont la clinique est faite aujourd'hui.

Voici en quelques mots l'observation de ce malade. Il s'agit d'un homme exerçant la profession d'horloger. En 1871, cet homme, voulant dans un incendie sauver un enfant, fit dans un escalier une chute, à la suite de laquelle il ressentit dans la colonne vertébrale une douleur extrêmement vive, qui persista pendant quelques mois. Il avait repris ses occupations, quand, un an après l'accident dont il avait été victime, il fut pris tout à coup d'une perte de connaissance à la suite de laquelle il resta complétement paralysé des quatres membres, et avec les sphincters dans un relâchement complet. De son côté, l'intelligence fut considérablement troublée. Le malade resta dans cet état pendant cinq mois, la paralysie plus particulièrement accentuée du côté gauche. Au bout de ce temps, l'intelligence revint, les mouvements se rétablirent, les sphincters recouvrèrent leur résistance, et, peu à peu, cet homme put marcher et se servir de ses mains. Néanmoins, un an après cette perte subite de connaissance, au lieu de voir l'amélioration se prononcer de plus en plus, les choses restèrent dans cet état, et il vit même survenir quelques phénomènes particuliers qu'il n'avait pas présentés jusque-là. C'est ainsi qu'il fut pris d'une douleur assez vive dans la région postérieure de la tête, et dans différents points de la colonne vertébrale.

Actuellement, du côté de l'intelligence, il présente peu de troubles, cependant il accuse un peu de diminution de la mémoire, une certaine tendance à oublier les choses récentes. D'autre part, la vue est bonne, mais le sens de l'odorat est complétement aboli, la sensation du goût a disparu, et il éprouve une surdité notable de l'oreille gauche.

Si nous passons maintenant à l'examen des différentes parties du corps, nous trouvons une diminution très-légère de sensibilité dans les membres supérieurs et que l'on rencontre à un degré bien plus avancé dans les membres inférieurs. De plus, il éprouve de temps en temps des douleurs fulgurantes qui ont été beaucoup plus vives au début, qu'elles ne le sont aujourd'hui. On constate également un certain tremblement

de la main, qui ne se fait sentir que lorsque le malade veut se servir de ses membres supérieurs, pour manger, par exemple, et qui disparaît quand le membre est en repos.

C'est surtout aux membres inférieurs que les troubles de la motilité sont accusés. Pour marcher, cet homme est obligé d'élargir sa base de sustentation et d'écarter les jambes qui d'autre part, présentent une roideur particulière, telle qu'il est impossible de les fléchir sur les cuisses. On constate également, en ces points, une diminution notable de la sensibilité qui, sans être abolie, est du moins considérablement troublée. C'est ainsi que, si on vient à pincer les téguments, le malade n'éprouve nullement la sensation de la douleur qu'on cherche à provoquer.

Enfin, et j'insiste surtout sur cette particularité, il présente de temps en temps, toujours au membre inférieur, un trouble particulier, qui survient quelquefois d'une manière toute spontanée, mais qu'on détermine le plus souvent par une manœuvre spéciale qui consiste à placer la jambe dans l'extension et à fléchir le pied sur cette dernière. En effet, au bout d'un certain temps, on voit les muscles de la jambe s'agiter de ces mouvements fibrillaires décrits par M. Brown-Séquard sous le nom de spinale et que M. Charcot a appelés la trépidation provoquée. Il suffit d'ailleurs pour faire cesser ces mouvements de fléchir fortement le gros orteil sur le métatarsien.

En présence de ces troubles multiples, quel était le diagnostic que nous devions porter ? Il est évident que nous avons chez cet homme deux affections distinctes, et qu'il a eu d'abord une hémorrhagie cérébrale caractérisée par la perte subite de connaissance qu'il a éprouvée il y a six ans, et par la paralysie qui a suivi. Puis, peu à peu, l'épanchement dont le cerveau avait été le siége s'est résorbé insensiblement, les phénomènes de compression auxquels il avait donné lieu se sont atténués, et les symptômes ont suivi une marche décroissante. Comme c'est le cas en pareille circonstance. Aussi, si cet homme n'avait qu'une hémorrhagie cérébrale, il est probable qu'il aurait guéri et que nous n'aurions pas vu se manifester chez lui les symptômes que je vous ai énumérés, à savoir ces troubles du côté des membres, cette démarche particulière, ces tremblements, cette roideur ni enfin cette perturbation des sens de l'ouie, du goût ni de l'odorat, tous symptômes qui ne sauraient appartenir à l'hémorrhagie cérébrale, et qu'il faut évidemment rapporter à une autre affection que nous allons essayer de déterminer.

L'examen de tous ces symptômes, tout en reconnaissant qu'ils ne sont pas très-accusés, nous conduit néanmoins à reconnaître chez cet homme l'existence de lésions multiples ayant des siéges différents, et assez superficielles pour ne déterminer qu'une altération des fonctions et non leur destruction complète. Or, ce caractère particulier appartient à une maladie qui n'a été complétement décrite que dans ces derniers temps, mais dont l'anatomie pathologique avait déjà été indiquée par Cruveilhier en 1835, et caractérisée, en quelques mots, par des plaques de tissu conjonctif disséminées en différents points de la substance nerveuse qu'elles compriment, détruisent, et dont elles altèrent les fonctions. Ces plaques ont pour caractères particuliers d'être de très-petit volume, très-superficielles. De là le nom de *sclérose en plaques* ou *disséminée* qu'on a donné à cette affection.

Dans cette sclérose en plaques ou disséminée, nous trouvons, en effet, les mêmes symptômes que ceux que nous avons signalés chez notre malade, et variant d'ailleurs suivant les régions affectées : amenant du vertige si les lésions se sont localisées dans les centres nerveux, déterminant des troubles de la vue, de l'ouie, du goût, etc., si elles ont envahi les nerfs qui président à ces fonctions; causant, lorsqu'elles existent dans les parties postéro-latérales de la moelle, de la roideur des membres, ce phénomène de trépidation particulier, de l'altération de la sensibilité, et quelquefois même produisant des phénomènes analogues à ceux qui caractérisent l'ataxie locomotrice, des douleurs fulgurantes, par exemple.

En ce qui concerne le cerveau, on observe généralement des douleurs céphalalgiques localisées, tantôt en avant, tantôt en arrière de la tête, et tantôt sur les côtés; quelquefois les malades présentent de l'hébétude bientôt suivie d'une légère diminution de l'intelligence et en particulier d'un certain affaiblissement de la mémoire. Enfin, presque toujours, on constate, comme nous l'avons déjà signalé, une altération des organes des sens.

Du côté des membres, on trouve des phénomènes bien tranchés. C'est d'abord, non une disparition complète, mais seulement une altération de la sensibilité, des troubles de la motilité, caractérisée par du tremblement des membres supérieurs qui se manifeste ordinairement quand le malade veut faire un mouvement volontaire, quelquefois enfin de douleurs fulgurantes qui traversent les membres. Un des phénomènes les plus constants de cette affection, c'est la roideur qui affecte fréquemment ces derniers. Il y a dans ces cas une véritable faiblesse, une véritable parésie, un affaiblissement bien marqué des masses musculaires qui commence par un peu de lourdeur et arrive bientôt jusqu'à la faiblesse complète. Enfin un phénomène caractéristique est encore l'épilepsie spinale ou la trépidation provoquée.

Dans ces cas, les membres inférieurs, rarement les supérieurs, présentent une agitation des fibres musculaires, tantôt cloniques, tantôt toniques, c'est-à-dire caractérisés, dans certains cas, par des mouvements fibrillaires d'extension et de flexion qui se succèdent rapidement, comme dans l'épilepsie, d'autres fois simplement par de la roideur.

En général, dans les premiers temps de la maladie, les masses musculaires gardent à peu près leur volume normal; et ne présentent pas une atrophie bien marquée. Enfin les sphincters présentent une certaine liberté. Il y a donc là quelque chose de spécial qu'on ne retrouve pas dans certaines autres paralysies.

Tel est, en résumé, le tableau de la sclérose en plaques, dont notre malade nous offre un exemple.

Peut-être serait-on porté à admettre chez lui, en vertu des douleurs fulgurantes qu'il accuse, qu'il est atteint d'ataxie locomotrice, mais il est évident que sa démarche n'a rien qui rappelle cette affection.

Il en est de même de la paralysie spinale, dans laquelle les mouvements des membres s'observent même pendant le repos.

Enfin, le tremblement des malades atteints de sclérose en plaques n'a rien de commun avec le tremblement alcoolique ni avec le tremblement sénile.

Quant au pronostic, on peut dire que la sclérose en plaques est une maladie à longue échéance qui peut rester longtemps dans le même état et cesser de progresser. D'autres fois, au contraire, les altérations deviennent de plus en plus nombreuses et étendues, et à la parésie des membres succède la paralysie complète.

Pour ce qui est du traitement, nous n'avons à notre disposition aucun moyen efficace pour arrêter les progrès de la maladie. En général, celui dont on obtient les meilleurs résultats est le bromure de potassium, qui rend parfois quelques services alors que les douleurs sont vives et la roideur des

membres considérable. Mais, le plus souvent, l'efficacité de ce médicament est courte et ne se prolonge pas très-longtemps. A côté de celui-ci, on a vanté l'iodure de potassium, puis le nitrate d'argent à la dose de deux à trois centigrammes par jour. Le phosphure de zinc aurait encore produit quelques résultats dans les mains de certains médecins. Enfin le phosphore, l'huile phosphorée, le chlorure d'or ont été souvent employés, mais sans succès. Quant aux autres moyens auxquels on a eu recours contre la sclérose en plaques, ce sont des moyens externes, tels que les frictions, le massage, les pratiques de l'hydrothérapie. Parmi ces dernières, les douches données en pluie, à une certaine température, ont donné quelques bons effets. Quant à l'électricité, qu'on a également employée sous forme de courants continus, elle ne produit que des résultats tout à fait négatifs.

Le moyen qui a le plus de chance de succès, c'est l'emploi des eaux minérales, dont quelques-unes, en effet, atténuent un peu les symptômes de la sclérose. Ce sont particulièrement les eaux chaudes, celles dans lesquelles l'analyse chimique ne révèle que très-peu de principes salins et qui très-probablement n'agissent que par l'électricité qu'elles contiennent. Je vous citerai, comme telles parmi les eaux françaises, celles de Plombières, dans les Vosges et de Lamaloue dans l'Hérault. A l'étranger, ce sont celles de Ragatz en Suisse, de Wildbad dans le Wurtemberg, de Gastein dans le Tyrol. C'est à l'aide de ces eaux, combinées avec l'usage du bromure ou de l'iodure de potassium, suivant que la roideur ou la faiblesse prédominent, et à l'administration du phosphure de zinc, qu'on combattra cette affection, mais le plus ordinairement ce sera sans succès, et ils n'empêcheront pas la maladie de progresser et d'aboutir à la paralysie complète.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

Une substance de beaucoup préférable est le boyau de chat. J'espère vous fournir la preuve anatomique que, quand cette substance est convenablement préparée, elle peut être employée avec un succès complet pour la ligature des grosses artères, sans diviser la tunique externe du vaisseau ou détruire sa continuité, et que la ligature elle-même est absorbée. J'espère également vous apporter la preuve pratique que les plaies faites par la ligature se réunissent souvent par première intention. Mais je désire vous faire partager ma conviction que, dans ces cas, ce n'est pas seulement la substance employée pour la ligature qui a de l'importance, mais que la réunion rapide des parties profondes de la plaie est aussi une condition nécessaire.

L'emploi du fil en boyau de chat pour lier les grosses artères a été, je crois, proposé pour la première fois par sir A. Cooper. Il l'a employé lui-même dans une circonstance si remarquable, qu'il est étonnant que ce fait ait si peu attiré l'attention et n'ait pas trouvé d'imitateurs. Voici ce que sir A. Cooper écrivait en 1817 : « Mon ami M. Lawrence a proposé de couper au ras du nœud le fil de soie employé pour les ligatures, de façon à ce que la plaie puisse se guérir au-dessus. Je pense que le boyau de chat remplit mieux cette indication, et je vais donner le résultat d'un essai que j'ai fait; mais qu'il soit bien entendu que je ne considère pas la question comme résolue, mais bien comme étant à l'étude. Le boyau de chat employé comme ligature, étant lui-même un tissu animal analogue aux tissus au milieu desquels il est enseveli, sera plus facilement absorbé que la soie; ou bien, s'il n'est pas absorbé, il a moins de chance d'irriter les parties (*Surgical Essays*, par Cooper et Travers, I, 125). »

Il raconte alors l'observation d'un homme de quatre-vingts ans, qui vint se faire traiter à l'hôpital de Guy, le 15 octobre 1817, pour un anévrysme poplité, et chez lequel il lia la fémorale, le 24 octobre « avec une seule ligature placée autour de l'artère; les deux bouts furent coupés ras, et les bords de la plaie amenés en contact à l'aide d'un emplâtre adhésif; la substance employée pour la ligature était le boyau de chat préalablement trempé dans de l'eau à la température d'environ 100 degrés (Fahr.). On n'examina la plaie que le quatrième jour (28 octobre), et on la trouva *complétement* réunie. » Le 7 novembre, « la plaie est restée parfaitement réunie et sans présenter d'irritation. » Le 24 novembre, « il n'y a pas trace d'irritation provenant de la ligature. » « Trois semaines après l'opération, le malade marchait dans la salle, se soutenant sur une béquille. » Les notes vont jusqu'au 17 décembre, où il est dit : « Sa santé est parfaite, il marche sans béquille ni canne, la tumeur est réduite à un petit volume, et la place où a été faite l'incision a été et est encore parfaitement exempte d'irritation. »

Il n'est pas étonnant qu'un résultat si inaccoutumé, ou plutôt si nouveau, de l'opération de l'anévrysme poplité ait dicté à sir A. Cooper les réflexions suivantes : « Je confesse que ce fait me donna une grande joie. Le grand âge du malade, la simplicité de l'opération, l'absence de troubles constitutionnels et, par suite, de danger, en outre, sa guérison rapide, me font espérer que l'opération des anévrysmes peut, dans l'avenir, devenir infiniment plus simple qu'elle ne l'est pour le moment. »

Cependant sir A. Cooper eut, plus tard, des déceptions. Dans la 12e édition de ses *Leçons* (1829, p. 168), il dit : « J'avais pensé que la ligature en boyau de chat serait avantageuse, et je l'avais essayée sur un homme de quatre-vingts ans, que j'opérais pour un anévrysme poplité; la ligature fut coupée au ras de l'artère; la plaie se réunit par dessus, et aucun accident ne suivit. L'expérience réussit, il est vrai, dans ce cas, mais j'ai, depuis, employé la ligature en boyau de chat dans trois autres cas, et je n'ai pas trouvé qu'elle fût supérieure à la ligature ordinaire; chaque fois, elle est tombée par suppuration et ulcération, comme dans les cas ordinaires; elle n'a pas réussi, par conséquent. Chez le vieillard, il y avait moins de tendance à l'inflammation, et c'est pourquoi elle *réussit* chez lui. J'ai fait sur les chiens quelques expériences pour m'assurer de la facilité avec laquelle est absorbé le boyau de chat. J'ai lié la carotide d'un chien avec cette substance; quinze jours après, j'ai tué l'animal et j'ai trouvé que la ligature n'avait pas disparu, mais qu'elle avait coupé l'artère et qu'elle était renfermée dans un kyste semblable à celui qui se forme autour d'une balle. Cette substance n'est donc pas soluble, mais peut rester quelque temps sans produire d'irritation. En définitive, les ligatures en boyau de chat ne valent pas mieux que les ligatures ordinaires. Quelque substance animale analogue au gluten pourrait peut-être être utile, mais ce n'est là qu'une simple conjecture. Il n'y a pas, pour le moment, de ligature capable d'être dissoute et de disparaître par absorption. »

Dans le *Dictionnaire de chirurgie* de Cooper, à l'article *Liga-*

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 août.

ture on trouvera un aperçu de ce qui a été fait jusque dans ces derniers temps, comme expériences sur les ligatures animales. Celles qui furent introduites dans la pratique, en 1814, par le docteur Physick, étaient en peau de chamois. Le docteur Jamieson (de Baltimore) a employé la même substance pour lier « la carotide, l'iliaque, la fémorale, la radiale, la tibiale postérieure, la spermatique et autres artères, et jamais il n'y eut d'hémorrhagie secondaire; il affirme n'avoir jamais vu reparaître ses ligatures, et par conséquent, les plaies ont généralement dû guérir par première intention. » Cette citation est extraite de l'édition américaine du *Dictionnaire* de Cooper.

Porta est, jusqu'à présent, le chirurgien qui ait publié le plus grand nombre d'observations de ligatures faites sur l'homme avec le fil en boyau de chat. On trouve dans son travail les observations abrégées de neuf cas qu'il a opérés lui-même, et de deux cas où il a assisté Guerini. Les artères liées étaient la carotide, la fémorale, la brachiale, chacune trois fois, plus l'iliaque externe et la tibiale postérieure. Dans aucun de ces cas il n'y eut d'hémorrhagie secondaire, et les résultats furent assurément aussi satisfaisants que ceux de la ligature ordinaire.

Mais on ne voit rien dans la pratique de Porta qui apporte une preuve concluante de la supériorité de la ligature en boyau de chat. Dans le premier cas (carotide), tout alla bien, mais la plaie mit deux mois à se cicatriser. Dans le second (brachiale), le malade mourut soixante-cinq jours après l'opération, d'une pneumonie (infection purulente?). La plaie avait suppuré jusqu'au moment de la mort, mais l'autopsie montra que cette suppuration avait été superficielle. Dans le troisième cas (fémorale), le malade mourut de gangrène le dix-septième jour; la plaie suppura jusqu'au jour de la mort. Dans le quatrième cas (carotide), la plaie fut définitivement guérie en quatre jours. Dans le cinquième (fémorale), le malade mourut au bout de quarante-cinq heures. Dans le sixième (fémorale), le malade mourut d'une encéphalite le dixième jour. La plaie extérieure était guérie, mais il y avait un petit abcès sous le fascia lata, qui, cependant, n'était pas en contact avec l'artère. Dans le septième cas (carotide), le malade mourut au bout de quarante heures. Dans le huitième (iliaque externe), le malade mourut d'encéphalite le troisième jour. Dans le neuvième cas (brachiale), la plaie n'était pas fermée au bout d'un mois. Dans le dixième (brachiale), la plaie ne se ferma qu'après cinq semaines. Dans le onzième cas (tibiale postérieure), il y avait une large plaie résultant de l'ouverture d'un anévrysme du pied. Elle se ferma au bout d'environ six semaines. Dans aucun de ces cas, on ne vit tomber la ligature; mais dans tous ceux qui ont été examinés après la mort, l'artère était divisée, quand il s'était écoulé un temps suffisant.

On voit par là que, dans aucun de ces cas, la marche ne différa sensiblement de la marche ordinaire, si ce n'est dans le quatrième, où la plaie faite pour lier la carotide fut complétement cicatrisée en quatre jours. C'est là un excellent résultat de la ligature coupée au ras du nœud; mais cela ne prouve rien en faveur de la ligature en boyau de chat, puisqu'on a obtenu le même résultat avec la soie, comme le prouve la citation suivante de Porta, page 32 :

« Chez le malade de Wright, qui mourut cinq mois après la ligature de l'iliaque externe, la ligature en soie, qui avait été ensevelie dans la plaie, fut trouvée, à l'autopsie, renfermée dans un petit kyste en contact avec l'artère et ressemblant à un ganglion inguinal. » (*Repository and Review, new series* vol. VI, p. 238.)

Knight rapporte que Lizars lia la sous-clavière pour un anévrysme de l'aisselle, le 26 avril 1834, chez un malade nommé H..., avec un fil de chanvre, dont les deux bouts furent coupés courts, et la plaie fut réunie; cette dernière était complétement fermée le troisième jour, et le malade guérit tout à fait, et on ne revit plus rien de la ligature (*Froriep, notizen*, vol. XLIII, p. 12.)

Cependant, bien que Porta recommande fortement l'emploi du boyau de chat pour les ligatures, il ne parle nulle part, que je sache, de l'occlusion du vaisseau sans sa division; quant à l'hémorrhagie secondaire, à la page 133, il dit : « L'hémorrhagie étant inhérente à la nature de l'opération et à la nature de l'organe sur lequel on opère, et les conditions dans lesquelles elle se produit étant beaucoup plus favorables chez l'homme, il ne faut pas nous flatter de trouver une méthode qui en fasse disparaître la possibilité, ou en réduise les limites à ce que l'on observe chez les animaux inférieurs. »

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE L'ACTION DE LA DIGITALE COMPARÉE A CELLE DES SELS BILIAIRES SUR LE POULS, LA TENSION ARTÉRIELLE, LA RESPIRATION ET LA TEMPÉRATURE (1),

par MM. Feltz et Ritter.

Sur les indications de M. le professeur Bouillaud, nous avons institué une série d'expériences ayant pour but d'établir le parallèle entre l'action des sels biliaires et celle de la digitale sur les principales fonctions. Nous sommes arrivés aux résultats suivants :

A. Par les sels biliaires et l'infusion de digitale ($\frac{1}{100}$) administrés à des doses non toxiques, la température baisse environ d'un degré pour les deux substances, la tension artérielle descend de 2 à 3 centimètres de mercure pour les sels biliaires et de 6 à 7 centimètres pour la digitale; la respiration devient irrégulière dans les deux cas sans grands écarts de la normale; le pouls baisse sous l'influence des deux poisons. La seule différence à noter, c'est que, avec la digitale, la descente extrême dure très-peu, et est suivie d'une accélération qui peut se maintenir durant vingt-quatre heures; par les sels biliaires, la diminution du nombre des battements se maintient plus longtemps, mais n'est pas suivie d'une précipitation anomale. Les animaux mis sous l'influence des sels biliaires perdent moins de poids que ceux que l'on digitalise; chez les premiers, la diminution ne dépasse pas 300 grammes et atteint près de 800 grammes chez les seconds.

A la suite de section des pneumogastriques et des sympathiques, d'empoisonnement par les sels biliaires et la digitale, le pouls est encore impressionné dans le premier cas, et ne l'est nullement dans le second, la température et la respiration continuant à se comporter de même.

B. Pour les doses toxiques, on ne peut comparer que les cas d'empoisonnement biliaire, où la mort se fait attendre quelques heures, à ceux où l'on administre la digitale à haute dose. Chez les animaux qui meurent par intoxication biliaire, la température et le pouls fléchissent régulièrement jusqu'à la mort; on en peut accuser l'altération morphologique du sang et les hémorrhagies qui en sont les conséquences. Chez les chiens digitalisés, à raison de 4 centimètres cubes d'infusion par kilogramme de leur poids, la température baisse progressivement et très-régulièrement de 7 à 8 degrés, les pulsations du pouls diminuent après des oscillations plus ou moins fortes jusqu'à la moitié de leur chiffre normal. La tension artérielle fléchit dès le principe de l'expérience et tombe jusqu'à 3 centimètres de mercure. Il y a parfois, dans les cas de digitalisation, mort subite; celle-ci survient toujours à un moment où le pouls est très-accéléré et très-petit, sans que la diminution de la tension artérielle

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences, dans la séance du 5 juin 1876.

et de la température puisse encore faire prévoir l'agonie. On n'observe jamais d'altérations, ni chimiques, ni morphologiques du sang.

C. Le pouls, ne fléchissant pas chez les animaux digitalisés après la section des pneumogastriques et des sympathiques, comme cela a lieu chez les animaux intoxiqués par les sels biliaires, le sang ne présentant nulle altération comparable à celle qui est signalée et démontrée dans les empoisonnements par la bile, l'action sur le tissu musculaire curarisé ou non n'étant pas le même dans les deux cas, nous pouvons conclure que l'effet de la digitale s'exerce bien plus sur le système nerveux que sur le sang ou le tissu musculaire, comme cela a lieu pour des sels biliaires. Le genre de mort tend encore à établir cette différence; car, dans toutes nos autopsies d'animaux morts par la digitale, nous avons toujours trouvé le cœur en état de relâchement, renfermant à peu de chose près la même quantité de sang dans chaque ventricule. Nous n'avons jamais trouvé de cœur en état de contraction tétanique, comme c'est la règle dans les intoxications biliaires, et toutes les fois que nous avons eu l'occasion d'examiner un cœur peu de temps après la mort, nous avons pu constater par la pile électrique que le muscle cardiaque n'avait pas perdu sa contractilité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 août 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Leduc (de Versailles) et Piégu, qui remercient l'Académie des récompenses qu'ils ont reçues comme médecins vaccinateurs.

2° Deux notes manuscrites de M. le docteur Brame sur *une ventouse cylindrique* et sur *une modification au cautère actuel*.

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Manouvrier (de Valenciennes), une brochure intitulée : *Maladies et hygiène des ouvriers travaillant à la fabrication des agglomérés de houille et de brai*.

M. Amédée Latour offre à l'Académie, au nom de M. le docteur Bellaudeau, un volume intitulé : *Hygiène populaire; conférences faites à la Société d'horticulture de Soissons, à l'usage des ouvriers, des institutions et des gens du monde*.

M. Delpech offre en hommage, au nom de MM. Danet-Bastin et Garrigou-Desarènes, un travail intitulé : *Des résultats de l'irrigation de la plaine de Gennevilliers par les eaux d'égout de la ville de Paris*.

Sur l'invitation de M. le président, M. Delpech donne des nouvelles de la santé de M. Gobley qui continue à s'améliorer.

RAPPORTS

M. Henri Roger, en l'absence de M. J. Lefort, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

M. Depaul fait un court rapport verbal sur une observation adressée par M. le docteur Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, et relative à une obturation congénitale des orifices postérieurs des fosses nasales.

Dans l'observation de M. Bitot les orifices postérieurs des fosses nasales manquent : ils sont remplacés par deux os de forme triangulaire, s'articulant entre eux et avec les os voisins. M. le rapporteur met sous les yeux de ses collègues deux dessins qui représentent exactement cette difformité, dont les exemples sont très-rares, car M. Bitot dans ses recherches n'a pu en trouver que deux cas.

Dans le cas de M. Bitot, il y avait d'autres vices de conformation ; ainsi pour les deux cavités orbitaires il n'existait qu'un seul trou optique par lequel passaient les deux nerfs optiques. Il existait en outre un bec-de-lièvre. M. Depaul a recueilli, il y a quelques mois, un cas entièrement semblable à celui de M. Bitot au point de vue de l'oblitération des orifices postérieurs des fosses nasales. En outre, il y avait chez le petit sujet persistance du trou de Botal.

M. Depaul ajoute qu'il n'a pas besoin de faire remarquer que les petits sujets atteints de ce vice de conformation meurent d'inanition. Ne pouvant respirer par la bouche, dès qu'ils prennent le sein pour teter, ils sont immédiatement obligés de le lâcher, sous peine de suffocation.

M. le rapporteur termine en demandant qu'une lettre de remerciements soit adressée à M. Bitot, pour son intéressante communication, et que son nom soit inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national. (Adopté.)

M. Gosselin demande à M. Depaul, si dans les recherches bibliographiques auxquelles il vient de se livrer, il a trouvé quelque observation d'oblitération unilatérale des fosses nasales.

M. Depaul n'a pas souvenir d'en avoir vu aucune mention.

M. Gosselin raconte avoir rencontré un cas qui lui a paru être de cette nature. Au moment même où M. Bitot venait de présenter son travail, une jeune fille de seize ans environ a été amenée à sa consultation parce qu'elle avait une de ses narines complétement bouchée. Elle s'en était aperçue surtout lors de coryzas, qui avaient atteint l'autre narine. Les médecins qui l'avaient soignée avait constaté que, de ce côté, une injection poussée dans la narine ne pénétrait pas dans le pharynx, et que l'obstacle paraissait siéger à l'orifice postérieur de la fosse nasale. En effet, M. Gosselin, après avoir renouvelé ses expériences et reconnu qu'il n'y avait aucun passage ouvert pour l'air ou les liquides de ce côté du nez, sentit, avec le doigt porté dans le pharynx en arrière du voile du palais, un plan résistant, qui lui parut être dû à un os, situé comme dans le fait rapporté par M. Bitot, et qui obturait l'ouverture postérieure de la narine. De l'autre côté tout était normal, et M. Gosselin ne jugea pas qu'il fut utile de pratiquer une opération. Mais si l'obturation des fosses nasales avait été double et complète, il eût certainement cru devoir intervenir, en se servant d'un perforateur pour percer la cloison osseuse.

M. Richet a opéré un malade qui était atteint d'une oblitération complète, accidentelle, des fosses nasales.

Il s'agissait d'un marin, âgé de trente-cinq ans, entré à l'hôpital à l'occasion de cette infirmité qui était pour lui, disait-il, horrible. Il avait perdu complétement non-seulement l'odorat, mais le sens du goût. Tout ce qu'il mangeait lui semblait de la terre. Pendant qu'il était à l'hôpital, on lui fit, en effet, plus d'une fois la mauvaise farce de mêler à ses aliments des objets répugnants, tels que de la chandelle ou des débris de cataplasmes, et il les avalait sans s'en apercevoir; à peine distinguait-il un peu la saveur du sucre et du sel. Aussi suppliait-il qu'on l'opérât. L'obstacle n'était pas osseux. A la suite d'une maladie syphilitique, le voile du palais s'était joint sur toute sa longueur à la muqueuse pharyngienne, de telle sorte qu'il ne restait aucune ouverture, aucune fistule. On s'en assura à l'aide d'une sonde courbe introduite dans les narines et dont on sentait avec le doigt l'extrémité contre le voile du palais. M. Richet fit l'opération par les fosses nasales, à l'aide d'une sonde à dard, dont l'extrémité fut amenée au contact de la face supérieure du voile du palais. La première sonde à dard se trouva trop faible, elle plia et le dard ne put pas pénétrer à travers le voile du palais doublé de fausses membranes solides; on en introduisit alors une autre plus solide, à l'aide de laquelle on réussit à pratiquer une perforation, que l'on agrandit ensuite à droite et à gauche à l'aide du bistouri et de la sonde cannelée. Puis, à l'aide d'une sonde de Belloc, on fit passer, par l'ouverture, des tubes de caoutchouc que l'on lia par l'extrémité. Dès le lendemain le malade sentait le goût de tout ce qu'il mangeait. Mais la présence des tubes de caoutchouc lui causait une gêne intolérable. On les retira donc, au bout de peu de jours, et pour suppléer à leur action dilatatrice, on introduisit un petit appareil en forme de bouton de chemise, que M. Colin construisit. Ce petit appareil, perforé au milieu, se composait de deux plaques, l'une supérieure ou nasale, l'autre inférieure ou palatine. Lorsque cet homme sortit de l'hôpital, il percevait très-bien la saveur des aliments, mais comme son voile du palais était perforé et immobile, les boissons revenaient un peu par le nez.

LECTURES

M. Viseur, vétérinaire départemental du Pas-de-Calais, lit un mémoire intitulé : *Un cas de morve sur l'homme, historique de la maladie. Expériences de transmission au cheval, à l'âne et à la chèvre. Police sanitaire.*

Dans ce mémoire, M. Viseur raconte comment, en procédant aux opérations du classement des chevaux susceptibles d'être mobilisés, il apprit par la voix publique que le valet d'une ferme dans laquelle il venait de faire admettre trois chevaux morveux, était atteint d'une maladie qui devait être également la morve. En effet, cet homme était morveux, depuis deux ans environ, et, après que la chose fut devenue certaine à ses yeux par l'observation des symptômes, M. Viseur en donna la démonstration par une série d'inoculations pratiques à l'aide du liquide recueilli tant sur des ulcères des fosses nasales que sur un ancien ulcère morveux de la cuisse, et qui rendirent morveux la plupart des animaux sur lesquels elles furent faites.

M. Viseur décrit les lésions qu'il a trouvées à l'autopsie de ces animaux, et de ce fait probant il déduit, au point de vue sanitaire, des conclusions très-étendues dont nous allons donner quelques extraits.

1° Tout projet de loi sanitaire ayant pour but d'arrêter les effets de la contagion devrait considérer la morve comme si elle était exclusivement contagieuse...

2° La déclaration dominant toute la police sanitaire, puisqu'elle a pour but, étant faite en temps opportun, de mettre l'autorité à même de parer aux périls des contagions aussi soudainement qu'ils apparaissent, est rendue obligatoire pour les propriétaires et détenteurs de chevaux morveux et suspects, et il serait d'intérêt supérieur que cette prescription fût mise en pratique.

3° L'abattage devrait s'appliquer aux animaux atteints de la diathèse morvo-farcineuse confirmée et à ceux qui sont simplement réputés suspects, par suite de rapports immédiats de travail ou d'écurie avec des morveux. Ce serait la meilleure des prophylaxies aussi bien pour l'homme que pour les animaux...

4° L'inspection, au double point de vue de l'hygiène et de la police sanitaire, des foires et marchés, des abattoirs des chevaux destinés à la consommation, des clos d'équarrissage, serait de toute nécessité...

5° Le recensement annuel des chevaux par des commissions, auxquelles un vétérinaire est toujours adjoint, fournit à l'administration un moyen certain de se renseigner exactement sur l'état sanitaire de tous les chevaux de France.

— M. le professeur Courty (de Montpellier) lit un travail intitulé : *Manifestations de rhumatisme ou de goutte chez les calculeux, à la suite de l'opération.* Voici les conclusions de ce travail :

« Outre les accidents généraux des plaies et de toutes les opérations, outre les accidents particuliers qui dépendent de l'opération de la pierre (cystite, cystite purulente, urétérite, néphrite, albuminurie, urémie, etc.), il peut encore se manifester à la suite de cette opération des accidents diathésiques, des attaques de goutte ou de rhumatisme (affections congénères de la gravelle), qui semblent éveillés ou provoqués, sinon produits par l'ébranlement, la commotion ou le choc, comme on voudra l'appeler, de l'opération elle-même, que cette opération soit la taille ou la lithotritie. »

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

La Prusse possède six universités, Berlin, Bonn (province du Rhin), Breslau (Silésie), Greifswald (Mecklenbourg), Halle (province de Saxe), Kœnigsberg (Prusse orientale).

Le Schleswig-Holstein, Kiel.
Le Mecklenbourg, Rostock.
Le Hanovre, Gœttingue.
La Hesse-Cassel, Marbourg.
La Hesse-Darmstadt, Giessen.
La Saxe, Leipsig.
La Saxe-Weimar, Iéna.

Ici, comme dans le midi de l'Allemagne, le nombre des universités a été beaucoup plus grand ; un judicieux esprit de réforme en a fait supprimer un certain nombre au commencement de ce siècle. Nous avons cité Munster où une université complète fut fondée en 1780, et où il ne reste plus que les Facultés de théologie et de philosophie, sous le nom d'Académie. Nous pouvons encore nommer Erfurt, qui eut une université dès l'année 1392, et la conserva tant que cette ville fit partie de l'électorat de Mayence et tant qu'elle resta sous la domination française. En 1814, la Prusse étant rentrée en possession de la ville, qu'elle avait d'ailleurs occupée de 1802 à 1806, l'université fut supprimée (1816). Nous nommerons encore la célèbre université de Wittenberg, fondée en 1502, et qui fut réunie à l'université de Halle en 1817.

Les dates de fondation des universités du Nord sont les suivantes : Leipsig 1409, Rostock 1419, Greifswald 1456, Marbourg 1527, Kœnigsberg 1544, Iéna 1558, Giessen 1607, Dorpat 1632, Kiel 1665; Gœttingue 1737.

Francfort-sur-l'Oder avait une université, fondée en 1506, qui fut réunie à l'université de Breslau en 1811. L'université de Breslau, fondée elle-même en 1702, était une université catholique. Cette ville compte du reste 50,000 habitants appartenant à cette confession sur une population totale de 200,000 âmes.

L'université Frédéric, à Halle, fut fondée en 1697. Les universités de Berlin et de Bonn sont les fondations universitaires les plus récentes de l'Allemagne du Nord ; celle de Berlin fut fondée en 1809, et celle de Bonn en 1818.

Comme pour les universités des États du Sud, nous pensons qu'on ne lira pas sans intérêt quelques détails concernant la situation des Facultés de médecine, dès le début de leur création.

L'université de Leipsig eut une Faculté de médecine en 1415, six ans après sa fondation. Le collége médical compte d'abord sept membres ; en 1438, il ne restait plus que deux professeurs de médecine, un pour la pathologie, un autre pour la thérapie. La chaire de thérapie était toujours occupée par le plus ancien des professeurs, et jusqu'en 1769 elle fut réunie avec le décanat. En 1531, une troisième chaire fut érigée pour l'enseignement de la physiologie ; en 1543, une quatrième chaire pour celui de l'anatomie et de la chirurgie ; en 1712, la chimie eut aussi sa chaire.

Rostock eut de suite sa Faculté de médecine et fut ouverte sans Faculté de théologie. Les professeurs de cette Faculté étaient le plus souvent appelés d'Erfurt et de Leipsig. De 1437 à 1443, l'université de Rostock fut transférée à Kiel, des désordres et des rixes s'étant produits, auxquels les étudiants avaient pris part ; en 1488 seulement elle fut réintégrée à Rostock même. La Faculté de médecine ne compta pas dès le début plus de trois chaires.

Greifswald, fondé, en 1456, par le duc Wadislas IX de Poméranie et le bourgmestre de Greifswald Henri Rubenow, n'eut d'abord qu'un seul docteur comme professeur dans sa Faculté de médecine, Vitalis Fleck. Quelques temps après, deux autres docteurs furent adjoints au président, Nicolas Degantz et le chanoine Jean Stalkœper. En 1567, la Faculté de médecine avait sollicité du conseil de la ville la permission de faire des dissections dans les cours ; et, en 1572, une de ses chaires était chargée de faire les démontrations anatomiques.

L'université de Marbourg (1527), fut la première université protestante de l'Allemagne. Ce fut le landgrave Philippe de Hesse qui la fonda. Dans la lettre de fondation du 31 août 1529, il est dit que, pour la Faculté de médecine, un docteur est chargé de l'enseignement de la *physique* et que *l'apothek* (le pharmacien) du landgrave aura pour devoir de commenter et d'interpréter les *Aphorismes* d'Hippocrate et les écrits de Galien, d'Avicenne. » En 1653, le landgrave Guillaume voulant accorder de nouveaux priviléges à l'université de Marbourg, établit que deux docteurs recevraient un traite-

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 août.

ment pour enseigner aux étudiants la théorie et la pratique de l'anatomie et de la botanique.

Dans les statuts de la Faculté de médecine de Marbourg (1653), on trouve les prescriptions suivantes, qui ont un véritable intérêt au point de vue historique. «Tit. IV. *De exercitiis anatomicis.* 1. Anatomen universæ physiologiæ post psychologiam partem principem esse non est in obscura. — Eam vero docendi cum duplex sit methodus, una, quæ in theatris anatomicis, multis spectatoribus præsentibus, observari solet altera, quæ in scholarum cathedris proponitur, neutra intermittitor, sed utraque tam publice quam privatim tractator. — 2. Modus etiam secandi et cultrum dextre adhibendi et ducendi in singulis partibus monstrator, ut discrimen notetur inter anatomiam physicam et medicam seu practicam. Varia quoque sceleta animalium cum vulgarium, tum exoticorum, virilia et muliebria conficiuntor, ut non solum squelettologia, sed etiam tota osteologia tam medicinæ, quam chirurgiæ studiosis innotescat. — 3. Cum fœminæ secantur, gravidæ vel aliæ, obstetrices non minus quam alii admittuntor. — 4. *Ad mortem damnati vivi ne aperiuntor, bruta tantum viventia omnis generis, ut insecta, serpentes, aquatilia, aves ac quadrupeda secantor.* Inprimis vero operam danto anatomes studiosi, ut quadrupedas domesticas, dum mactantur, accuratius quam lanii contemplentur. — 5. Cadavera vero hominum facinosorum, decollatorum vel suspensorum, sectioni destinantor. A magistratu in hunc finem petita, ne denegantor; ut ii qui plurimis post mortem demum conducant ac prosint. » Dans la division des chaires, nous voyons que Marbourg avait, à cette époque, trois professeurs : le premier chargé d'enseigner la thérapeutique et la pharmaceutique; le second la pathologie, la sémiotique et la botanique; le troisième la physiologie, l'anatomie et la chirurgie.

L'université de Giessen (1607) avait trois professeurs dans sa section de médecine en 1629; l'un d'eux était chargé d'enseigner l'anatomie en particulier.

L'université de Kiel eut de suite une Faculté de médecine; mais celle-ci resta toujours si peu importante, et le nombre de ses étudiants était si misérable, que jusqu'au milieu du dix-huitième siècle elle n'eût pas plus de deux professeurs. La botanique y était enseignée avec l'anatomie et la médecine pratique; et, en 1798, un seul professeur, Pfaff, démontrait la physiologie, la pathologie, la chimie et la physique.

L'université de Halle eut aussi de suite une Faculté de médecine; son organisation resta modeste. Gœttingue eut de suite aussi sa Faculté médicale avec trois professeurs, auxquels fut bientôt adjoint un quatrième : Blumenbach, Himly, C. M. Langenbeck, Stromeyer. Un de ces professeurs enseignait particulièrement l'anatomie.

Quant à l'université de Dorpat, où l'enseignement de toutes les Facultés se fait en langue allemande, elle fut fondée par le roi de Suède Gustave-Adolphe, à l'époque où cette partie de l'Empire russe lui était soumise. Ce prince envoya la lettre de fondation, de son camp de Nuremberg, le 30 juin 1632. Le 15 octobre 1632, la Faculté de médecine fut ouverte avec trois chaires. Mais les guerres continuelles et la présence des armées russes victorieuses dans ces provinces, gênèrent le développement scientifique de l'université, et particulièrement celui de la section médicale. Le czar Pierre Ier conserva d'ailleurs l'université de Dorpat et la dota de plusieurs privilèges relatifs à son organisation et à sa confession luthérienne; l'empereur Paul en 1799 confirma ces privilèges et se fit présenter divers projets qui devaient donner enfin, à l'université, des chances d'avenir sérieux. Ces projets ne reçurent un commencement d'exécution qu'en 1802. L'empereur Alexandre réorganisa complétement ce haut établissement d'enseignement; la Faculté de médecine eut quatre chaires, dont l'une enseignait, à elle seule, l'anatomie, la physiologie et la médecine légale.

Ces quelques données historiques mises sous les yeux des lecteurs, nous rappellerons que, dans la troisième lettre, nous avons traité avec quelque détail, de l'organisation de la Faculté de médecine en général, dans les universités allemandes, et que nous nous sommes étendus, notamment à l'occasion de certaines chaires indépendantes aujourd'hui, autrefois doubles et même triples, sur l'établissement des chaires d'anatomie pathologique, de physiologie, d'accouchement, d'ophthalmologie théorique et clinique, d'otologie, etc., qu'enfin nous avons assez longuement traité du passé de la clinique dans les Facultés allemandes, au sujet des ambulatoires ou policliniques, première forme de l'enseignement médical pratique outre-Rhin. Il est donc inutile de revenir sur ces divers sujets.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris vient de perdre un de ses plus jeunes professeurs. Axenfeld, qui laisse derrière lui tant de regrets, a succombé le 25 août aux suites de la cruelle affection qui, depuis quelques années, avait éteint sa belle intelligence.

— Un chirurgien dont le nom a joui d'une grande célébrité, Cheilus, vient de mourir en Allemagne à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. Compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière de 1872 à 1875, par le docteur Bourneville, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8° avec 3 planches. — Prix : 4 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 10.

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Fer dialysé Bravais *pharmacien-chimiste à Paris.*

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre. *Raoul Bravais*

Perles Larrieu au Cachou, Cubèbe et Oléo-Résine de Copahu très-pure. Ce médicament constitue le plus puissant traitement antiblennorrhagique. — Dépôt toutes pharmacies. — 13, rue Turbigo, Paris, et chez ADRIAN, 11, rue de la Perle.

Cotoniodé du Dr Méhu préparé par **J. THOMAS,** *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Sirop de Rivière ANTISCORBUTIQUE IODO-FERRÉ contre les affections lymphatiques, scrofuleuses, chlorotiques. 3 fr. J. Rivière, 68, Ch.-d'Antin, Paris.

Sirops de Pennès et Pélisse, employés avec succès contre les MALADIES CONGESTIVES et NERVEUSES.

1° SIROP AU BROMURE D'AMMONIUM d'une efficacité réelle dans les cas suivants : *Asthme suffocant, Congestions cérébrales, Hémiplégie, Méningite chronique, Paralysie, Ramollissement de la moelle épinière, Vertige.*

2° SIROP AU BROMURE DE SODIUM, préconisé pour le traitement ordinaire des *Convulsions, Éclampsie, Hystérie, Insomnie, Migraine, Nausée, Névralgie, Névrose, Spermatorrhée et Toux spasmodique.*

NOTA. — Se préserver des contrefaçons en exigeant sur chaque flacon la double signature et la marque authentique de fabrique.

VENTE EN GROS, rue de Latran, 2; DÉTAIL, rue des Écoles, n° 49, à PARIS, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Glycérine, fer et quinquina. Administration de tous les principes du quina, du fer à haute dose, sans **constipation**, et de la glycérine pure employée par les médecins anglais et américains comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie*, etc.)

VIN DE CATILLON : Bagnols, quina et glycérine.

VIN FERRUGINEUX (élixir) : quina au lunel, fer, glycérine (*troubles digestifs, fièvres, aglobulie, diabète*, etc.

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Voir *France médicale* du 29 avril 1876, et notre Mémoire sur l'emploi de la glycérine à l'intérieur.

Cie des Eaux minérales de LA BOURBOULE.

GRANDE SOURCE PERRIÈRE, } la plus arsenicale, très-chaude.

SOURCE DE LA PLAGE, SOURCE DE SEDAIGES, } sources très-arsenicales tempérées.

SOURCE FENESTRE N° 1, SOURCE FENESTRE N° 2, } sources arsenicales, froides.

Ces cinq Sources constituent une gamme médicale complète et très-puissante.

Dans leurs prescriptions, les médecins devront toujours désigner le nom de la Source.

DÉTAIL : Dans tous les Dépôts d'Eaux minérales et les Pharmacies.

GROS : S'adresser à la Ce DES EAUX MINÉRALES DE LA BOURBOULE, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), et à la PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE, 7, rue de Jouy, à Paris.

Apozème de santé Lemaire. L'Apozème de Santé Lemaire, employé par un grand nombre de médecins, est le plus doux laxatif rafraîchissant; il guérit la CONSTIPATION la plus opiniâtre et les affections qui l'accompagnent, telles que les HÉMORRHOÏDES, l'Hystérie, la Goutte, les Rhumatismes, la Migraine, les Congestions cérébrales, et rétablit les fonctions digestives de l'estomac. (V. Instruction.)

Prix : la boîte : 2 fr. 50 (par mandat-poste 2 fr. 75).

A la Pharmacie LEMAIRE, 14, rue de Grammont, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Huile de Foie de morue de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Pepsine Boudault, seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas..

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Capvern (Hautes-Pyrénées). Maladies des voies urinaires, gravelle, goutte, diabète, affections utérines.

Station du réseau pyrénéen; 30 kilomètres de Tarbes; 20 kilomètres de Bagnères.

Pilules de Louvard *Au fer pur inaltérable et à l'absinthe.*

A la dose de 6 à 9 par jour, c'est la préparation ferrugineuse la plus efficace et la mieux tolérée; les fonctions digestives sont rapidement rétablies. Gros, Darrasse, rue Simon-le-Franc, 21, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses. Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, l'*anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.

Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

Eau de Contrexéville (SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

Koumys — Edward ET Extrait de Koumys-Edward se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

L'eau de Léchelle hémostatique combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses*.

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

N° 102. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1876. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Néphrite parenchymateuse : son traitement. — L'œdème symptomatique : son mécanisme. — Cas d'œdème unilatéral, correspondant à une néphrite également unilatérale.

Dans quelles proportions peut-on guérir les néphrites parenchymateuses à leur début, et quelle médication faut-il leur opposer ? C'est là une question éminemment pratique, car la maladie de Bright est une cause fréquente de mort, et, une fois qu'elle est confirmée, on est complétement désarmé contre elle.

A propos d'un malade couché dans un des services qu'il remplit temporairement à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 31, M. Lecorché nous a exposé, à ce sujet, ses vues personnelles, bien moins pessimistes que les idées le plus généralement répandues. Suivant lui on pourrait guérir au moins le tiers de ces néphrites, alors qu'elles sont encore récentes, en les abordant résolûment par la méthode antiphlogistique, sans se laisser influencer par la pâleur et l'aspect cachectique des individus qui en sont atteints.

Chez le malade couché au n° 31 de la salle Saint-Bernard, le début remontait déjà à quinze jours ou trois semaines, lors de l'entrée à l'hôpital. Cet homme, âgé de vingt-huit ans, sellier bourrelier, exerçait généralement sa profession à la campagne, se transportant de ferme en ferme chez les paysans qui l'employaient. Il couchait souvent dans des granges. Il se rappelle notamment avoir couché, vers la fin de juillet, sur la terre nue, dans une grange particulièrement humide et froide.

Dès le lendemain, il ressentait de violentes douleurs dans la région des reins, en même temps que du mal de tête. Il s'aperçut qu'il urinait moins que de coutume et que les urines étaient très-rouges. Sa vue se troubla. Bientôt après, il se produisit un œdème qui, limité d'abord à la face, ne tarda pas à gagner, de proche en proche et de haut en bas, le corps entier. Bien qu'en outre il souffrît toujours tellement des reins qu'il était obligé de se *courber en deux*, suivant son expression, cet homme ne cessait pas encore de travailler.

Le 11 août seulement il entra à l'Hôtel-Dieu, à l'occasion d'un érysipèle, qui s'accompagnait d'une fièvre vive. L'érysipèle eut une évolution heureuse et rapide; mais lorsqu'il fut guéri, on eut à s'occuper de l'état des reins. Les urines furent trouvées très-albumineuses; elles prenaient pour ainsi dire en masse sous l'action de l'acide nitrique ou de la chaleur. On y constata, par l'examen microscopique, la présence de très-nombreux globules sanguins et de cylindres épithélio-fibrineux, droits ou coudés. Ainsi il n'était pas douteux qu'on eût affaire à une véritable néphrite parenchymateuse, et non simplement à une de celles qu'on nomme catarrhales, et qui, elles-mêmes occasionnées souvent par le froid, sont, de leur nature, superficielles et passagères.

La médication fut un peu complexe. On fit d'abord une application de ventouses scarifiées sur la région des reins, et, par ce moyen, on retira environ 200 grammes de sang; puis on soumit le malade au régime lacté; on lui administra la teinture de digitale à la dose de quinze gouttes par jour; et deux fois, à cinq ou six jours d'intervalle, on l'envoya au bain de vapeur. Il serait sans doute assez difficile de déterminer, avec certitude, la part exacte qu'il convient d'attribuer à chacun de ces moyens divers dans le résultat obtenu; mais, en tous cas, il est certain que ce résultat fut très-favorable. Bientôt l'anasarque diminua sensiblement. Cette diminution devint surtout des plus rapides à partir du jour où le malade prit son second bain de vapeur. En même temps les urines avaient changé d'aspect. Elles étaient devenues beaucoup plus claires et plus pâles; leur abondance s'éleva jusqu'à trois ou quatre litres durant six jours; elles ne contenaient plus le moindre atome d'albumine. Les douleurs de reins, les maux de tête avaient disparu; l'appétit s'était dessiné : il devenait de plus en plus exigeant. Le malade, complétement débarrassé de son œdème et ne souffrant de nulle part, se trouvait très-bien et se croyait guéri définitivement.

Pourtant il eut une légère rechute, qu'il dut peut-être à une grave imprudence. A un moment où, n'étant plus soumis à l'usage exclusif du lait, il commençait à recevoir une nourriture beaucoup plus substantielle et plus abondante, un des jours derniers, alors que déjà le temps s'était beaucoup refroidi, il s'assit sur un banc de pierre et resta longtemps à *prendre le frais* dans une des cours de l'hôpital. Dès lors l'albumine reparut dans les urines, mais en proportion beaucoup moindre que la première fois. La polyurie cessa, la quantité d'urine sécrétée dans les vingt-quatre heures reprit une moyenne normale; l'appétit devint un peu moins vif; mais il

reste encore satisfaisant. Il n'y a, cette fois, du reste, ni troubles visuels, ni maux de tête, ni maux de reins, ni douleur d'aucun genre.

Tel est le fait en question, sans doute moins probant que s'il n'y eût pas eu de récidive, et que si l'on eût employé les antiphlogistiques d'une manière exclusive, mais néanmoins curieux, en ce qu'il montre avec quelle rapidité la néphrite parenchymateuse, à sa période d'acuité, peut, dans certains cas, s'amoindrir et disparaître avec tout l'ensemble de son cortége symptomatique : albuminurie, anasarque, néphrite albumineuse, etc.

Du reste, M. Lecorché rappelle qu'il en est normalement ainsi dans certaines catégories de néphrites parenchymateuses parfaitement caractérisées et dues à des causes spéciales.

L'albuminurie des femmes en couches, l'albuminurie des scarlatineux, l'albuminurie des syphilitiques, se rattachent toutes trois souvent à un travail inflammatoire atteignant toute la profondeur de la substance rénale. En effet, on rencontre alors dans les urines non-seulement des cylindres droits, mais même des cylindres coudés épithélio-fibrineux, qui, moulés sur toute la longueur des *tubuli*, représentent exactement pour les reins, ce que représentent pour les poumons les crachats, également fibrino-épithéliaux, de la pneumonie franche.

Eh bien, il est de règle que l'albuminurie des femmes enceintes, si accusée que soit la néphrite, disparaisse spontanément, sans traitement particulier, quand les conditions physiologiques qui l'avaient produite et l'entretenaient ont cessé d'être.

Dans la scarlatine, il arrive bien quelquefois que la maladie de Bright passe à l'état chronique, parcourt toutes ses périodes et devient une cause de mort ; mais combien de fois aussi ne la voit-on pas rétrocéder d'elle-même et guérir.

Quant à la néphrite syphilitique, le traitement spécifique en a souvent raison, comme de toutes les affections locales dues à la même cause diathésique.

Ainsi l'appareil symptomatique, la lésion locale, paraissant tout à fait semblables à ce qu'on rencontre dans la première période d'une maladie de Bright, causée, par exemple, par le froid, le pronostic peut être néanmoins très-favorable. Ce n'est donc point seulement le siége de la néphrite parenchymateuse qui la rend si souvent fatale. M. Lecorché croit que c'est surtout l'indécision du médecin qui, devant l'infiltration précoce et l'apparence d'anémie, hésite à combattre, avec l'énergie qu'il faudrait, la phlegmasie aiguë des reins. Par des ventouses scarifiées, appliquées à plusieurs reprises sur la région des reins, par des moyens également antiphlogistiques, il a obtenu des succès complets, même alors que la maladie datait déjà de quinze jours, et plus. Chez le malade de l'Hôtel-Dieu, dont nous avons parlé plus haut, le traitement mixte avait été institué par l'interne. M. Lecorché revient plus souvent aux émissions sanguines, et il aime peu les bains de vapeur.

Quoi qu'il en soit, il paraît établi que, durant une première période de plusieurs semaines, la maladie de Bright, étant susceptible de guérison, doit être énergiquement traitée. Il faut le répéter bien haut; car la conviction opposée conduit souvent le praticien à une abstention déguisée, qui devient funeste pour le malade.

Il peut paraître étrange de tirer du sang à un hydropique, dans des conditions où l'anasarque est attribué par le plus grand nombre des auteurs à l'appauvrissement que le sang a déjà subi. Mais rien ne prouve qu'en effet l'altération du liquide sanguin soit bien la cause prochaine des épanchements séreux dans la néphrite parenchymateuse à son début, comme elle le devient incontestablement dans les maladies cachectiques à leur déclin.

En effet, l'œdème des paupières et de la face apparaît parfois dès le lendemain du refroidissement qui a causé l'inflammation rénale, presque en même temps que l'albuminurie. Il est difficile de supposer qu'en cas pareil la perte d'albumine ait pu modifier profondément l'état du sang.

D'ailleurs, l'œdème cachectique débute par les extrémités inférieures ; il occupe les parties déclives ; et le liquide s'y distribue suivant les lois de la mécanique, comme dans un corps qui ne serait pas vivant. L'œdème de l'albuminurie débute, au contraire, en général par la face. C'est de haut en bas, et de proche et de proche, qu'il envahit le reste du corps. Il paraît donc avoir quelque principe actif où la statique n'a rien à voir. C'est un œdème *vital* par excellence, si je puis m'exprimer ainsi.

Certains faits dont nous a parlé M. le professeur Potain, dans son service à l'hôpital Necker, seraient de nature à prouver ceci de la façon la plus évidente. Il existerait des œdèmes unilatéraux, s'étendant à toute une moitié du corps, et occasionnés par des néphrites unilatérales ayant leur siége du même côté.

Dans un cas surtout, d'après le récit de M. Potain, la chose était claire. En effet, la néphrite aiguë avait été le résultat d'une chute, dans laquelle un seul rein avait été froissé ; et, en même temps qu'apparaissaient dans les urines l'albumine et les cylindres fibrineux, il se dessinait un œdème qui devint très-notable de ce côté, mais ne dépassa pas sensiblement la ligne médiane.

Comment expliquer de tels œdèmes? C'est encore assez difficile dans l'état actuel de la science. On a toujours, bien entendu, la ressource de faire intervenir les nerfs vaso-moteurs et des actions réflexes. Mais quelles actions réflexes? Par quelles branches nerveuses sont-elles transmises jusqu'au point central où elles subissent la réflexion? Où est situé ce point central? Par quelles autres branches nerveuses sont-elles ensuite distribuées sur toute l'étendue d'une moitié du corps? Pourquoi s'exercent-elles d'abord dans le voisinage de la paupière? Pourquoi cessent-elles quelquefois d'avoir lieu alors que le rein est resté malade?

Toutes ces questions, et bien d'autres auxquelles on ne saurait répondre aujourd'hui d'une façon satisfaisante, montrent combien peu jusqu'ici les praticiens peuvent s'appuyer sur les modernes théories de physiologie pathologique.

Traitement de l'asphyxie. — Une nouvelle manière de pratiquer la respiration artificielle.

La discussion sur le spirophore de M. Woillez et l'asphyxie a été forcément suspendue par l'absence de la plupart des académiciens. Mais elle doit être reprise après leur retour. Un certain nombre d'orateurs se sont fait inscrire pour parler, M. Piorry, entre autres. Les observations relatives à l'état de mort apparente, à sa durée possible, à son traitement, sont donc en ce moment d'actualité.

C'est ce qui me décide à en publier une qui a bien son enseignement, quoique le rappel à la vie ait été loin de se faire attendre aussi longtemps que dans le fait de Mme de S..., déjà publié (voir *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 3 août 1876), et bien que d'ailleurs le résultat ne fût que très-momentané, par une cause indépendante des phénomènes d'asphyxie.

Il y a dix-huit ans, étant sur le point de terminer mes études médicales, j'étais allé passer quelques jours à Besançon, auprès de mon père, lorsqu'il fut appelé dans le château de R..., situé à quelques lieues de cette ville, pour y soigner une petite fille de trois ans. Il trouva cette enfant atteinte d'une affection diphthéritique qui s'étendait depuis le pharynx jusque dans les bronches, et il me fit dire de lui apporter immédiatement les instruments pour pratiquer une trachéotomie. La chose était urgente, en effet, car malgré toute la diligence que l'on put mettre à faire sa commission, au moment même où j'entrais dans la maison l'enfant venait d'étouffer. Une fausse membrane laryngienne, s'étant détachée sur la plus grande partie de sa longueur, était venue faire l'office de soupape en s'appuyant sur la base inférieure des lèvres de la glotte; les lèvres de la glotte, en se contractant par action réflexe, sous l'influence de l'irritation, avaient mis obstacle à la sortie de ce corps étranger. L'expiration était devenue subitement impossible; et, après une série rapide d'efforts convulsifs qui n'avaient abouti qu'à dilater de plus en plus la poitrine, l'enfant avait paru mourir.

Elle était là violette, gonflée, la pupille dilatée, et j'insiste beaucoup sur ce point, car il m'a frappé très-vivement, les yeux tels qu'ils sont après la mort vraie, détendus et sans transparence, comme recouverts d'un brouillard. J'écoutai le cœur, je n'y entendis aucun battement. La mère poussait des cris affreux, elle avait une attaque de nerfs épouvantable; et mon père dût s'en occuper. Moi, je regardais cette enfant qui paraissait être un cadavre et dont les lèvres, rapprochées, étaient couvertes d'une écume blanchâtre. Au bout de deux ou trois minutes, il me sembla que cette écume venait de livrer passage à une bulle d'air.

Je me fis aussitôt le raisonnement suivant.

Sans doute, après l'abolition des fonctions vitales, les lèvres de la glotte se seront détendues, tout le système musculaire entrant en complète résolution. La fausse membrane qui s'appuyant contre elle faisait l'office de soupape, et qui, empêchant la sortie de l'air, mais permettant l'inspiration forcée, avait amené une pression excessive dans l'appareil respiratoire, aura pu alors, sous l'influence de cette pression, s'échapper entre elles. Le passage serait donc libre, et l'enfant pourrait respirer s'il n'était pas mort. Mais est-il bien mort? Si l'on essayait la respiration artificielle?

Je me précipitai vers cette enfant. Avec mes deux mains, j'exerçai une violente pression sur la poitrine. L'expiration se produisit. Je frappai alors de toute ma force, du bout des doigts, sur les pectoraux, sans crainte d'entamer la peau avec les ongles. C'était peu de temps après les belles expériences de Brown-Sequard, qui avait fait contracter les muscles d'un cadavre plusieurs heures après la mort en les percutant d'un coup sec; et cette méthode me réussit pour provoquer l'inspiration dans ce cas, comme plus tard, chez Mme de S... Je répétai à de courts intervalles cette double manœuvre. L'air pénétrait dans la poitrine, et il en sortait, mais en produisant dans son passage à travers l'écume bronchique, un bruit que la mère trouvait lugubre. Elle me criait de cesser, que c'était une profanation. Heureusement, j'avais à mes côtés une tante, femme très-énergique, qui m'encourageait à persévérer, bien que mes efforts n'eussent pendant longtemps aucun résultat apparent. Je portais s ns cesse mes yeux sur une grande horloge ancienne qui se trouvait à côté du lit, et je voyais s'écouler les minutes sans qu'aucun changement apparut dans l'état de ce petit être et ne vint soutenir mon espoir.

Enfin, à la seizième minute, il me sembla que l'œil redevenait brillant; un peu après, il y eut un léger mouvement dans le globe oculaire, puis dans la lèvre supérieure, puis, avant que la demi-heure ne fût pleinement écoulée, la petite fille s'agita, porta sa main sur sa poitrine, que je continuais à frapper, cria d'une voix rauque et éteinte.

Je ne me hâtai pas de cesser les manœuvres qui l'avaient ranimée; en effet, elle avait une grande tendance à cette somnolence profonde, que M. Faure a si bien décrite chez les asphyxiés par le charbon, et pendant laquelle on voit s'arrêter jusqu'aux mouvements respiratoires. On dirait que l'individu a perdu momentanément la sensation du besoin d'air en même temps que l'habitude de respirer. L'excitation physiologique que l'abord du sang et celui de l'oxygène produisent dans les poumons paraît n'être plus assez puissante pour mettre en jeu les actions réflexes. Si donc on abandonne l'asphyxié à lui-même un peu trop tôt, les mouvements s'arrêtent et la vie s'éteint sans secousse. Si j'apporte ici mon témoignage à M. Faure, c'est qu'il s'agit d'une question éminemment pratique, et que j'ai parfaitement étudiée par moi-même, tant sur cette enfant que, plus tard et plus longuement, sur Mme de S. Il n'est pas nécessaire, du reste, de continuer à faire porter les excitations sur les parois de la poitrine, comme je le fis chez cette petite fille, pendant plus d'un quart d'heure encore, par excès de précaution. Ce qu'il importe c'est d'empêcher, par l'excitation des nerfs sensitifs, ce sommeil de toutes les fonctions.

L'enfant revint pleinement à elle, et bientôt elle jouait sur son lit. La figure était dégonflée, avait pâli, les yeux étaient profondément cernés; mais, très-probablement, par le même mécanisme qui affaiblissait les actions réflexes physiologiques, il s'était fait une sorte de repos dans les symptômes. L'oppression était beaucoup moindre, la toux à peu près nulle, la voix restait rauque et presque éteinte, mais l'enfant parlait bas, du bout des lèvres; elle était gaie, et elle souriait en demandant ses poupées.

Mon père voulait pratiquer la trachéotomie: car il était certain que ce calme trompeur n'aurait pas une longue durée; mais la mère s'y opposa avec énergie. Elle ne voulait pas prendre sur elle de permettre une opération, qui, disait-elle, en laissant des traces sur la partie antérieure du cou, défigurerait sa fille, d'une rare beauté. Le mari était en voyage dans le midi; on l'avait averti par dépêche. Il devait revenir dans la nuit seulement, vers le matin. Elle voulut absolument que l'on attendît son retour. Quand il arriva, il était trop tard, l'enfant expirait étouffée et épuisée par cette longue lutte. La première asphyxie avait eu lieu, une vingtaine d'heures auparavant, dans la matinée de la veille. Les étouffements n'avaient reparu que vers la fin de l'après-midi. Peut-être cette enfant aurait-elle pu guérir si on l'avait trachéotomisé lorsque mon père le voulait.

Dr Victor Revillout.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

M. Norman (de Bath) a aussi lié la fémorale avec le boyau de chat coupé court, le 7 mars 1818. L'opération réussit; mais la plaie qui « d'abord avait paru se réunir en deux jours, se

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 août.

sépara. Il s'ensuivit une suppuration longue et pénible, et, la plaie n'était pas cicatrisée avant la fin d'avril. On ne vit pas tomber la ligature (*Med. chir. Trans.*, X, 120). »

Sir P. Crampton a, de son côté, employé le boyau de chat préalablement humecté pour lier l'iliaque primitive en 1828 (*Med. chir. Trans.* XVI, 163). La ligature ne fut pas coupée court; elle tomba le huitième jour, et le malade se plaignit à ce moment d'une vive douleur. Il mourut d'une hémorrhagie soudaine par le bout supérieur du vaisseau, en moins d'une minute, le dixième jour ou deux jours après la chute de la ligature. Quinze heures après l'opération, les pulsations reparurent au point de faire craindre que la ligature ne se fût ramollie et relâchée. Voici la note prise le jour de la chute de la ligature : « Le sang est-il revenu par les anastomoses nombreuses entre les iliaques internes? ou bien la ligature a-t-elle macéré et cédé? Les pulsations sont plus fortes qu'on ne pourrait le supposer, si la tumeur ne recevait que le sang provenant de la circulation collatérale. L'opinion la plus justifiée est donc que la ligature a dû céder. » Porta, *loco cit.*, en commentant ce cas et celui de Bertolozzi, dit que, dans les les deux cas, il y eut sans doute quelque erreur en serrant la ligature ou coupant les bouts; et quand on lit l'observation de sir P. Crampton et la description de la manière dont le nœud fut serré, on voit qu'il est très-probable que l'artère n'a pas été suffisamment étreinte. Cette opinion fut corroborée par les résultats de l'autopsie. L'artère n'était pas divisée, mais les tuniques internes et moyennes étaient complétement divisées, et il y avait une ouverture qui n'est pas mentionnée dans la description de Crampton, et par laquelle s'échappait l'eau ou l'air que l'on poussait par le bout supérieur du vaisseau. Cette ouverture communiquait avec un abcès entourant l'artère, et c'est ainsi qu'une voie était offerte au sang provenant de l'artère pour arriver à la plaie.

Je désire faire sur ce cas les remarques suivantes : 1° Si la ligature eût été convenablement préparée, elle eut maintenu en contact les parois du vaisseau et eût empêché ainsi la circulation du sang, jusqu'à ce que les tuniques internes divisées se fussent suffisamment réunies pour résister à l'ondée sanguine. Mais, dans l'état des choses, l'artère, affaiblie par la violence qu'elle avait supportée et par la division d'une notable épaisseur de sa paroi, a sans doute été déchirée par l'effort d'une ondée sanguine énergique ; 2° ou bien, si les parties entourant le vaisseau s'étaient solidement réunies dans les premières heures qui suivirent l'opération, elles auraient pu rendre le même service. C'est ce qui semble être arrivé pour la carotide dans mon opération de ligature périphérique double. On voit deux petites dépressions, juste à côté de la ligature, sur la surface interne du vaisseau. L'un ne conduit pas à l'extérieur, mais l'autre aboutit à un petit sac formé par le tissu cellulaire ou par la tunique externe et qui contient un petit caillot ancien. Si la formation de ce petit sac eût été empêchée par la suppuration autour de l'artère, il est très-probable que la petite ouverture aurait pu s'élargir et donner lieu à une hémorrhagie. Si sir P. Crampton eût convenablement préparé le boyau de chat, s'il eût solidement serré la ligature et coupé correctement les deux bouts, s'il eût, enfin, traité la plaie et le malade en vue d'obtenir une réunion rapide des parties profondes, il n'y aurait sans doute pas eu d'hémorrhagie.

Dans un cas récent de ma pratique, le malade mourut le vingt-septième jour après l'amputation de l'avant-bras, d'une pyohémie chronique, qui, à ce que je crois, avait débuté avant l'opération. Le moignon était cicatrisé, à l'exception d'un petit pertuis conduisant dans un petit abcès contenant environ deux drachmes de pus fétide. On ne retrouva pas traces des ligatures en boyau de chat qui avaient été appliquées. Elles étaient au moins au nombre de quatre, sur la radiale, la cubitale et les interosseuses. Il se peut que quelques autres artères aient été liées, mais on n'en a pas pris note. L'une des grosses artères, ayant été divisée obliquement, nécessita deux ligatures. Il n'y avait aucun signe d'irritation dans les points où ces ligatures avaient été appliquées, ni amas de pus ou commencement de formation de kyste. L'existence d'un abcès dans le moignon était évidemment due au défaut de puissance vitale. Durant la première quinzaine, le moignon s'était cicatrisé rapidement ; mais ensuite les forces du malade s'affaissèrent, la cicatrisation s'arrêta et le pus devint fétide. Comme je pansais toujours le moignon moi-même, je crois pouvoir être sûr que les ligatures ne sont pas tombées. En outre, dans une grande partie du moignon les bords s'étaient réunis par première intention et plusieurs des sutures qui étaient également en boyau de chat ne furent jamais enlevées. Elles furent abandonnées à elles-mêmes, la partie qui se trouvait sous la peau se fondit, et le reste tomba quand ce travail fut achevé. (Je vous montre ici les artères de ce malade.)

C'est la seule occasion que j'aie eue d'examiner le siége d'une opération un peu importante à une période qui permit de s'assurer de la disparition des ligatures, si ce n'est une autre amputation (de cuisse) dans laquelle le malade mourut le sixième jour. La ligature en boyau de chat appliquée sur la fémorale était très-ramollie et atténuée, de façon qu'elle était très-relâchée et qu'on put l'enlever sans la moindre difficulté. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie secondaire, mais il n'y avait que peu de caillots dans l'artère, et je ne suis pas convaincu que l'hémorrhagie ne serait pas arrivée si le malade eût vécu plus longtemps. Ce cas se présenta dans les premiers temps que j'employais le boyau de chat, de telle sorte que je ne suis pas certain que le fil ait été convenablement préparé. Comme le premier cas, il prouvait la réalité de l'absorption du fil en boyau quand il est enseveli dans les tissus.

Une autre preuve certaine de cette absorption est le fait noté par le professeur Lister et que j'ai vérifié maintes fois, à savoir, que si l'on emploie cette substance pour entourer une plaie, si on la retire au bout de quelques jours, la partie qui a été ensevelie au-dessous de la plaie est réduite au volume d'un fil ténu et cette ténuité est proportionnelle, cela va sans dire, au temps pendant lequel elle est restée dans les tissus; jusqu'à ce qu'enfin, comme je l'ai dit pour mon amputation de bras, les parties profondes de la suture se fondent complétement et ses parties superficielles tombent. Ainsi un nouvel avantage de ces sutures, c'est qu'elles n'ont pas besoin d'être retirées. De plus, l'absorption de la ligature est prouvée par la réunion primitive qui se fait au-dessus d'elle, réunion dont j'ai eu surtout un frappant exemple dans ma pratique. Il y a quelques années, j'enlevai un sein et quelques glandes axillaires pour un squirrhe au moyen d'une incision de plus de six pouces de long. Toute la plaie se réunit par première intention au-dessus des ligatures en boyau de chat. Je gardai la malade quelque temps à l'hôpital pour voir si les ligatures ensevelies dans la plaie produiraient quelque irritation. Mais il ne survint rien de semblable. Je revis la malade longtemps après, et m'assurai que ni irritation ni abcès ne s'étaient montrés au voisinage de la plaie. Je mentionne ce fait, parce qu'il m'a été possible de revoir la malade longtemps après la cicatrisation de la plaie.

Mais, depuis qu'on emploie cette substance, il est devenu

extrêmement fréquent d'observer la réunion par première intention à la suite de la ligature des artères volumineuses. Dans un discours d'ouverture prononcé à l'Institut médical de Liverpool, en 1871, sur les progrès récents de la chirurgie, M. Bickersteth dit, à la page 20 : « Pendant ces trois dernières années, j'ai lié la fémorale cinq fois, la carotide primitive une fois, l'iliaque primitive une fois ; et chaque fois, sauf une exception, la place s'est cicatrisée aussitôt sans suppuration. »

M. Heath a dernièrement lié la carotide gauche pour un anévrysme de l'aorte, avec un fil en boyau de chat qu'il a coupé court ; la plaie n'a été visitée que le huitième jour, et elle a été trouvée entièrement cicatrisée par première intention. Le malade est en ce moment dans notre salle, et vous allez pouvoir constater combien a été simple et parfaite la réunion de la plaie.

Dans l'ouvrage bien connu du professeur Lister *Sur la ligature des artères par la méthode antiseptique*, il produit des faits qui, à son avis, justifient l'opinion suivante : « Il paraît donc, qu'en appliquant une ligature composée d'un tissu animal sur une artère, par la méthode antiseptique, qu'elle soit lâche ou serrée, nous l'entourons virtuellement d'un anneau de tissu vivant, et nous consolidons le vaisseau dans le point où nous l'obstruons. Le chirurgien peut donc, à présent, lier un tronc artériel dans sa continuité au voisinage d'une grosse branche et rester à l'abri d'une hémorrhagie secondaire, comme d'une suppuration profonde, pourvu qu'il ait suffisamment étudié les principes de la méthode antiseptique et qu'il ait suffisamment examiné les détails du mode de pansement le plus applicable au cas particulier auquel il a affaire, pour être certain d'éviter la putréfaction de la plaie. Pour ma ma part, j'entreprendrais sans hésitation la ligature de l'innominée, certain que ce serait une opération parfaitement innocente. »

J'ai évité, à dessein, de parler des principes de la *méthode antiseptique* tels qu'ils ont été établis par le professeur Lister, non pas que je ne reconnaisse le grand intérêt de la question, mais parce que je n'ai ni le temps ni les matériaux nécessaires pour les discuter d'une manière approfondie. Mais je ne puis pas m'empêcher de reconnaître une chose, c'est que, quelle que soit l'explication que M. Lister donne de sa méthode de panser les plaies, qu'elle soit vraie ou fausse, cette méthode réussit souvent, je ne dirai pas uniformément, à produire une réunion rapide, surtout dans les parties profondes de la plaie ; et si l'on accorde ce point, que tout chirurgien qui voudra bien se donner la peine d'expérimenter ce mode de pansement ne pourra pas refuser ; si l'on accorde également (ce que l'on ne peut ne pas faire puisque c'est une chose démontrée) que la ligature en corde à boyau, dans les circonstances favorables, se fond dans les tissus sans amener d'ulcération, comment peut-on nier que, lorsqu'une artère est liée avec cette substance et que la plaie est traitée de façon à ce que les parties profondes se cicatrisent promptement, elles n'offrent les chances de cette réunion par première intention qu'ont recherchée Hunter et ceux qui l'ont suivi. Cette réunion rapide est impossible avec la méthode ordinaire, où un fil de soie entretient l'irritation et l'ulcération dans l'artère liée et autour d'elle, propageant l'inflammation depuis le fond jusqu'à la surface de la plaie.

Dans mon opération de double ligature périphérique, les plaies ne furent pas traitées d'une manière particulière. A la vérité, je les pansai immédiatement après l'opération d'après la méthode recommandée par M. Lister ; mais la turbulence du malade, pendant la nuit suivante, dérangea tout le pansement, et l'air avait pu pénétrer librement au fond des plaies pendant plusieurs heures avant que je ne puisse voir le malade. Je supprimai donc ce pansement, appliquant des compresses mouillées. L'état exact des artères liées nous est montré par la préparation et le dessin qui sont devant vous. Vous remarquerez que la carotide n'était obstruée que par un petit caillot, qui est tombé hors du vaisseau quand on a fait la section. Il est prouvé, cependant, que l'obstruction était complète pendant la vie, par ce fait qu'on ne put jamais sentir qu'un pouls imperceptible dans la temporale et qu'on n'en sentit plus du tout un mois entier après l'opération ; de telle sorte qu'il est impossible qu'il y ait eu un ramollissement prématuré de la ligature et une réouverture de la lumière de l'artère, comme il est arrivé dans le cas de sir P. Crampton et dans un cas où M. Spence lia la carotide ; et il n'y a pas de doute, à mon avis, que, si le malade eût vécu un peu plus longtemps, un diaphragme permanent aurait remplacé le caillot dans la carotide, et elle eût alors présenté un état analogue à celui de la sous-clavière. Ce dernier vaisseau est entièrement fermé par une substance oblitérante ou diaphragme qui est fort bien représenté dans ce dessin et qui à l'œil nu offre l'aspect d'une substance fibreuse, mais que je n'ai pas fait examiner au microscope pour ne pas détruire l'état de l'artère. Ce diaphragme ne semble pas avoir plus d'un quart de pouce environ d'épaisseur.

Ce cas fournit donc une preuve anatomique certaine de ce que nous avaient fait soupçonner les faits cités plus haut de M. Dister, M. Bickersteth, M. Heat et de moi-même, à savoir qu'il est possible de lier une grosse artère chez l'homme, de façon à ce que la plaie puisse se réunir par première intention et que le malade n'ait jamais à courir le danger d'une hémorrhagie secondaire. Mon observation montre de plus ce que l'expérience qui n'est pas confirmée par la dissection ne peut montrer, que la ligature en boyau de chat peut disparaître par absorption et le vaisseau n'être pas divisé.

DE LA PÉRITONITE IDIOPATHIQUE AIGUE DES ENFANTS

DE SA TERMINAISON PAR SUPPURATION ET PAR ÉVACUATION DE PUS A TRAVERS L'OMBILIC (1)

par M. le docteur Gaudfron, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Il existe chez les enfants une variété de péritonite qu'on peut appeler péritonite aiguë essentielle ou idiopathique. Le plus souvent généralisée, cette péritonite est, dans quelques cas assez rares, circonscrite à une partie plus ou moins étendue de la séreuse péritonéale. — Cette péritonite frappe, le plus souvent, mais non pas exclusivement les petites filles; Duparcque avait donné à tort à cette maladie le nom de péritonite essentielle des jeunes filles. — Cette maladie atteint surtout les enfants de cinq à douze ans; les refroidissements, les mouvements immodérés paraissent être les causes les plus communes de cet maladie. — La péritonite idiopathique peut se terminer par suppuration, et même dans ce cas tout espoir de guérison n'est pas perdu. — La péritonite idiopathique suppurée peut se guérir spontanément par une évacuation de la collection purulente intra-péritonéale à travers la cicatrice ombilicale, préalablement distendue en forme de hernie ombilicale. — Le phlegmon sous-péritonéal ou des parois abdominales est l'affection avec laquelle on pourrait le plus facilement confondre la péritonite idiopathique des enfants. J'ai donné un certain nombre de signes qui suffiront, je crois, dans la plupart des cas pour établir le diagnostic de ces deux affections.

---

(1) In 8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris V. Adrien Delahaye et Ce.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III

L'action de l'État dans les universités allemandes, quelles qu'aient été les libertés intérieures dont aient joui ces établissements dans leur administration et dans leur enseignement, a longtemps été effective. Les gouvernements ne croyaient pas devoir abdiquer tout contrôle en ce qui concerne la sanction définitive donnée à l'étudiant qui quitte les bancs de l'école. Nous arrivons à la question des examens d'État (*staats examen*), établis dans les universités des pays du Nord et du Sud, et dans les universités de la Suisse allemande, et indispensables jusqu'à ces dernières années pour pratiquer la médecine.

L'examen d'État en Allemagne n'est point une chose nouvelle, il remonte même, comme il est facile de s'en convaincre en consultant les historiens de la médecine outre-Rhin, à l'année 1538, époque à laquelle une ordonnance souveraine avait stipulé que, pour obtenir le titre de maître en chirurgie, il faudrait soutenir un examen devant les doyens de la corporation des chirurgiens (2). Toutefois jusqu'au commencement du siècle dernier, cette action de l'État ne s'étendait point d'une manière complète sur toutes les catégories de personnes s'occupant de l'art de guérir. En Prusse, jusqu'en 1725, le titre de docteur *délivré* par une université ouvrait une double carrière à la pratique de la médecine, que l'université fît d'ailleurs partie, politiquement parlant, de la Prusse ou d'un autre pays de l'Allemagne, ce droit était le même, et les docteurs prussiens n'avaient aucun avantage sur les médecins des nations allemandes voisines.

En 1725, soit que le titre de docteur, étant conféré avec une trop grande facilité par les Facultés de médecine, il fut devenu nécessaire d'intervenir au nom de l'intérêt public; soit que l'on voulut seulement protéger les docteurs prussiens contre la concurrence des autres docteurs allemands, probablement pour ces deux motifs, l'État se décida à rendre, le 27 septembre 1725, une ordonnance, d'après laquelle les médecins ne seraient autorisés à pratiquer qu'après avoir fait, devant un jury composé de membres choisis par le gouvernement dans un collége supérieur de médecine et un collége médical chirurgical, une leçon d'anatomie et une composition écrite sur un cas de médecine pratique. Cette commission était considérée comme seule compétente pour juger et statuer en dernier ressort, la Faculté et ses promotions honorifiques ne venaient qu'en second lieu (3).

C'est là le commencement de l'*établissement des examens d'État en Prusse.*

Cette mesure fut ensuite introduite dans la plupart des autres pays de l'Allemagne. On voit que l'examen de doctorat universitaire ne suffisait plus seul, et que si cet examen devait cependant précéder l'examen d'État, celui-là seul avait une importance capitale, puisque seul il conférait le droit de pratique, le droit de profession. En 1739, en 1791 et en 1798, quelques modifications furent faites sans importance réelle ; l'examen d'État fut rendu plus sérieux et le programme des matières, sur lesquelles le docteur-candidat avait à répondre, fut notablement augmenté. C'est ainsi qu'en 1798, le candidat devait faire en outre une leçon de clinique pratique.

La même année 1725, un examen d'État était aussi établi pour les chirurgiens. Il y avait alors des chirurgiens de première classe pour les grandes villes, et des chirurgiens de seconde classe pour les petites villes et les campagnes. L'examen d'État ne modifia point ces divisions. A cette époque, en Allemagne comme ailleurs, de nombreux conflits professionnels éclataient entre les chirurgiens et les médecins, les premiers n'étant jamais bien fixés sur la limite de pratique professionnelle qu'ils ne devaient point franchir. En ce qui concerne les accouchements par exemple, les chirurgiens avaient le droit de les faire, mais surtout quand il devait se pratiquer quelque opération obstétricale. Pour cette pratique d'accouchements, du reste, ils n'avaient pas besoin de faire un examen d'État particulier. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que le chirurgien devait avoir déjà passé l'examen de Faculté ou d'École chirurgicale, avant de se présenter à l'examen d'autorisation professionnelle.

En ce qui touche l'organisation des examens en Prusse, et en général dans l'Allemagne du Nord, il faut arriver à 1825 et au ministère, resté célèbre, d'Altenstein, pour trouver quelque modification importante dans l'ordre de la médecine. Les universités prussiennes, Halle, Breslau, Kœnigsberg, Greifswald, Berlin et Bonn, faisaient toutes des nominations de docteurs. Le *certificat de maturité* à la sortie du gymnase était la seule condition à l'immatriculation sur les registres des Facultés de médecine ; la durée des études médicales universitaires était depuis 1804 de trois années environ ; en 1826 le minimum fut porté à quatre années. En 1826, cependant (ordonnance du 17 janvier), avant de pouvoir passer les examens de la Faculté de médecine et l'examen d'État, l'étudiant devait subir un examen dont les matières étaient du ressort de la Faculté de philosophie. Cet examen portait sur la logique, la psychologie, la physique, la chimie, la géologie, la botanique, la minéralogie, et avait le nom de *tentamen philosophicum* ; il était purement oral, et pour le faire passer à l'étudiant en médecine, les professeurs de la section de philosophie se rendaient dans les salles de la Faculté de médecine. L'étudiant devait donc apporter ce certificat, manière de baccalauréat physique et philosophique, pour se présenter aux véritables examens médicaux ; il devait en outre présenter deux autres certificats attestant que son séjour à l'université avait été de quatre ans, et que la quatrième année des études avait été consacrée à la fréquentation d'un institut pratique et des cliniques.

Les examens d'État pouvaient toujours seuls donner le droit d'exercice. Les élèves en médecine du royaume devaient tous se présenter devant la commission supérieure établie à Berlin ; une exception était faite en faveur des étudiants très-pauvres, qui les dispensait du voyage de Berlin. Ils pouvaient se présenter devant une commission supérieure déléguée qui fonctionnait dans les diverses Facultés de province. Cette obligation de venir passer son examen d'État à Berlin excita à cette époque des plaintes universelles de la part des médecins, des étudiants et des Facultés elles-mêmes. Le ministre Altenstein répondait aux observations générales, qu'il était nécessaire que cette commission supérieure siégeât à Berlin sous la surveillance même du ministre de l'instruction publique, et qu'une capitale seule pouvait fournir assez d'hommes distingués pour composer cet important jury.

En ce qui concerne la composition de ces hauts conseils scientifiques, nous voyons qu'ils sont constitués très-généralement par les éléments mêmes de la Faculté dont ils sont chargés de contrôler les actes. Le professeur Billroth dit, dans son livre (1), que quand il passa son examen d'État, en 1853, la commission, devant laquelle il comparut, était composée d'un professeur ordinaire, de trois ou quatre professeurs extraordinaires et de deux ou trois privat-docents. L'examen dure fort longtemps, il y a de nombreuses épreuves de clinique. Comme indication exacte et générale, il fallait deux examinateurs pour l'anatomie, quatre pour la chirurgie, quatre pour la médecine, deux pour les accouchements, quatre pour la matière médicale, la physiologie, les sciences naturelles, la médecine légale. Il était difficile de trouver en dehors de la Faculté elle-même, un nombre aussi considérable de médecins, au courant de la science et des progrès quotidiens, qui voulussent consacrer leur temps à faire partie de ces commissions.

Le règlement de 1825 avait établi en Prusse, dans l'ordre de la médecine, plusieurs catégories professionnelles. La Faculté de médecine délivrait le diplôme de docteur en médecine et en chirurgie, et ce titre, scientifique et honorifique à la fois, permettait de devenir : 1° médecin praticien (*medicus purus*) ; 2° chirurgien et méde-

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 août.

(2) Jusqu'en 1811, la corporation des chirurgiens resta confondue avec la corporation des barbiers et des baigneurs étuvistes. En Bavière, nous avons vu que les barbiers, après un examen, peuvent encore se livrer dans les campagnes comme dans les villes, à Munich par exemple, à la pratique de la petite chirurgie.

(3) *Die medicin. Wissench.*, ch. III.

(1) Ouvr. ge cité, p. 162.

cin (*medico-chirurgus*), pour l'obtention de ce second titre, il fallait passer un examen qui donnait encore le titre *d'opérateur;* 3° enfin privat-docent.

En dehors de cette première partie du personnel médical, il existait des chirurgiens de première et de seconde classe, que l'on peut assimiler à nos officiers de santé. Les chirurgiens de première classe ne pouvaient être promus qu'à Berlin.

Pour être nommé médecin praticien, le docteur prussien devait subir un examen oral portant sur l'anatomie (préparation de pièces), puis un examen écrit (histoire d'une maladie, le candidat était même enfermé pour faire cette composition); enfin un examen clinique médical qui consistait en deux semaines de visites à des malades et en un certain nombre de diagnostics à porter et à justifier. Il devait, en outre, subir un examen sur la chirurgie dans les mêmes termes que sur la médecine, quand il voulait pratiquer telle autre branche de l'art. Toutefois la promotion des médecins praticiens comme celle des chirurgiens n'était faite qu'après des exercices opératoires sur le cadavre, des applications de bandages et d'appareils.

Pour les chirurgiens de première classe, l'examen était à peu près le même que le précédent, mais on insistait moins sur la partie théorique et sur la pathologie interne.

Pour les chirurgiens de seconde classe, l'examen comprenait des travaux écrits (histoire d'une maladie), des interrogations sur l'anatomie, l'application des bandages et des appareils, une opération de petite chirurgie sur le cadavre, enfin des questions sur la chirurgie clinique au lit du malade.

La pratique des accouchements n'était comprise dans aucun des examens des différentes catégories de personnes médicales que nous venons de passer en revue. Pour faire des accouchements et avoir le titre *d'accoucheur*, il fallait passer un examen spécial; et, pour se présenter à cet examen, il fallait être médecin (*medicus purus*), (*medico-chirurgus*), ou enfin chirurgien de première ou de seconde classe.

De même pour avoir le titre de médecin oculiste, il fallait subir un examen particulier auquel les simples chirurgiens étaient du reste admis.

En 1848, le mouvement général des esprits tendait à ce que la profession médicale, fut délivrée en tant que métier, du contrôle de l'État. Ces aspirations ne furent en aucune façon réalisées.

En 1849; les Écoles (secondaires) médico-chirurgicales qui existaient en Prusse furent supprimées. Les chirurgiens seuls étaient formés dans ces établissements, et cette catégorie médicale tomba de plus en plus.

Un règlement officiel en 1852 (8 octobre) fut rendu, par lequel le *medicus purus* était de même supprimé et les accouchements rendus obligatoires dans l'examen d'État de médecine. La commission supérieure siégeait d'ailleurs toujours à Berlin et, on alla jusqu'à établir un examen d'État pour les médecins dentistes.

EXAMENS ACTUELS DE MÉDECINE. — DROIT DE PRATIQUE MÉDICALE EN ALLEMAGNE.

Cet historique terminé, et l'importance du contrôle de l'État mise en relief autant que possible, voyons quelle est la situation de la question à l'heure présente.

Depuis les événements de 1870-1871 et la constitution définitive de l'empire allemand, de profondes modifications ont été faites dans les examens médicaux et dans le droit d'exercer la médecine.

Tandis que la Belgique persistait et s'avançait même dans une voie qui a conduit ses études scientifiques supérieures à un abaissement déplorable, tandis que l'Assemblée de Versailles, imitant le petit pays voisin, essayait, par esprit de parti, de créer dans l'État des foyers d'instruction supérieure destinés à propager tout autre chose que la science, et abaissait par l'établissement bâtard des jurys mixtes, les Facultés de l'université nationale, l'empire allemand prenait une route toute opposée.

D'une part, il établissait l'exercice libre de la médecine, sans plus de restrictions qu'en Angleterre; mais loin d'ouvrir à une puissance, ennemie de la société civile, les portes de l'enseignement supérieur, il gardait en sa main le droit de recommander au public, par l'examen des Facultés nationales et par l'examen d'État rendus plus sévères, les sujets ayant fait des études médicales et voulant s'en faire un titre aux yeux des malades en demandant une sanction officielle.

A l'heure présente tout le monde peut exercer la profession médicale; la liberté de profession est établie. Mais celui qui exerce la médecine, sans avoir passé l'examen d'État et l'examen de Faculté, ne peut s'intituler ni *docteur* ni *médecin*.

Nous avons vu plus haut que les Écoles médico-chirurgicales ont été supprimées en 1849; il n'y a plus en Allemagne de chirurgiens proprement dits ou officiers de santé; pareille suppression a été faite en Autriche à une époque moins éloignée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

197. Biéchy. Essai sur la luxation sous-astragalienne en dedans.
198. Fouassier. De la numération des globules du sang dans les suites de couches physiologiques et dans la lymphangite utérine.
199. Foucaut. De la luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant.
200. Servantie. Des rapports du diabète et de la syphilis.
201. Laydeker. Considérations sur la symptomatologie et le diagnostic de la tuberculose aiguë à forme typhoïde.
202. Moriez. De l'impaludisme dans ses rapports avec les lésions traumatiques.
203. Cottret. Considérations sur un cas d'ectropion par adhérence consécutif à un abcès de l'orbite.
204. Armaignac. De la greffe animale et de ses applications à la chirurgie.
205. Barbanneau. De l'érysipèle à distance.
206. Jordanoff. Quelques considérations et observations sur l'angine diphthéritique.
207. Gauthier. Contribution à l'étude de la paraplégie ischémique.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 103. — MARDI 5 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 5 SEPTEMBRE 1876. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA FORMATION DU SUCRE DANS LE SANG OU SUR LA FONCTION DE LA GLYCÉMIE PHYSIOLOGIQUE

Par M. Claude BERNARD.

Dans mes deux précédentes communications (1), j'ai abordé l'histoire critique expérimentale de la formation du sucre chez les animaux. Je vais reproduire aujourd'hui cette étude, interrompue par des circonstances indépendantes de ma volonté.

Je me propose, dans ce travail, d'établir le phénomène de la glycémie physiologique, en montrant que, chez l'homme et les animaux, le sucre est un élément constant du fluide sanguin et en faisant voir, en outre, que ce principe sucré se détruit et se régénère incessamment dans le sang, au moyen d'une véritable fonction physiologique réglée par le système nerveux. La démonstration de la glycémie, ainsi comprise, exige à la fois une exposition claire des faits nouveaux et une critique précise des faits anciens.

C'est à ce titre de produit pathologique qu'on a d'abord signalé la présence du sucre dans le sang de l'homme. Après que le célèbre médecin anglais Willis eut, il y a deux siècles (1647) (2), attiré l'attention des pathologistes sur la qualité sucrée des urines des diabétiques, on voulut remonter à la cause de cette altération des urines et l'on eut l'idée que le sang des malades diabétiques pourrait bien lui-même aussi être sucré : c'est le professeur Dobson (de Westminster), qui paraît le premier, en 1775 (3), avoir eu la pensée de faire cette recherche, et, depuis lui jusqu'à nos jours, la présence du sucre dans le sang des diabétiques, a été une question admise ou débattue parmi les médecins et les chimistes.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* des 9, 10, 11, 22, 25 et 27 janvier 1876.
(2) Th. WILLIS, *Pharmaceutæ rationalis sive diatriba de medicamentorum operationibus in humano corpore;* Oxford, *Opera omnia;* Amstelodami, 1682, t. II, p. 64.
(3) DOBSON (Mathew), *Experiments and observ. on the urine in a diabetes* (Med. obs. by a Society of Physicians in London, 1775, p. 298).

Pour expliquer la présence de cette matière sucrée du sang, on admit d'abord qu'elle apparaissait physiologiquement dans l'organisme sous l'influence d'un état morbide, soit du sang, soit du rein, soit de l'appareil intestinal.

Mais la physiologie vint apprendre ensuite, qu'à l'état de santé, la digestion naturelle des aliments féculents donne naissance dans l'intestin à de la matière sucrée, qui est absorbée avec le chyle et déversée dans le sang. Tiedemann et Gmelin signalèrent les premiers ce fait dans leurs recherches sur la digestion, publiées en 1827 (1).

Après cette découverte, il fallut bien renoncer à considérer la matière sucrée comme un produit nécessaire de la maladie et admettre la possibilité du passage normal du sucre alimentaire dans le sang.

En 1848, ainsi qu'on le sait déjà, je découvris la fonction glycogénique du foie, et je vins montrer que la glycémie ou la présence du sucre dans le sang qui s'y rattache est complétement indépendante de l'état pathologique et de la nature de l'alimentation. C'est pourquoi j'ai caractérisé cette troisième et dernière période de la question, en la désignant sous le nom de période de la *glycémie* physiologique, voulant bien indiquer par là que, au lieu d'être un phénomène anormal ou accidentel, la glycémie ou la présence du sucre dans le sang se ramène à une véritable fonction physiologique.

Mais j'ai ajouté que, pour établir scientifiquement la glycémie physiologique, il ne fallait pas seulement apporter des faits et des expériences incontestables; il fallait encore, à l'aide de ces connaissances nouvelles, faire la critique des opinions et des faits antérieurs, de manière à les réduire et à les comprendre dans les derniers résultats obtenus. Ce travail de critique expérimentale est aujourd'hui absolument nécessaire aux progrès de la science physiologique. Je vais donc l'entreprendre pour la glycémie, en suivant les différentes phases que la question a parcourues et en essayant de montrer que les résultats nouveaux que je ferai connaître expliquent ou suppriment de la science, comme n'ayant plus de raison d'y être conservées, toutes les recherches contradictoires faites avant moi sur le même sujet.

Les médecins et les chimistes qui ont recherché la présence du sucre dans le sang se sont divisés en plusieurs camps : les uns, tels que Dobson, Rollo, Ambrosiani (2), Mac-Gregor,

(1) *Recherches expérimentales physiologiques et chimiques sur la digestion*, t. I, p. 199 et suiv., traduction de Jourdan; Paris, 1827.
(2) AMBROSIANI, *Annal. universal. de medec.;* Milano, 1835.

admirent la présence du sucre dans le sang des diabétiques; les autres, tels que Nicolas et Gueudeville, Vauquelin et Ségalas (1), Henry et Soubeiran (2) la nièrent; enfin un troisième groupe d'observateurs tels que Wollaston (3), Bouchardat (4), avancèrent que la présence du sucre dans le sang des diabétiques n'est pas une chose constante. Que penser de ces opinions diverses et même opposées? Faut-il les admettre toutes comme étant fondées sur l'observation de faits réellement contradictoires? Certainement non; car les phénomènes de la nature, par eux-mêmes, ne sauraient jamais être en contradiction : ce sont les opinions erronées des hommes qui seules se contredisent; et, à ce sujet, on confond presque toujours l'interprétation des faits avec les faits eux-mêmes. Quand on dit, par exemple, qu'il y a ou qu'il n'y a pas de sucre dans le sang des diabétiques, on n'exprime pas un fait, comme on semble le croire : on émet simplement une opinion ou une interprétation déduite de l'emploi de méthodes ou de procédés de recherches, qui constituent seuls les faits nécessaires à connaître pour porter un jugement sur l'opinion exprimée. Or, nous allons voir que les méthodes expérimentales, et, par conséquent, les interprétations qu'on en a tirées sont fautives aussi bien de la part de ceux qui ont affirmé que de ceux qui ont nié la présence du sucre dans le sang. Je ne fatiguerai pas l'Académie par les détails de mon examen critique (5), je m'arrêterai seulement à quelques indications générales qui seront relatives : 1° aux procédés chimiques mis en usage pour la recherche du sucre dans le sang; 2° aux conditions physiologiques dans lesquelles le sang a été examiné; 3° enfin à l'influence que les idées théoriques régnantes ont exercé sur la direction des recherches.

Relativement aux procédés chimiques de la recherche du sucre dans le sang, il y a des auteurs tels que Dobson, Wollaston, Bouchardat, qui n'indiquent pas la manière dont ils ont opéré; leur opinion se réduit ainsi à une simple assertion qui ne repose sur aucune démonstration. Vauquelin et Ségalas ont opéré sur le sang après la saignée. Ils ont fait un extrait alcoolique dans lequel, disent-ils, ils n'ont pas reconnu la saveur sucrée. Henry et Soubeiran ont également examiné le sang après sa coagulation, et en ont fait de même un extrait alcoolique dans lequel ils n'ont pu constater le sucre ni par la saveur sucrée ni par la fermentation. Quant au professeur de Pavie, Ambrosiani, il a procédé autrement : il a coagulé le sang par la chaleur après l'avoir étendu d'une certaine quantité d'eau; il a séparé, par le filtre, la partie coagulée et a obtenu un liquide rougeâtre dont il a précipité encore les matières albuminoïdes par l'acétate de plomb. Il s'est débarrassé ensuite de l'excès de plomb par un courant d'hydrogène sulfuré et a achevé de clarifier en faisant bouillir avec une solution aqueuse de blanc d'œuf battu. Le liquide final étant concentré par l'évaporation, il y constata la présence du sucre à l'aide de la fermentation. Mac-Gregor a suivi la même méthode et, comme Ambrosiani, il a constaté l'existence du sucre dans le sang.

Sans doute, en tant que procédé chimique, la précipitation du sang par l'alcool, mise en usage par Vauquelin et Ségalas, par Henry et Soubeiran, est un bon moyen de séparer le sucre qui reste dissous dans l'extrait alcoolique; mais notre objection portera ici sur les conditions physiologiques dans lesquelles le sang a été examiné, et nous dirons immédiatement que la destructibilité du sucre dans le sang est si grande qu'une recherche faite vingt-quatre heures après la saignée, comme l'ont pratiquée les observateurs que nous venons de nommer, n'a aucune valeur; il faut agir sur le sang chaud au sortir des vaisseaux. Nous verrons plus loin que toute l'exactitude des résultats chimiques dans le sujet qui nous occupe dépend des conditions physiologiques dans lesquelles on s'est placé : ce qui prouve une fois de plus, comme nous ne cessons de le répéter, que la chimie biologique reste complétement incertaine si elle n'a pas la physiologie elle-même pour base.

Quant aux analyses positives d'Ambrosiani et de Mac-Gregor, elles peuvent, comme les autres, pécher par les conditions physiologiques, mais elles sont, en outre, passives d'une cause d'erreur grave, qui tient au procédé chimique lui-même. En effet, dans ce procédé, on clarifie le liquide dans lequel on recherche le sucre avec du blanc d'œuf. Or, nous savons aujourd'hui (1) que le blanc d'œuf renferme du sucre (glycose), et en plus forte proportion que le sang lui-même. Il n'est donc pas étonnant qu'Ambrosiani et Mac-Gregor aient trouvé du sucre dans le sang, puisque, sans s'en douter, ils en ajoutaient par le fait du procédé de recherches qu'ils ont mis en usage.

En résumé, de tout ce que nous venons de dire, il résulte que les expériences au moyen desquelles les auteurs précédemment cités ont cru pouvoir nier ou affirmer la présence du sucre dans le sang chez les diabétiques n'ont réellement aucune valeur scientifique; elles doivent être rayées de la science et répudiées comme des essais, des tâtonnements entachés d'erreurs qui ne méritent plus que l'oubli.

Nous n'en dirons pas autant des expériences de Tiedemann et Gmelin. Ces expérimentateurs ont agi sur le chyle, le sang frais du chien, au sortir des vaisseaux; ils ont précipité les matières coagulables par l'alcool et reconnu la présence du sucre dans l'extrait alcoolique repris par l'eau, au moyen de la fermentation. Magendie n'indique pas comment la recherche du sucre a été faite dans ses expériences, mais je sais et je puis dire que le sang a été coagulé au sortir des vaisseaux par l'eau bouillante et le sucre constaté à l'aide du réactif cupro-potassique, soit directement, soit après évaporation et concentration. Les expériences de Tiedemann et Gmelin, ainsi que celles de Magendie, restent donc exactes comme faits bruts, mais l'interprétation qui les faisait rattacher à une alimentation amylacée ou sucrée est au contraire erronée.

Cette réflexion nous conduit tout naturellement à examiner notre troisième point de la critique expérimentale : je veux parler de l'influence que les idées théoriques, soit généralement régnantes, soit spéciales à l'investigateur, exercent sur l'interprétation et la direction des recherches.

Une idée admise dès l'antiquité, et qu'on avait pris l'habitude de considérer comme une sorte d'axiome ou de vérité démontrée, est que le sucre était l'apanage exclusif du règne végétal; aussi, quand les médecins virent cette substance apparaître dans les urines ou dans le sang des diabétiques, ils expliquèrent sa présence par un état pathologique, par un trouble profond qui avait, en quelque sorte, transformé les fonctions animales en fonctions végétales, en empêchant l'animalisation ou l'assimilation de l'azote des aliments. Plus tard, quand l'expérimentation physiologique vint démontrer que le sucre se rencontre dans les liquides intestinaux et dans le sang à la suite de la digestion des aliments féculents, on considéra cette glycémie comme le résultat exclusif de l'alimenta-

(1) *Note sur le diabète sucré* (Journ. de chimie méd., t. I, p. 1; 1825).
(2) *Journal de Pharmacie*, t. XII, p. 320; Paris, 1826.
(3) *On the existence of sugar in the blood*, etc. (*Philosoph. Mag.*, t. XXXVII, p. 79).
(4) *Revue médicale*, p. 321; 1839.
(5) *Revue scientifique*, nos 22 et 23; année 1874.

(1) Bernard et Bareswill. *Compte rendu de la Société de biologie.*

tion végétale, et cela toujours en vertu de la même idée régnante, que les végétaux seuls étaient capables de former du sucre. Cette idée était même si puissante, qu'on n'eut pas la pensée de rechercher, à titre de contrôle, si le sang d'un homme ou d'un animal nourri de viande était ou non privé de matière sucrée.

Et cependant, en nous plaçant au point de vue rigoureux de la méthode expérimentale, ce contrôle était absolument nécessaire ; car, pour prouver que le sucre du sang provenait bien des matières amylacées, il ne suffisait pas d'avoir rencontré du sucre dans le sang des animaux nourris avec de la fécule, mais il fallait, d'autre part, démontrer qu'il n'en existait pas dans le sang des animaux privés de matières amylacées dans leurs aliments. Les préceptes de la méthode expérimentale, auxquels on doit se soumettre comme à une consigne rigoureuse, exigeaient, je le répète, cette expérience de contrôle, qui eût rectifié immédiatement la conclusion erronée tirée des expériences.

Je n'ai pas agi autrement : c'est en faisant cette simple expérience de contrôle que j'ai trouvé qu'il y a toujours du sucre dans le sang de tous les animaux, quelle que soit la nature de l'alimentation, et même en l'absence de toute alimentation, c'est-à-dire après une abstinence prolongée. Ainsi, on le voit, les difficultés de cette découverte ne résidaient pas, à vrai dire, dans les imperfections des analyses chimiques ou des procédés d'expérimentation physiologique, mais principalement dans la pression d'une idée régnante dont il fallait se dégager à l'aide de la méthode expérimentale. Si j'insiste, dès à présent, sur ce point, c'est afin de montrer que, dans nos études de critique expérimentale, que je désire poursuivre sur beaucoup d'autres parties de la science physiologique, nous n'aurons pas seulement à considérer les méthodes et les procédés manuels d'expérimentation que nous employons, mais aussi et surtout les conditions physiologiques des expériences, ainsi que les théories et les tendances de l'esprit qui nous dirigent dans nos investigations. J'ai déjà traité longuement de ces questions de méthode (1) et je n'ai pas à y revenir ; je me bornerai à rappeler que dans la science des êtres vivants, la seule dont il s'agisse ici, les théories sur lesquelles l'expérimentateur peut s'appuyer sont encore si incertaines, qu'il doit toujours en douter et garder toute sa liberté d'esprit pour ne s'attacher qu'au seul principe de certitude scientifique que nous ayons, le déterminisme absolu des phénomènes.

Pour aujourd'hui, je m'arrêterai à l'historique de la question. Dans ma prochaine communication, j'entrerai dans l'examen des conditions chimiques et physiologiques qu'il est nécessaire de remplir pour donner la démonstration expérimentale rigoureuse de la glycémie physiologique.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Du zona.

I

Le zona est une maladie qu'on rencontre assez fréquemment dans la pratique et qui peut présenter certaines difficultés de diagnostic, de pronostic et de traitement. Il est donc bon que vous sachiez les différents aspects qu'elle est susceptible de revêtir, les conséquences qu'elle entraîne et les moyens de la combattre.

Un malade actuellement dans nos salles servira de point de départ à cette leçon.

C'est un garçon boucher de 36 ans, fort, vigoureux, qui s'est toujours bien porté. Il déclare seulement avoir éprouvé, il y a six ans, une douleur rhumatismale localisée dans l'épaule gauche, douleur qui a persisté pendant quatre mois et n'a cédé qu'à des injections hypodermiques, ainsi qu'à des douches de vapeurs administrées sur la partie malade. La semaine dernière, après avoir présenté un certain degré de malaise, de courbature et même de fièvre, il ressentit dans le bras une douleur s'irradiant jusque dans la main. Le lendemain, il vit apparaître, dans le même membre et limitées à cette région du corps, des plaques rouges surmontées, suivant son expression, de boutons saillants qui persistant les jours suivants engagèrent le malade à venir à l'hôpital, où il est entré mercredi dernier.

A ce moment, voici ce que nous avons constaté. On était frappé de la présence sur le bras, de taches rouges, ovales, isolées les unes des autres et séparées par des intervalles de peau saine. Sur ces taches rouges, il existait des saillies vésiculeuses contenant de la sérosité transparente en certains points, brunâtre dans d'autres. Ces vésicules étaient groupées les unes à côté des autres au nombre de 15 ou 20 sans jamais se confondre.

L'éruption était limitée au bras droit, où elle semblait suivre de haut en bas, jusque dans le doigt indicateur et le médius, une ligne régulière qui se rapprochait assez du trajet du nerf médian. En même temps, il existait une douleur particulière qui avait précédé l'éruption : elle était lancinante, continue, semblable à celle qu'aurait déterminée une brûlure. Elle suivait la même direction que l'éruption et, comme elle, aboutissait à l'indicateur et au médius du même côté.

En présence de l'association d'une douleur et d'une éruption spéciales, on devait immédiatement penser au zona, car de tels caractères n'appartiennent qu'à cette maladie.

Je définirai le *zona*, une maladie caractérisée par une éruption confluente de plaques rouges, érythémateuses, sur lesquelles se développent des vésicules ordinairement groupées au nombre de dix ou douze, les unes à côté des autres ; puis, par une douleur névralgique concomitante existant dans les régions occupées par l'éruption. La douleur et l'éruption suivent, en général, une ligne assez régulière en rapport avec la direction d'un nerf ou de plusieurs nerfs voisins. Enfin, la maladie se présente seulement sur une moitié du corps. Elle est unilatérale, et, en cela, il en est d'elle comme de l'hémiplégie.

Tantôt elle débute par des phénomènes de malaise général, tantôt par un accès de fièvre assez intense, quelquefois par de la céphalalgie des écœurements, par des vomissements même. Dans certains cas enfin, le début est annoncé uniquement par une douleur siégeant en un endroit quelconque du corps. Cette douleur peut précéder de quelque temps l'éruption qui n'apparaît qu'après un intervalle qui varie de quelques heures à deux ou trois jours. Celle-ci est constituée d'abord par des plaques d'un rose assez foncé, disparaissant à la pression, et très-délimité. Ces taches rouges ont une forme tantôt ronde, tantôt ovale, mais en général, assez régulière. Puis, très-promptement, on voit survenir sur ces taches une éruption vésiculeuse composée de 4, 5, 10, 12, 20 vésicules qui, d'abord très-distantes les unes des autres, restent dans cet état pendant plusieurs jours, puis grossissent de plus en plus et finissent par rompre leur cloisons et se confondre avec leurs voisines, de

---

(1) Voir mon *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865.

manière à déterminer un soulèvement assez considérable de l'épiderme, qui cependant n'arrive jamais au volume d'une bulle.

Ces vésicules contiennent d'abord une sérosité tout à fait transparente et présentent même un brillant particulier; puis, au bout de quelques jours, par suite de la formation de quelques leucocytes, elles prennent un aspect lactescent, quelquefois même tout à fait purulent. Enfin, elles peuvent être mélangées de quelques globules sanguins, devenir brunâtres, et, dans certaines circonstances, tout à fait rouges, suivant la quantité de sang qu'elles renferment. J'ai eu occasion, avec M. Renaut, d'examiner au microscope, la sérosité contenue dans les vésicules brunâtres de notre malade, et nous avons manifestement vu que le liquide contenait des leucocytes et quelques globules sanguins.

De même que les plaques sur lesquelles elles se développent, ces vésicules sont distribuées suivant une ligne en général régulière qui suit le trajet d'un ou de plusieurs filets nerveux voisins. Chez notre malade, vous avez vu que l'éruption paraissait suivre la direction du nerf médian et même du musculo-cutané.

Ces plaques et ces vésicules sont ordinairement séparées par un intervalle de peau saine; néanmoins, quand le zona se développe dans une région très-circonscrite, comme les tempes, le front, il n'est pas rare de les voir se réunir et couvrir toute la région malade. Au contraire, quand la maladie se manifeste dans une région du corps assez étendue, l'éruption est le plus ordinairement discrète.

Une fois formées, ces vésicules et ces plaques se comportent d'une manière différente. Au bout de quelques jours, la rougeur disparaît, et il ne persiste plus que les vésicules, qui, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, ne tardent pas à se dessécher. La sérosité qu'elles renfermaient se concrète et il reste une croûte brûnatre, très-sèche, très-adhérente, qui finit elle-même par tomber, en laissant au-dessous d'elle une cicatrice violette qui s'effacera dans la suite. D'autres fois, si l'épiderme qui contient la sérosité vient à se déchirer, il se fait une petite ulcération, parfois assez profonde, qui lorsqu'elle s'enflamme est entourée d'un cercle rouge. Cet état provoque alors une douleur spéciale, mais qui n'est plus celle du zona. Quand ces ulcérations sont un peu plus profondes, on peut les voir se recouvrir d'une pseudo-membrane qui finit par se détacher, mais qui laisse au-dessous d'elles une cicatrice qui, parfois, persiste d'une manière indélébile.

Enfin, dans certains cas, on voit se manifester un phénomène particulier : un phlegmon se développe au-dessous des plaques; celles-ci se gonflent, présentent tous les caractères de l'inflammation et, en s'ulcérant, finissent par donner issue à une quantité de pus plus ou moins considérable.

D'autres fois, autour des plaques, on voit apparaître une zone grisâtre, sur laquelle il n'est pas rare de voir se développer quelques phlyctènes, qui indiquent qu'il se fait là une véritable gangrène. Puis, les parties mortifiées se détachent et donnent lieu à une ulcération profonde qui guérit tantôt après quinze jours, tantôt seulement au bout de six semaines, quelquefois même deux mois.

Je vous ai dit qu'en outre de l'éruption, le zona s'accompagnait encore d'un autre phénomène particulier, la douleur. Mais, quoi qu'en disent les auteurs, celle-ci n'est pas constante et fait surtout défaut chez les enfants et les adolescents. Il en est alors du zona, comme de toutes les maladies en général, dans lesquelles certains symptômes peuvent manquer.

Néanmoins, dans la plupart des cas, la douleur existe ; quelquefois même, elle est le premier phénomène qui se manifeste ; et ce n'est qu'au bout de quarante-huit heures, de trois ou quatre jours même, qu'on voit apparaître l'éruption. Elle se présente avec un caractère de douleur névralgique ; c'est-à-dire qu'elle est sourde, continue, lancinante. Quelquefois même elle est caractérisée par une certaine sensation de chaleur et de brûlure particulière. Il semble aux malades qu'ils ont été touchés par de l'eau bouillante. Telle était l'impression que notre malade nous dit avoir ressentie au début.

Tantôt ces douleurs sont tellement légères qu'il est nécessaire, pour que le malade les accuse, d'éveiller son attention sur ce point, tantôt au contraire, elles sont si intenses qu'elles empêchent le sommeil.

Quant au siége de cette douleur, il est spécial, c'est-à-dire qu'elle suit très-nettement le trajet d'un ou de plusieurs nerfs. C'est seulement dans les régions où il existe quelques filets nerveux qu'on la voit se manifester, et on ne la trouve pas dans les parties voisines. On la rencontre tantôt dans les plaques, tantôt à côté, souvent même elle apparaît là où il n'y a pas d'éruption.

Quant à sa durée et à sa marche, la douleur peut n'exister que pendant les premiers jours, ou bien durer autant que le zona. De plus, ordinairement, elle se prolonge au-delà de l'éruption.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Ulcération syphilitique du gland, pustules d'ecthyma de même nature sur différentes parties du corps. — Retrécissement inflammatoire de l'urèthre, cachexie syphilitique rapide. — Mort.

(Observation recueillie par M. H. de Brun Du-Bois-Noir, interne du service.)

Le nommé Antoine F..., âgé de trente-six ans, se présente à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 8 avril, pour y être traité d'une affection vénérienne qu'il a contracté il y a près de deux mois.

Un chancre phagédénique *très-douloureux*, survenu quarante jours après le coït, a détruit une partie du gland; de larges croûtes blanchâtres, de la grandeur d'une pièce de deux francs, s'observent au front, au sourcil gauche, à la paroi antérieure de l'abdomen et aux cuisses.

Le malade nous assure que sa santé a jusqu'ici été excellente; mais il est tellement impressionné par l'affection dont il est atteint, que sa constitution physique en est altérée. La pâleur de son visage dénote une chloro-anémie, que l'on ne peut attribuer qu'à une cachexie syphilitique.

Nous cherchons à relever son moral; en même temps, le malade applique sur le chancre de la charpie imbibée de vin aromatique opiacé et panse les pustules avec du cérat au calomel. Il prend matin et soir une cuillerée à bouche de sirop de Gibert, et à chaque repas une cuillerée de vin de quina.

Mais le séjour à l'hôpital lui est défavorable, et M. Fleury l'engage à aller respirer l'air des montagnes du Cantal, où il habite, en lui recommandant de continuer le même traitement et de se nourrir le mieux possible.

Il part un peu rassuré, moins souffrant; mais, dans l'impossibilité où il est de se soigner chez lui, il revient à Clermont et rentre à l'Hôtel-Dieu le 29 avril.

Les douleurs de la verge sont un peu moins vives, mais les pustules ont augmenté d'étendue; elles ont pris la teinte verdâtre et indéfinissable du rupia; la démoralisation est portée aussi loin que possible.

Le même traitement et le même régime que la première fois sont prescrits, et l'état semble tout d'abord s'améliorer. La tristesse est toujours la même.

Le 3 mai, il nous déclare qu'il éprouve de la douleur et de la diffi-

culté lorsqu'il urine; un jour même, la miction ne peut s'effectuer.

On doit supposer naturellement que le méat urinaire est peu perméable, puisqu'il est entouré de bourgeons chancreux. Une bougie conique le traverse cependant avec assez de facilité, et pénètre à 4 ou 5 centimètres de profondeur. Mais là, elle est arrêtée par un obstacle qu'elle ne peut franchir.

Le malade aurait-il eu une gonorrhée et un rétrécissement consécutif? Il nous affirme que l'affection pour laquelle il est à l'hôpital est la seule maladie vénérienne qu'il aït eue.

Nous continuons une dilatation graduelle avec des bougies coniques, et, au bout de deux jours, le canal est libre. Il n'y avait donc plus qu'à continuer le traitement interne et à maintenir la liberté de l'urèthre.

Le 8 mai, un mouvement fébrile se manifeste; la peau est chaude, la soif vive, la langue sèche, en un mot, le malade a tous les symptômes d'un état inflammatoire bien prononcé. Les toniques et les mercuriaux sont suspendus et remplacés par des boissons adoucissantes.

Le 9, la fièvre persiste; les pommettes sont rouges et saillantes, le pouls est précipité, la respiration difficile.

Le 10, la respiration s'embarrasse de plus en plus; pouls rapide, mais faible et dépressible, les ailes du nez battent. Léger subdelirium. Délire dans la nuit.

Le 11, le malheureux succombe.

Une terminaison aussi funeste ne peut être attribuée qu'à l'état moral de notre malade. La malignité du virus ne saurait être invoquée, car d'après les renseignements que nous a donnés le sujet lui-même, six personnes de sa connaissance auraient été infectés par la même femme, et il ne nous a jamais dit que leur état fut comparable au sien. On ne saurait non plus faire intervenir comme cause de cette marche foudroyante la constitution ou les antécédents de l'individu, qui sont en tous points irréprochables.

Forcé de retourner dans ses montagnes avec une affection que l'on y observe encore bien rarement, et que l'on considère comme un déshonneur, il a été réellement impressionné et n'a pu, malgré une médication active, réagir contre le principe virulent.

Le tissu spongieux de l'urèthre, à quatre travers de doigt du méat, était converti en un détritus gangréneux, qui s'étendait au corps caverneux. Les bourses et le bas-ventre offraient, au bout de vingt-quatre heures, par une température de +10°, un état de putréfaction avancée.

Les viscères contenus dans les cavités splanchniques n'ont pas été examinés. L'analyse du sang n'a pu être faite.

ANESTHÉSIE

PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE CHLORAL (1).

Par M. J. LINHART, médecin de la marine autrichienne.

L'anesthésie par injection intra-veineuse de chloral, préconisée par M. le professeur Oré (de Bordeaux), a rencontré tant d'opposition, qu'il appartient à ceux qui y ont eu recours de faire connaître les résultats qu'ils ont observés. Encouragé par les défenseurs distingués de la méthode Oré, je me permets de vous adresser le fait suivant et de le soumettre au jugement de l'Académie des sciences.

Au mois d'octobre de l'année passée, un homme robuste, très-musculeux, atteint depuis cinq jours d'une luxation intra-glénoïdale de l'humérus droit, eut recours aux soins d'un chirurgien, qui me demanda de l'assister. Nos tentatives de réduction sans anesthésie furent vaines; la résistance active et passive du patient était extrême. Nous nous décidâmes alors à l'anesthésier. L'examen du malade donne les résultats suivants :

(1) Extrait d'une lettre adressée à M. le baron Larrey et communiquée à l'Académie des sciences dans la séance du 3 juillet 1876.

Pas d'affection des organes de la circulation ni de la respiration; pas d'autre contre-indication de l'anesthésie. Le sujet a été anesthésié par inhalation de chloroforme deux fois; mais, chaque fois, les médecins auxquels il eut recours avaient remarqué un violent état d'exaltation au commencement du nervosisme; le malade pouvait à peine être dompté. Il vomissait pendant et après, il souffrait ensuite beaucoup de fortes nausées et restait les deux jours suivants sans appétit.

Je me décidai alors à l'anesthésier selon la méthode de M. le professeur Oré, par injection intra-veineuse de chloral. Mon collègue ayant donné son consentement, je m'occupai d'abord de la préparation de la solution de chloral; nous en avions de trois provenances : du français, de l'anglais, de l'allemand; les solutions des deux premiers étaient fort acides, celle du chloral français, qui avait été décomposé par l'effet du temps, était de plus troublée; le chloral allemand parut préférable, et nous le choisîmes pour en faire une solution absolument limpide et neutralisée à l'aide de quelques gouttes d'une solution de carbonate de soude.

A défaut de la pompe de M. le professeur Oré, j'employai une seringue calibrée presque du même volume, et je me servis d'une aiguille d'or neuve, que je fis aiguiser et polir finement après avoir retiré sa lance d'acier. L'extrémité de la seringue fut revêtue d'une petite pièce de crêpe fine comme la toile d'araignée, afin d'arrêter les corpuscules étrangers qui, à mon insu, auraient pu pénétrer dans la solution, d'ailleurs bien filtrée, parfaitement pure et limpide.

La pompe est remplie de la solution au quart; il faut ajouter une très-petite quantité d'eau distillée, afin que chaque division de sa tige indique 1 gramme de chloral; elle s'articule exactement avec le pavillon de l'aiguille en or. Les bulles d'air étant chassées, je commence au bras gauche.

A neuf heures du matin, avec l'injection de 25 grammes de chloral, le pouls est de 80 à la minute. Un appareil électrique est prêt. — A neuf heures une minute, nous sommes à 50 centigrammes. — A neuf heures deux minutes, nous sommes à 1 gramme; pouls 96. — A neuf heures trois minutes, nous sommes à 1gr50; pouls 96. — A neuf heures quatre minutes, nous sommes à 2 grammes, pouls 100. — A neuf heures cinq minutes, nous sommes à 2gr50, pouls 120. Respiration régulière, un peu plus fréquente. — A neuf heures six minutes, nous sommes à 3 grammes; pouls 100. Sommeil; difficulté de parler. — A neuf heures sept minutes, nous sommes à 3gr50; pouls 100. — A neuf heures huit minutes, nous sommes à 3gr75; légère congestion à la face, l'insensibilité commence. — A neuf heures neuf minutes, nous sommes à 4 grammes; pouls 100; respiration normale. — A neuf heures dix minutes, nous sommes à 4gr25; pouls 100. Congestion fiévreuse de la face; sommeil profond; le bras *droit* élevé tombe sans résistance; l'insensibilité est presque complète; les cornées sentent encore le contact du doigt. — A neuf heures dix minutes trente secondes, nous sommes à 4gr50. — A neuf heures onze secondes, nous sommes à 5 grammes; pouls 96, régulier. — A neuf heures onze minutes trente secondes, nous sommes à 5gr25. — A neuf heures onze minutes, nous sommes à 5gr50, pouls 96. — A neuf heures douze minutes trente secondes, nous sommes à 5gr75; pouls 96. La sensibilité des cornées s'émousse. — A neuf heures treize minutes, nous sommes à 6 grammes; pouls 96. Les cornées sont encore sensibles; nous attendons une minute. — A neuf heures quatorze minutes, nous sommes à 7 grammes; pouls 100. Anesthésie absolue; pas un mouvement réflexe.

Aussitôt, la réduction de l'humérus luxé est faite avec une facilité extrême.

Le malade demeure absolument anesthésié pendant une demi-heure; réveillé alors, il boit et s'endort pendant quelques heures. Puis le malade se réveille et reprend connaissance. Il évacue un litre environ d'une urine limpide, aqueuse, ne renfermant point de sang. Aucune irritation de la veine, point de phlébite, point de coagulation. Le patient se trouvait fort bien de ce narcotisme; point de vomissement pendant l'opération; point de vomissement, point de nausée après; le même jour, il mangeait peu et buvait aussi.

Il paraît d'ailleurs que la sensibilité du malade resta émoussée à

un certain degré pendant une partie de la journée suivante; en effet, après le réveil définitif, dans l'après-midi du jour de l'opération et pendant la nuit, qui fut très-bonne, il n'accusa point de douleur à l'épaule malade; il n'en ressentit pas non plus le lendemain matin; ce fut seulement dans l'après-midi qu'il s'exprima de la sorte: « Si l'on ne m'avait pas dit ce qui s'est passé, il me semblerait n'avoir souffert qu'une forte contusion de l'épaule. »

Tels sont ces résultats d'une forte injection de 7 grammes de chloral en quatorze minutes. On aurait pu, il est vrai, faire la réduction à l'aide du chloroforme, mais avec les différences suivantes :

1° La quantité de l'anesthésique aurait dû être beaucoup plus grande.

2° On aurait dû anesthésier beaucoup plus longtemps.

3° On aurait eu à lutter contre une forte exaltation, une résistance extrême; de plus, le malade aurait vomi pendant l'opération, aurait souffert longtemps de nausées et de vomissements après le narcotisme, comme le rendent probable les expériences faites précédemment sur lui; il aurait dû certainement rester à jeun pendant un ou deux jours.

4° Après le narcotisme, il aurait été complétement réveillé et aurait souffert les premières et les plus fortes douleurs de l'opération, qui lui furent épargnées par l'anesthésie à l'aide de l'injection intra-veineuse de chloral.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV

La personne qui pratique la médecine sans être docteur (de Faculté) ni médecin (d'État), est responsable de toutes les erreurs commises dans l'exercice de sa profession, et les tribunaux la condamnent, en cas de poursuites de la part de la partie lésée, aux amendes et aux peines les plus sévères (emprisonnement variant de quelques mois à dix ans et plus).

D'autre part les étudiants, qui veulent obtenir une sanction officielle, peuvent ou prendre le titre de docteur à la Faculté de médecine, ou prendre le simple titre de *médecin* (*artz*) en passant l'examen d'État. L'examen de Faculté, comme l'examen d'État, confère d'ailleurs le droit de pratiquer la médecine ; la seule différence c'est que si l'on ne passe que l'examen d'État on ne peut pas se dire docteur, mais s'intituler simplement *médecin* (*artz*), et que si l'on ne passe que l'examen de la Faculté on peut seulement se dire docteur. Tels sont les règlements, assez singuliers d'ailleurs, qui régissent actuellement l'exercice de la médecine.

Droit de pratiquer accessible à tout le monde ; responsabilité couverte par l'État ou la Faculté, dans le cas ou l'on a pris le titre de docteur ou de médecin. L'examen d'État et l'examen de Faculté ont la même valeur pour le droit d'exercer avec sanction officielle, seulement le titre de docteur conserve toujours sa valeur aux yeux du public. D'ailleurs un grand nombre d'étudiants passent les deux examens (2). Cette observation n'a pas besoin d'être faite pour les personnes qui veulent devenir assistants, docents, médecins dans les hôpitaux, etc. L'examen de la Faculté de médecine est surtout théorique, l'examen d'État est un examen surtout pratique.

Ainsi donc, l'État en Allemagne n'a point cru à un péril sérieux par la liberté de profession, parce qu'il n'a point supprimé la garantie effective que lui seul peut et doit donner, quand il s'agit d'une question aussi grave que celle de la santé publique, et parce que les personnes qui ont besoin de médecins savent qu'elles peuvent toujours trouver des soins émanant de sujets reconnus par l'État capables et compétents.

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 septembre.

(2) Pour passer l'examen de Faculté le candidat doit verser 6 à 700 francs environ ; l'examen d'État ne coûte que 280 francs. L'étudiant moins fortuné, qui va exercer dans un village ou une petite ville, se contente de l'examen qui coûte moins cher.

Le public peut s'adresser à ses risques et périls à des débitants (que l'on nous permette l'expression et la comparaison) dont l'État ne garantit point la marchandise ; quand il aura fait plusieurs écoles, il saura exactement où il doit s'adresser pour confier le soin de sa santé.

Le véritable danger, disent les Allemands avec une grande justesse, ne gît pas dans la liberté de profession, mais dans les fausses garanties que le public rencontre dans des titres et droits conférés par des Facultés libres mises exactement sur le même pied que les Facultés de l'État, jouissant des mêmes priviléges, et de la même autorité, par conséquent, aux yeux du public. Mieux vaut pas de diplôme obligatoire, mieux vaut liberté professionnelle entière, qu'un diplôme obligatoire, alors que la collation des grades est enlevée à l'État pour être remise à des Facultés libres désormais maîtresses de se créer à bon compte une clientèle assurée d'étudiants, en délivrant des diplômes avec une facilité dérisoire, et d'abaisser ainsi le niveau des études scientifiques d'un pays, dans le seul but de faire les affaires d'un parti et de s'emparer de l'opinion. Si l'on veut donner des garanties au public, il faut que ces garanties soient réelles, et le diplôme *obligatoire* librement conféré par les universités libres, à l'instar des Facultés d'État, n'est plus qu'un trompe-l'œil, parce qu'il fait croire à des garanties qui pour le moins n'ont rien de fixe ni de certain. La Belgique s'est chargée de faire sur elle-même les expériences destinées à convaincre en Europe les nations qui seraient tentées de l'imiter, et le beau rapport de M. Waddington, notre ministre d'instruction publique, montre enfin que, tout en respectant la liberté d'enseignement supérieur, la France ne se laissera par entraîner plus longtemps dans une voie si mauvaise. L'Allemagne, du reste, aujourd'hui, en mettant en pratique le principe de la liberté de profession a fait bien voir que ce principe n'est vraiment radical que de nom et d'apparence, en réalité rien de plus conservateur et de moins subversif, à la seule condition que la loi ne trompe pas le public en lui garantissant les diplômes délivrés plus ou moins facilement par des professeurs, dans la dépendance des élèves, à l'égal de ceux que délivrent, après longues études et épreuves sérieuses, les professeurs de l'État vraiment libres, ceux-là sont mis par leurs titres scientifiques et leur position, à l'abri de toute pression capable d'influencer leurs jugements. Quant aux jurys mixtes, un instant inscrits dans notre loi française, ce régime bâtard n'était que la première étape dans un chemin qui devait naturellement conduire les Facultés libres aux examens et à une collation de grades tout à fait indépendante, au *jus promovendi* complet. Ces considérations, suggérées par le système allemand, ne visent du reste en aucune façon, notre liberté d'enseignement supérieur, très-dintincte de la liberté des professions libérales.

Voici maintenant le programme des examens de médecine actuels dans les Facultés de l'empire allemand. Depuis 1869, un caractère plus pratique leur a été donné, ainsi qu'il est facile de le voir en rapprochant ce programme des détails historiques donnés plus haut sur cette même question.

I. *Tentamen physicum.* (En 1861, cet examen a remplacé le *tentamen philosophicum;* on supprima la logique et la psychologie, pour donner plus d'extension aux sciences naturelles.)

Cet examen correspond à l'examen de science naturelle en Autriche (1).

Matières de l'examen : anatomie, physiologie, chimie, physique, sciences naturelles (botanique, zoologie, minéralogie). Cet examen est seulement oral.

Le doyen de la Faculté de médecine préside le jury, et les examinateurs sont désignés chaque année par le ministre ; leur nombre n'est pas limité, ce sont généralement les professeurs des matières sur lesquelles le candidat doit être interrogé.

Pour passer ce premier examen, l'élève n'a qu'à présenter un certificat de maturité indiquant qu'il a fait toutes ses classes au gymnase, et à justifier de son immatriculation sur les contrôles de la Faculté de médecine.

L'examen est passé au plustôt après deux ans d'études, au plus tard après trois ans; il a lieu pendant toute l'année.

(1) Cf. Lettre septième.

II. *Examen d'État* (staats-examen) pour *pratiquer la médecine, la chirurgie et les accouchements.*

Il n'y a plus que des *médecins* en Allemagne, le titre d'officier de santé (*Wundartz*), de chirurgien étant supprimé.

Cet examen correspond à l'examen autrichien, qui confère en même temps que le droit de pratique dans tout l'empire austro-hongrois le grade de docteur; nous n'avons pas à revenir sur la différence qui existe entre la collation des grades en Autriche et en Allemagne. Rappelons seulement qu'en Autriche, l'étudiant passe du même coup son examen de Faculté et son examen d'État, puisque les commissaires du gouvernement siégent dans les jurys d'examens de doctorat à côté des professeurs de Faculté.

L'examen d'État allemand ne donne que le titre de *médecin* (*artz*); il confère le droit d'exercer la médecine, la chirurgie et les accouchements dans tout l'empire d'Allemagne.

Le titre de docteur n'est pas conféré par cet examen d'État; l'examen de la Faculté seule le donne.

L'examen d'État peut être passé dans toutes les universités de l'empire; il est soutenu devant des commissions d'examens spéciales, nommées dans ce but par le ministre de l'instruction publique de chacun des pays faisant partie de l'empire.

Ces commissions sont renouvelées chaque année.

Les professeurs des universités forment ces hauts jurys dans lesquels *les privat-docents entrent aussi très-largement.* Une personnalité scientifique éminente, en dehors de la Faculté, peut être désignée par le ministre pour présider la commission.

Chacune des parties de l'examen doit comprendre trois examinateurs.

Les examens durent tout l'année, en exceptant naturellement les vacances de Pâques qui durent un mois, et celles de fin d'année qui durent de juillet à novembre environ.

Pour se présenter à cet examen, l'étudiant en médecine devra montrer son certificat de maturité gymnasiale; justifier sa réception au *tentamen physicum*, et apporter en outre une attestation écrite prouvant qu'il a suivi, au moins deux semestres, les cliniques de chirurgie et de médecine, et *qu'il a fait lui-même au moins quatre accouchements dans un service d'accouchements.*

L'étude des matières demandées dans cet examen exige quatre années au moins de séjour dans la Faculté de médecine.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

208. Descamps. Étude sur la luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius.

209. Mouton. Des tumeurs hypertrophiques et vasculaires de l'urèthre chez la femme.

210. Catteau. De l'ombilic et de ses modifications dans les cas de distension de l'estomac.

211. Violet. Du pain.

212. Breton. Quelques considérations sur la guérison des plaies chirurgicales et traumatiques chez les Annamites.

213. Jéhanne. Quelques considérations sur l'action de la chaleur extérieure sur les fonctions et les organes de l'homme; du rôle étiologique de cet agent dans la fièvre intermittente.

214. Valdivieso. De l'exstrophie de la vessie envisagée spécialement au point de vue du traitement chirurgical.

215. Duzan. Du cancer chez les enfants.

216. Bourdeloy. De la diarrhée chez les tuberculeux. Division : diagnostic; traitement.

217. Bernard. Quelques considérations pratiques sur l'infection palustre à propos de deux cas de fièvres pernicieuses observés à bord de la frégate *la Clorinde*, dans la station navale de la côte orientale d'Afrique et de la mer des Indes.

218. Lemoine. De la thoracentèse dans le traitement de la pleurésie aiguë.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués dans le service médical des eaux minérales, pendant les années 1872 et 1873 :

Médailles d'argent. — MM. Bona, médecin-inspecteur des eaux d'Évaux. — Bonnet de Malherbe, médecin-inspecteur des eaux de Néris. — Collin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré. — Grimaud, médecin-inspecteur des eaux de Baréges. — Jaubert, médecin-inspecteur des eaux de Gréoulx. — Leplat, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Hamman-Rira. — Reeb, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — Ticier, médecin-inspecteur des eaux de Capvern.

Rappels de médailles d'argent. — MM. Barudel. — Chabannes. — Dubois. — Joubert. — Niepce. — Privat.

Médailles de bronze. — MM. Balley, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires. — Bordes-Pagès, médecin-inspecteur des eaux d'Aulus. — Doin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — Finaz, médecin-inspecteur des eaux de Charbonnières. — Lafaille, médecin-inspecteur des eaux de Barbotan-les-Bains. — Le Cler, ancien médecin-major, médecin consultant à Contrexéville. — Matet, médecin-inspecteur des eaux de Castera-Verduzan. — Perelli, médecin-inspecteur des eaux de Piétrapola.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Chabert est nommé prosecteur près ladite école.

— Le service médical de nuit fait son tour de France. Marseille vient de l'installer; seulement, au lieu de recevoir leurs honoraires par visite, les médecins toucheraient 300 francs par an.

— Le docteur Jean (de Creully), quelques jours après avoir soigné un malade atteint de diphthérite, a lui-même succombé victime de cette terrible maladie. Il avait à peine trente ans. C'était un ancien élève de l'École de Caen. — (*L'Année médicale.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1874 et 1875 (premier semestre), par M. le docteur Péan ; suivies : 1° des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1874 au 1er juin 1875; 2° de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui de 1864 à 1875 ; 3° de considérations sur la forcipressure, d'après les leçons de M. Péan en 1874, par MM. Deny et Exchaquet. — 1 fort vol. in-8° avec 40 figures dans le texte et 4 planches coloriées dans le texte. Prix : 20 francs.

Le second volume, qui paraîtra dans quelques mois, comprendra le second semestre de l'année 1875 et l'année 1876. Les volumes suivants comprendront chacun une année et paraîtront le 1er janvier de chaque année. — Paris, 1876, Germer-Baillière.

Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta, les déchirures du périnée, etc., etc., par J. Matthews Duncan, président de la Société obstétricale d'Édimbourg. Ouvrage traduit par le docteur P. Budin, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec une préface de M. S. Tarnier, chirurgien chef de la Maternité. — Traduction revue par l'auteur avec figures intercalées dans le texte. — Paris, 1876, 1 vol. in-8° de 505 pages. Broché, 12 francs ; cartonné, 13 francs. — Octave Doin.

Des tumeurs hypertrophiques et vasculaires de l'urèthre chez la femme et suivies d'un appendice sur les kystes du méat, par le docteur Mouton. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 104. — JEUDI 7 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 7 SEPTEMBRE 1876. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA GLYCÉMIE. — DES CONDITIONS PHYSICO-CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES A OBSERVER POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS LE SANG,

Par M. Claude BERNARD.

I

Dans une précédente communication (1), j'ai retracé l'histoire critique des recherches faites avant moi sur la présence du sucre dans le sang. Aujourd'hui, je vais fixer les conditions précises dans lesquelles il convient d'instituer les expériences nouvelles.

Le physiologiste doit, dans toutes ses investigations sur les êtres vivants, avoir égard à deux ordres de considérations : en premier lieu, il faut trouver des procédés anatomiques ou physico-chimiques d'expérimentation aussi précis et aussi simples que possible ; en second lieu, il faut déterminer avec le plus grand soin toutes les conditions physiologiques des phénomènes vitaux.

On est assez généralement convaincu, aujourd'hui, de la nécessité d'avoir de bons instruments pour expérimenter en physiologie ; mais on est beaucoup moins pénétré de l'idée que la véritable exactitude, dans la science des phénomènes de la vie, réside particulièrement dans la détermination rigoureuse des conditions organiques dans lesquelles on opère. Il ne faut, en effet, jamais perdre de vue un seul instant que l'organisme vivant, surtout celui des animaux à sang chaud, est le terrain le plus instable et le plus mobile que l'on puisse imaginer. Toutes les excitations du système nerveux amènent incessamment des variations de pression sanguine, des ébranlements plus ou moins profonds dans les appareils fonctionnels, et, à chaque instant, à chaque minute, les tissus et les fluides animaux changent et se modifient comme les manifestations vitales elles-mêmes. C'est pour toutes ces raisons qu'il faut constamment chercher à réunir, dans les procédés d'investigations physiologiques, ces conditions essentielles : la précision et la célérité.

Dans l'étude expérimentale de la glycémie qui va suivre, nous examinerons d'abord quelles sont les méthodes physico-chimiques les plus propres à la recherche du sucre dans le sang ; nous indiquerons ensuite les procédés de vivisection les plus rapides et les plus convenables pour extraire le sang des vaisseaux, ainsi que les conditions physiologiques délicates qu'il faut remplir pour obtenir de bonnes expériences.

Cette double connaissance nous est, en effet, indispensable, si nous voulons, d'une part, prouver la justesse de notre critique sur les travaux anciens, et, d'autre part, établir pour l'avenir une discipline physiologique plus sévère.

A. — DES MOYENS PHYSICO-CHIMIQUES PROPRES A DÉCELER LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE SANG.

Le sucre qui se rencontre normalement dans le sang de l'homme et des animaux est le même que celui qui se trouve dans l'urine des diabétiques. Il se range parmi les sucres de la seconde espèce, les glycoses ; il dévie à droite le plan de polarisation ; il subit la fermentation alcoolique sous l'influence de la levûre de bière, réduit les sels de cuivre dissous dans la potasse, se colore en jaune ou en brun par l'ébullition avec les alcalis. On peut encore concentrer la matière sucrée ou la précipiter de sa solution alcoolique au moyen de l'éther, et obtenir ainsi le sucre du sang en nature.

Tous les caractères chimiques précédemment énumérés doivent se trouver réunis, pour que la démonstration de la présence du sucre soit complète. Une seule réaction ne saurait suffire pour caractériser un principe immédiat, ainsi que le faisait remarquer notre illustre doyen, M. Chevreul. La réduction des sels de cuivre, par exemple, dissous dans la potasse (liqueur de Barreswil) ou dans la soude (liqueur de Fehling), est un caractère très-précieux à cause de sa grande sensibilité ; mais, si l'on se contentait de cette réaction empirique, sans l'entourer des plus grandes précautions, on pourrait, dans certains cas, être embarrassé ou même induit en erreur.

Pour démontrer la présence du sucre dans le sang, il n'est pas possible, on le comprend, d'en constater directement les caractères physico-chimiques. Pour procéder avec certitude, il faut d'abord dégager la substance sucrée des matières albumineuses du liquide sanguin. Pour cela, plusieurs moyens ont été mis en usage : 1° on coagule le sang par l'eau bouillante ou par la vapeur d'eau surchauffée, on concentre et l'on décolore ensuite le liquide ; 2° on coagule le sang par une quantité suffisante d'alcool : la solution alcoolique est évaporée, puis reprise

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux*, n° 103.

par l'eau et décolorée ; 3° j'ai proposé la coagulation et la décoloration du sang par les sels et particulièrement par le sulfate de soude.

A l'aide de tous ces moyens, on peut obtenir, comme on le voit, la matière du sang contenue tantôt dans une dissolution aqueuse, tantôt dans une dissolution alcoolique, tantôt dans une dissolution saline. Je n'ai pas l'intention d'examiner ici l'emploi de chaque procédé en détail et suivant tous les cas; il me suffira de rapporter trois exemples pour montrer que chacune des trois méthodes précédemment indiquées permet de constater tous les caractères du sucre dans le sang.

Première expérience : *Coagulation du sang par la vapeur d'eau surchauffée.* — Sur un chien de très-forte taille, nourri de viande et en pleine digestion, on aspira, à l'aide d'une sonde, du sang veineux que l'on jetait immédiatement dans un vase cylindrique de grès, au fond duquel arrivait, sans pression, un jet de vapeur d'eau surchauffée destiné à crisper et à coaguler instantanément les matières albumineuses sanguines. On traita de cette manière 420 grammes de sang, et l'on soumit le caillot bouillant à une petite presse pour en extraire le liquide renfermant le sucre. On obtint ainsi 250 centimètres cubes d'un liquide rougeâtre qui, traité à chaud par le noir animal, donna une liqueur limpide incolore. Cette liqueur réduisait abondamment le liquide de Fehling; examinée au saccharimètre à pénombre, de Laurent, elle déviait à droite le plan de polarisation d'une manière très-nette (elle donnait 1° 25, ce qui équivaut à 2g 98 de glycose pour 1000). On concentra ensuite le liquide sous le vide d'une trompe, et l'on constata qu'à mesure de sa concentration, les caractères de réduction aux réactifs cuivriques et de déviation au saccharimètre allaient en augmentant d'intensité. On continua l'évaporation jusqu'à siccité, puis on reprit à plusieurs fois le résidu par de l'alcool à 40 degrés pour dissoudre toute la matière sucrée qu'il renfermait, puis on évapora à son tour la solution alcoolique. Il en résulta une matière extractive jaunâtre, dans laquelle on retrouvait toutes les réactions du sucre (glycose), sauf le caractère organoleptique sucré, qui était masqué par la saveur salée due aux sels, et particulièrement aux chlorures que renfermait l'extrait.

En reprenant ces sortes d'extraits par de l'alcool de plus en plus concentré, on finit, si l'on a une assez grande quantité de matière, par obtenir dans le produit final une substance concrète, attirant l'humidité de l'air, devenant comme sirupeuse et accusant assez nettement la saveur sucrée.

Deuxième expérience : *Coagulation du sang par l'alcool.* — Sur un chien de forte taille, nourri avec de la viande et en digestion, on retira 760 grammes de sang veineux à l'aide d'une sonde introduite jusque dans la veine cave. On le jeta immédiatement dans trois fois son volume d'alcool à 40 degrés. On passa ensuite le tout sur une flanelle, et l'on obtint un liquide alcoolique limpide, mais légèrement rosé. On l'acidula par quelques gouttes d'acide acétique, et on le mit évaporer jusqu'à siccité sous le vide de la trompe. On divisa le résidu évaporé en deux parties : l'une fut reprise par l'eau, décolorée par le noir animal; on y constata au saccharimètre la déviation à droite du plan de polarisation, la réduction des sels de cuivre, ainsi que la fermentation alcoolique. L'autre partie fut reprise par l'alcool à 40 degrés. En versant dans ce liquide quelques gouttes d'une solution alcoolique de potasse, il se forma un précipité nuageux qui donna les caractères du sucrate de potasse. En y ajoutant de l'éther sulfurique en excès, on précipita le sucre qui, par le repos, tomba au fond, tandis que les matières salines se cristallisèrent sur les parois de l'éprouvette.

Troisième expérience : *Coagulation du sang par le sulfate de soude.* — Sur un chien nourri de viande depuis plusieurs jours, mais à jeun depuis la veille, pesant 21 kilogrammes, j'ai retiré par l'artère crurale 700 grammes de sang qu'on fit cuire immédiatement avec 700 grammes de sulfate de soude en petits cristaux ; on soumit ensuite le sang cuit à la presse, et l'on obtint 705 centimètres cubes de liquide parfaitement limpide et incolore. On laissa refroidir jusqu'au lendemain ; une abondante cristallisation s'y était formée, ce qui permit de décanter les eaux mères. Après avoir constaté qu'elles réduisaient le liquide Fehling, on les examina au saccharimètre; on trouva une déviation à droite, très-nette, du plan de polarisation qui correspondait à l'instrument à 1 gramme ou 1g 05 environ de sucre pour 1000.

Le liquide étant suffisamment concentré, nous y ajoutâmes de la levûre de bière, et nous constatâmes que la solution saturée de sulfate de soude n'empêchait pas la fermentation alcoolique de se manifester.

D'autres sels de soude, tels que le chlorure, l'hyposulfite, l'acétate, le tartrate, pourraient aussi être employés pour coaguler le sang. Toutefois c'est le sulfate de soude auquel j'accorde la préférence, parce qu'il a la propriété de crisper et de décolorer bien complétement le sang, et qu'il ne s'oppose pas à la constatation des caractères physiques et chimiques du sucre.

En résumé, nos expériences physiologiques sur la glycémie ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit, puisque, avec des quantités de sang relativement faibles, nous pouvons nettement constater le sucre dans le sang par tous ses caractères physiques, chimiques et organoleptiques.

Ce point étant bien établi, il ne sera plus nécessaire, dans nos investigations physiologiques ultérieures sur la fonction glycogénique, d'accumuler l'ensemble des caractères de la matière sucrée. Une seule réaction pourra même nous suffire dans certains cas, si elle est bien étudiée et garantie contre les causes d'erreur. Nous trouvons cette condition dans la coagulation du sang par le sulfate de soude combiné avec l'emploi du liquide de Fehling, ainsi qu'il suit.

Expérience. — On ajoute au sang poids égal de sulfate de soude en petits cristaux, et bien exempts de magnésie. On mêle le tout dans une capsule, et l'on fait cuire vivement sans ajouter d'eau et en remuant le mélange pour qu'il ne brûle pas. Bientôt la cuisson produit un caillot noir et spongieux, qui nage par fragments dans un liquide alcalin plus ou moins abondant. On filtre à chaud, et l'on obtient un liquide transparent, incolore, ne renfermant plus d'albumine. Dans cette dissolution de sulfate de soude, qui contient le sucre, on peut constater directement la réduction des sels de cuivre, sans qu'aucune réaction étrangère puisse intervenir, ainsi que nous nous en sommes assuré (1).

C'est à l'aide de ce procédé commode et expéditif qu'il nous sera permis désormais, non-seulement de déceler rapidement la présence du sucre, mais aussi d'en doser la quantité dans les différents vaisseaux du système circulatoire.

Dosage du sucre dans le sang. — On se sert généralement aujourd'hui de la méthode des liquides cuivriques titrés qui fut d'abord recommandée par Barreswill. Toutefois on a substitué au liquide de Barreswill, à base de potasse, le liquide de Fehling, à base de soude.

(1) Voir *Revue scientifique*, n° 23, p. 534; 1874.

Je me sers d'une liqueur de Fehling, titrée à 5 milligrammes par centimètre cube de liqueur, et composée d'après une formule qui nous a été communiquée par notre savant confrère M. Péligot.

Je ne décrirai pas le procédé chimique de dosage, qui est connu de tout le monde; je noterai seulement les particularités qui se rapportent à l'opération physiologique.

Voici comment je procède. J'aspire avec une seringue en verre ou je reçois, au sortir des vaisseaux, dans une capsule de porcelaine tarée, une quantité déterminée de sang : 25 grammes. J'ajoute aussitôt poids égal de sulfate de soude en petits cristaux avec quelques gouttes de l'acide acétique, et je fais cuire immédiatement et sans retard sur la flamme du gaz ou de la lampe à alcool. Nous avons déjà dit que, par la cuisson, il se produit d'abord un coagulum d'abord rutilant, puis noir, spongieux, mêlé à un liquide plus ou moins abondant; mais, comme l'évaporation a fait perdre pendant la cuisson une certaine quantité de liquide, il faut rétablir le poids primitif en ajoutant une quantité suffisante d'eau distillée. On exprime alors à chaud, et l'on obtient un liquide dans lequel on dose le sucre, en se servant de la pipette graduée dite *pipette de Moore*.

A raison de la quantité relativement minime de sucre que nous avons à déceler dans le sang, nous n'agissons que sur 1 centimètre cube de liqueur cuivrique titrée. Nous chauffons dans un petit ballon de verre, après avoir ajouté 20 à 25 centimètres cubes d'une solution récente de potasse concentrée, afin que, l'oxydule restant dissous, on n'ait à tenir compte que de la décoloration de la liqueur, dont on saisit facilement la limite en empêchant la rentrée de l'air dans l'appareil lorsque l'ébullition vient à cesser.

Sachant ainsi la quantité de liquide sucré qui est nécessaire pour décolorer 1 centimètre cube de liqueur titrée de Fehling, il reste à établir, par le calcul, la quantité de sucre contenue dans la totalité du sang, en transformant en volumes les poids de sang et de sulfate de soude employés.

Des épreuves préalables nous ont appris que le rapport du volume au poids d'un mélange à parties égales de sang et de sulfate de soude est de $\frac{4}{5}$, autrement dit que 50 grammes de sang mêlé à 50 grammes de sulfate de soude donnent 80 centimètres cubes de liquide d'essai. D'autre part, le dosage nous a montré combien de sucre renferme chaque centimètre cube de ce liquide, et, par conséquent, la totalité des centimètres cubes fournis par le sang analysé. Rien n'est plus facile que de trouver alors la quantité de sucre pour 1000 parties de sang, exprimée par cette formule : $s = \frac{8000}{n}$.

Tels sont les détails les plus essentiels que nous avions à donner relativement aux procédés physico-chimiques, à l'aide desquels nous procédons à la recherche et au dosage du sucre dans le sang; mais ce n'est là qu'un côté de notre problème. Il ne nous suffit pas, en effet, de savoir quels sont les moyens physiques ou chimiques les plus convenables pour trouver ou pour doser le sucre dans le sang, mais il faut aussi que nous connaissions très-exactement les conditions physiologiques dans lesquelles on doit se placer pour faire de bonnes analyses. Cette question est capitale au point de vue de la critique physiologique que nous poursuivons. C'est là que réside le secret de la précision expérimentale, et nous pouvons dire, pour exprimer toute notre pensée, que, sans l'exactitude physiologique, la rigueur des procédés physico-chimiques est purement illusoire dans l'étude des phénomènes de la vie.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Du zona (1).

II

Outre ces caractères que je viens de vous énumérer, il existe encore quelquefois des phénomènes généraux, un peu de faiblesse, d'inappétence, des envies de vomir. D'autres fois, sauf l'éruption, le malade continue à se bien porter. D'ailleurs, quand ils existent, au bout de deux à quatre jours, ces phénomènes généraux disparaissent, et il ne persiste que quelques troubles gastriques déterminés par la violence de la douleur.

Relativement au siége, le zona, comme je l'ai déjà dit, est une affection unilatérale, qui n'existe que d'un côté du corps. Elle est toujours limitée soit à un bras, soit à une jambe, soit à un côté du tronc. On a bien cité quelques exemples de zona double, mais ce sont des cas tout à fait exceptionnels, et dans lesquels il y a toujours un côté où les lésions prédominent.

Mais non-seulement le zona est unilatéral, il a encore des siéges de prédilection. D'abord il peut exister partout, mais plus particulièrement au tronc. C'est sur le thorax ou sur l'abdomen qu'il apparaît, et alors l'éruption et la douleur suivent la direction des nerfs intercostaux ou lombaires, c'est-à-dire une ligne légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Au membre inférieur, le zona suit le trajet du nerf sciatique ou du crural, et dans les cas où il est limité à la jambe, il est souvent d'une confluence extrême, qui lui a valu d'être confondu avec l'herpès et, de mériter même une description particulière sous le nom d'herpès phlycténoïde.

Enfin le zona peut affecter également les parties supérieures, le cou, la nuque, le front, le cuir chevelu où il se présente avec les mêmes caractères que sur le reste du corps. Ce sont là, il est vrai, des cas assez rares, néanmoins, il faut savoir qu'ils peuvent se rencontrer, parce que, en raison de ce siége insolite, cette affection pourrait être méconnue.

La durée et la marche de la maladie sont encore à considérer. Quand l'éruption est disséminée, elle dépasse rarement plus de dix ou douze jours; mais il est assez commun de la voir se prolonger plus longtemps à cause des poussées qui peuvent se succéder au nombre de deux ou trois. Dans ces cas, la maladie dure quinze jours, parfois même vingt et vingt-cinq jours. D'autres fois, c'est à des complications, que le zona doit sa prolongation au-delà des limites ordinaires. Lorsque les vésicules ont été rompues et qu'elles ont donné lieu à des ulcérations plus ou moins profondes, la guérison ne s'obtient pas avant un mois ou six semaines. Quelquefois même, dans le cas de gangrène, elle ne survient qu'après deux ou trois mois.

Mais, si l'éruption est ordinairement courte, il n'en est pas de même de la douleur. Dans certains cas, ainsi que je vous l'ai déjà dit, elle cesse avec l'éruption, mais le plus souvent elle persiste plus ou moins longtemps. Il est des cas, dans lesquels elle se prolonge pendant des semaines, des mois, même des années. J'ai vu des malades qui, trois ou quatre ans après avoir été atteints de zona, se plaignaient encore des douleurs névralgiques qui avaient accompagné l'éruption. Chez une dame que j'ai soignée, il y a douze ans, pour cette maladie, les douleurs se manifestent chaque année, lorsqu'il tombe de

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 septembre.

la neige, puis cessent pour se produire de nouveau dans les mêmes circonstances.

J'ajouterai, à ce que je viens de vous dire, que le zona, qui est une maladie simple ordinairement, qui ne s'accompagne pas, dans la généralité des cas, de symptômes généraux, peut, lorsqu'il se développe en certaines régions, présenter des phénomènes particuliers. C'est ainsi qu'on a décrit comme une maladie tout à fait part culière le zona qui affecte la région où se distribuent les branches terminales de la 1re paire : le nez, les tempes et la région frontale. Dans ces cas, on voit se manifester dans l'œil des troubles trophiques caractérisés par la présence des vésicules sur la conjonctive, ou bien sous la forme de kératites et d'iritis. Les douleurs qui accompagnent ce zona ophthalmique, comme on le désigne, sont souvent telles que, dans certaines circonstances, des chirurgiens ont cru devoir pratiquer l'amputation de l'œil. Pour ma part, j'ai eu occasion de voir, deux fois, des individus perdre la vue à la suite d'un iritis déterminé par l'apparition d'un zona du nez ou du front.

Dans la plupart des cas, le zona est beaucoup moins grave, cependant, je dois encore vous signaler les deux faits suivants que j'ai observés moi-même, d'autant que ce genre de complications n'est pas indiqué par les auteurs. Dans l'un, qui date de l'année dernière, il s'agit d'un zona qui s'était développé à la cuisse, suivant le trajet du nerf sciatique. En ces points la douleur était extrêmement vive et avait été prise pour une névralgie de ce gros tronc nerveux. Mais, quarante-huit heures après, on vit se développer une éruption considérable de zona, parfaitement caractérisée, et s'étendant depuis le bassin jusqu'aux orteils. Par suite des poussées qui se firent à plusieurs reprises, l'éruption dura vingt jours, mais les douleurs persistèrent pendant un temps beaucoup plus long. Elles étaient accompagnées d'une hyperesthésie telle que l'on ne pouvait toucher la malade sans provoquer des cris de douleur, et que la marche était absolument impossible. Enfin, un mois ou six semaines après le début, j'ai vu survenir une paralysie amyotrophique complète des muscles du mollet et des parties externes de la jambe, et caractérisée par des phénomènes absolument semblables à ceux qu'on observe dans la paralysie infantile. Aujourd'hui, bien que la maladie ait débuté au mois de mai de l'année dernière, la paralysie n'a pas encore complétement disparu.

L'autre fait est le suivant. Il y a trois ans, je fus appelé en consultation par une malade qui avait été atteinte d'un zona du tronc qui, après avoir suivi sa marche régulière, avait laissé à sa suite des douleurs intolérables. C'étaient des douleurs en ceinture, analogues à celles que l'on observe dans certaines affections médullaires, qui me firent penser que non-seulement il existait une névralgie des nerfs sur le trajet desquels s'était manifesté le zona, mais encore un certain degré de myélite, et que la maladie s'était propagée des racines des nerfs à la moelle elle même. Bientôt, en effet, la douleur envahit les membres inférieurs, puis les membres thoraciques, quelque temps après la paralysie survint, et finit par envahir même les muscles inspirateurs. La malade mourut suffoquée en présentant tous les symptômes d'une myélite ascendante.

Mais ces cas sont tout à fait exceptionnels, et le plus ordinairement la maladie guérit. Néanmoins, il faut savoir que la mort peut être un mode de terminaison du zona, dans les cas où il y a escharification des plaques, surtout chez les individus faibles et débilités. J'ai également vu la terminaison fatale survenir par infection purulente, dans un cas où le zona s'était compliqué de phlegmon.

Quant au diagnostic de cette maladie, il est extrêmement simple. Cependant dans certains cas, en raison de son siége insolite, on pourrait jusqu'à un certain point le confondre avec l'eczéma ou un érysipèle. C'est alors qu'il faut se rappeler les caractères de l'éruption que je vous ai décrits plus haut, la douleur concomitante et enfin la tendance de la maladie à ne pas dépasser la ligne médiane.

Dans certains cas, quand le zona a envahi un côté du thorax, il pourrait en imposer pour une névralgie intercostale. On devra rechercher la présence de l'éruption qui souvent ne se manifestera que deux ou trois jours après la douleur.

Le pronostic de cette affection est généralement favorable. Néanmoins il devra être plus réservé, dans les cas où les douleurs sont très-tenaces, surtout chez les individus dont la constitution est affaiblie et épuisée, chez les alcooliques, les vieillards, et enfin chez les gens qu'on désigne ordinairement, expression vicieuse, sous le nom d'arthritiques.

Le plus ordinairement, le zona est le résultat d'un refroidissement. Néanmoins, je l'ai vu survenir à la suite d'une émotion morale vive, d'une frayeur, d'une colère violentes. Une cause prédisposante peut-être encore dans une constitution médicale particulière. J'ai vu, en effet, sans qu'on sache pourquoi, sans aucune cause apparente, son influence épidémique, produire des cas nombreux de zona.

Dans l'état actuel de la science, cette maladie est rattachée à une affection des nerfs, à une névrite. Cette nature particulière du zona est fondée sur des expériences physiologiques et pathologiques, et même sur des autopsies. On a vu, en effet, des altérations des nerfs évidentes être suivies de zona. Les phénomènes trophiques qui peuvent survenir du côté de l'œil, dans le cours de cette maladie, permettent d'ailleurs d'affirmer qu'il ne s'agit pas seulement d'une affection de la peau, mais encore, d'une lésion des nerfs ou de la moelle.

Enfin, dans quelques circonstances rares où l'autopsie a pu être pratiquée, o na vu les nerfs, rouges, ramollis ; et dans un cas de zona ophthalmique, un professeur de Zurich, M. Oscar Witch, a trouvé le ganglion de Gasser rouge, augmenté de volume, en même temps qu'il a constaté l'absence de quelques-unes de ses cellules multipolaires.

Quant au traitement du zona, il doit être de nature à favoriser l'évolution normale de la maladie. Pour cela, on devra soustraire les vésicules à l'influence des causes extérieures et envelopper les parties malades d'un appareil protecteur. C'est ainsi qu'on se trouvera bien, après avoir enduit la région affectée d'huile ou de graisse, de la saupoudrer avec de la poudre d'amidon, de lycopode etc., et de la recouvrir de ouate. Quelquefois on pourra ajouter à ces topiques pulvérulents une petite quantité de substance narcotique, telle que l'oxyde de zinc, de camphre, etc. qui calment la douleur.

On a préconisé, pour empêcher les vésicules de se rompre, le badigeonnage des parties malades avec le collodion. Mais c'est un mauvais procédé. En se rétractant, le collodion comprime les vésicules, dont quelquefois même il provoque la déchirure. Quant à la douleur, on cherchera à la calmer par des préparations à l'opium. Si elle persiste après l'éruption, on la traitera comme on traite les névralgies, par les narcotico-âcres, par l'administration du chloral à l'intérieur, par des vésicatoires pansés au chlorhydrate de morphine, ou par des injections hypodermiques. Enfin, les complications, les gangrènes, les phlegmons, les paralysies seront traités à l'aide des moyens que l'on emploie dans ces circonstances, quel que soit le point de départ de ces accidents, et quelle qu'en soit la cause.

HOPITAL DE VENISE. — M. Minich.

Cure antiseptique des plaies. — Nouveau mode de pansement.

Le docteur Minich propose l'emploi du sulfite de soude, qu'il préfère de beaucoup aux acides phénique et salicylique, non-seulement dans le pansement des plaies, mais encore contre l'érysipèle. Le principal avantage qu'il attribue à cette substance, d'ailleurs déjà connue et mise en pratique, c'est la modicité du prix du sulfite de soude, opposée aux inconvénients des acides phénique et salicylique.

Quant à l'application du nouveau mode de pansement, elle est conforme à la méthode employée par M. Lister pour le pansement phéniqué des plaies, et la solution employée est composée de 1 partie de sulfite de soude pour 9 parties d'eau, en y ajoutant 1 partie de glycérine.

Les heureux effets de ce mode de pansement ont été constatés dans un grand nombre de cas.

SUR LA MALADIE DITE « DIARRHÉE DE COCHINCHINE » (1)

Par M. le docteur Normand.

(Extrait d'une lettre adressée à M. le président de l'Académie des sciences, par M. le vice-amiral Jurien de la Gravière.)

Le docteur Normand, médecin de première classe de la marine, a, vers la fin de juin, adressé à l'Académie un pli cacheté exposant sommairement une découverte relative à l'affreuse maladie qui exerce de si grands ravages parmi nos troupes et nos équipages, en Cochinchine. Le 3 juillet, un nouveau convoi de malades étant arrivé à Toulon, M. Normand a pu, avec l'assistance de M. Bavay, pharmacien professeur de la marine, conduire ses recherches à ce point où sa première impression lui est apparue comme une certitude.

« Je puis prouver aujourd'hui, dit-il, que, dans la maladie dite « diarrhée de Cochinchine », on rencontre à certains moments, et longtemps dans les cas graves, un parasite qui n'a jamais été signalé dans des circonstances pareilles, et que j'ai cherché en vain chez des hommes atteints d'affections analogues d'autres provenances. »

Il y a certes un intérêt capital à ce que des faits paraissant de nature à éclairer beaucoup le diagnostic d'une maladie, qui frappe environ un millier d'hommes chaque année, soient vulgarisés le plus tôt possible.

Le parasite découvert par M. Normand et désigné jusqu'à nouvel ordre, par M. Bavay, sous le nom d'*anguillula stercoralis*, a $\frac{1}{4}$ de millimètre de longueur. Il serait dans la catégorie des objets visibles à l'œil nu, n'était sa minceur. Si l'on examine une plaque préparée pour l'examen microscopique, avec un grossissement de 50 à 60 de diamètre, on voit 97 fois une quantité considérable de ces vers grouiller et s'agiter, au sein de la masse plus ou moins transparente dans laquelle ils sont emprisonnés. Le parasite séjourne d'abord dans l'épaisseur des tissus intestinaux. Il ne serait même pas impossible qu'il eût pour nid, pour enveloppe première, les glandes en tubes de l'intestin. M. Normand a vu fréquemment l'animal plongé et s'agitant dans son étui dont il cherchait à sortir. Cette gaîne semblait formée de corps nucléaires agglomérés en cylindres irréguliers. Elle était plus longue que le ver, et plus large que le diamètre de ce parasite, puisqu'il pouvait s'y replier pour chercher une ouverture du côté opposé à celui où il rencontrait l'obstacle qui s'opposait à sa sortie; mais ses tentatives étaient sans doute inutiles, car il ne tardait pas à revenir dans le premier sens. Peu à peu, les noyaux accumulés autour de la gaîne disparaissaient par petites masses, comme s'ils eussent été détachés par les secousses du ver, et la gaîne apparaissait constituée d'une substance tellement transparente qu'on pouvait, au travers, reconnaître les organes intérieurs du parasite. Lorsqu'à la suite d'un effort victorieux l'animal était parvenu à sortir de sa coque, celle-ci gisait avec l'apparence d'un tube flexible transparent, ayant subi quelques plicatures, tandis que le ver se livrait à des mouvements d'une vivacité extraordinaire et se montrait avec des organes intérieurs extrêmement transparents et vides, aspect bien différent de celui qu'a le ver libéré depuis quelque temps.

« D'autres observations, ajoute M. Normand, m'ont fréquemment fait constater ce qui suit : un ver ayant la partie céphalique prise dans une masse de noyaux épithéliaux et agitant sa tête avec vigueur en tous sens, pour s'en débarasser, spectacle que j'ai pu suivre pendant dix minutes parfois et dont on peut se faire une idée en se représentant un chien qui aurait la tête embarbouillée dans un filet, qu'il secouerait avec fureur. »

Parmi les malades atteints de la diarrhée de Cochinchine, les uns ont subi une infection peu intense; l'élément causal disparaît vite, les lésions destructives sont peu graves, peu étendues, la guérison survient rapidement si le malade suit un régime rationnel. Le lait triomphe de ces cas; il supprime rapidement les catarrhes, et le malade, conduit par un sevrage général à une alimentation réparatrice, ne conserve plus bientôt aucun symptôme de sa maladie.

D'autres, plus infectés, rechutent facilement, alors même qu'ils sont parvenus à triompher de la diarrhée. L'helminthe n'a pas disparu; il continue ses ravages, de nouvelles éclosions ayant lieu chaque jour. L'intestin est incapable de fonctionner physiologiquement; il devient impossible de continuer l'alimentation lactée; les féculents déterminent une lienterie qui ajoute à l'épuisement, par le catarrhe qu'elle entraîne; les aliments protéiques passent absolument indigérés. Au bout de quelque temps, plus d'un an quelquefois, après l'infection, ces malades peuvent encore guérir. La diarrhée cesse subitement parfois, et, peu à peu, le sujet, s'il vit dans des conditions hygiéniques, récupère un certain degré de vigueur et d'embonpoint. D'autres fois, la maladie évolue progressivement vers une des formes terminales qui constituent le troisième groupe. Celui-ci est constitué par les malades chez lesquels, soit peu de temps après une infection intense, soit après de longues alternatives d'améliorations et de rechutes, il survient une entéro-colite qui termine ce triste drame. Un abus de boissons ou d'aliments, une variation de température amènent dans l'intestin, dont la muqueuse est désorganisée sur de larges surfaces, une irritation tout à fait analogue à celle qui accompagne une infection dysentérique grave, et, en quelques heures, le malade est enlevé.

D'autres fois, le processus est moins rapide; quelquefois même, la marche est tout à fait chronique. Le sujet, après avoir lutté longtemps contre la diarrhée, est arrivé à un état extrême de marasme et succombe par anémie. Le plus souvent, c'est la respiration qui s'arrête, après une lutte de quelques heures.

Cette note abrégée comporte-t-elle une conclusion thérapeutique? Le lait est jusqu'ici le seul agent qui puisse être réputé efficace. Vingt fois, M. Normand l'a vu guérir rapidement des cas qui s'éternisaient sous l'influence d'un régime mal entendu; mais à côté des cas les plus nombreux, où son action est manifeste et rapide, il en est qui lui résistent.

Le microscope, intervenant alors, révèle immédiatement si l'on a affaire à une infection persistante ou à une affection consécutive à l'infection parasitaire. S'il n'y a plus de parasites, la thérapeutique doit être consacrée exclusivement à l'apaisement de l'irritation et au relèvement du sujet. Si l'infection parasitaire existe encore, il faut s'adresser à des agents d'un autre ordre.

« J'espère, dit en terminant M. le docteur Normand, que le fait que j'ai constaté sera rapidement vulgarisé et que quelque confrère, plus heureux que moi, trouvera l'agent parasiticide qu'il faudra employer contre ces cas rebelles. Je voudrais essayer les eaux minérales; j'expérimente en ce moment la santonine, le mercure et les arsenicaux; je compte essayer ensuite les huiles essentielles, les sulfureux, la quinine, sans négliger les soins hygiéniques et alimentaires, qui seuls peuvent permettre à des organismes épuisés de lutter encore pour l'expulsion du parasite, et plus tard pour la réparation des désordres qu'il a causés. »

---

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 31 juillet 1876.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 septembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

Après la lecture du procès-verbal, M. le président annonce la perte douloureuse que l'Académie vient de faire dans la personne de son trésorier, M. Gobley, et déclare la séance levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

V

Première partie de l'examen (correspondant au premier rigorosum autrichien).

A. *Anatomie.*

I. Préparation d'une pièce anatomique d'angéiologie (le sujet est tiré dans une urne); démonstration de cette pièce; démonstration d'une pièce ostéologique.

II. Préparation et démonstration de nerfs.

B. *Physiologie.*

I. Questions (tirées dans l'urne) d'histologie et de physiologie.

II. Préparation et démonstration d'une pièce histologique.

C. *Anatomie pathologique.*

I. Ouverture d'un cadavre, démonstration.

II. Préparation et démonstration d'une pièce d'histologie pathologique.

Ces examens sont seulement oraux.

Seconde partie de l'examen (correspondant au second rigorosum autrichien).

A. *Chirurgie.*

I. Clinique. Le candidat doit traiter deux malades pendant huit jours.

De plus, sur chaque malade, il présentera une composition écrite pour l'exécution de laquelle il est enfermé.

Le candidat peut être examiné tous les jours pendant une semaine.

II. Technique : Opération de médecine opératoire sur le cadavre. Questions sur fractures et luxations. Application de bandages. (Tous les sujets de ces différentes épreuves sont tirés dans l'urne.)

B. *Ophthalmologie.*

Examen et observation écrite d'un malade.

Troisième partie de l'examen (correspondant partiellement au troisième rigorosum autrichien).

Médecine et matière médicale.

La partie clinique de cet examen est soutenue de la même manière et pendant le même temps que la partie clinique chirurgicale.

Dans une autre séance, des questions sont posées au candidat sur la matière médicale, la toxicologie et l'art de formuler.

Quatrième partie de l'examen (correspondant partiellement au troisième rigorosum autrichien).

Accouchements et gynécologie.

Histoire écrite d'un accouchement.

Examens cliniques, et notamment observation d'une femme en couches. (Cet examen clinique dure sept jours.)

Examen théorique sur le mannequin ; maniement du forceps et des instruments d'obstétrique.

Cinquième et dernière partie de l'examen (correspondant partiellement au troisième rigorosum autrichien).

Cet examen terminal est purement oral ; il porte sur la pathologie générale et spéciale, sur la chirurgie, et l'on revient sur la matière médicale ; il comprend enfin, comme matière nouvelle, l'hygiène.

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 septembre.

Le jury pour cette cinquième partie se compose au moins de trois des membres de la commission, ayant déjà fait passer des épreuves à l'étudiant, et d'un nouveau membre pour l'examen de l'hygiène; le président de la commission préside cette dernière épreuve qui termine l'examen d'État.

Le candidat est alors proclamé *médecin* (*artz*), et il reçoit une attestation de réception à cet examen, rédigée en langue allemande.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX CHAIRES ORDINAIRES DANS L'ALLEMAGNE DU NORD.

Dans un tableau que nous présenterons au lecteur (1), on remarquera qu'un grand nombre de lacunes existent dans l'enseignement donné par les chaires titulaires ou ordinaires. On notera, par exemple, l'absence presque générale des chaires d'hygiène, de médecine légale, d'histoire de la médecine, de chimie, d'histologie, de matière médicale, d'histoire naturelle, chaires qui existent toutes dans nos Facultés françaises. Les chaires ordinaires de psychiatrie ne sont pas non plus générales, comme nous l'avions souvent entendu dire en France. Seules Berlin et Gœttingue ont une chaire ordinaire de psychiatrie.

Dans l'Allemagne du Nord il n'y a qu'une chaire ordinaire d'hygiène à Dorpat (Russie).

Dans le Sud, Prague et Munich seules ont une chaire ordinaire de même ordre.

Ces lacunes font que beaucoup de chaires n'ont pour ainsi dire pas, comme cela est habituel en France, d'objet d'enseignement spécial. L'enseignement de la chimie, de la médecine légale, de la toxicologie, de l'art de formuler, de l'histoire naturelle, est souvent donné par un maître qui ne devrait avoir à enseigner que la chimie.

Nous n'ignorons pas qu'il faut tenir grand compte de l'important enseignement des professeurs extraordinaires et des privat-docents, qui viennent combler les vides laissés par les chaires ordinaires; mais notre organisation française présente cependant, ici, une netteté et un agencement supérieur qu'il était bon de faire remarquer.

Les universités allemandes n'ont que rarement des chaires d'histologie indépendantes. En dehors de Bonn et de Vienne, les Facultés de médecine chargent les chaires de physiologie ou d'anatomie de cette partie de l'enseignement.

Excepté dans les grandes Facultés, l'enseignement des maladies internes et externes de l'enfance ne trouve pas, comme à la Faculté de Paris, de chargés de cours spéciaux parmi les professeurs; le plus souvent les docents se chargent de cette division médicale.

La clinique ophthalmologique seule est représentée d'une manière générale et constante, excepté à Iéna et à Giessen.

Excepté à Halle, à Fribourg et à Vienne, l'enseignement de la dermatologie rentre dans celui de la médecine.

Les chaires de botanique, de zoologie, de physique (la chaire de M. H. Helmholtz, à Berlin, par exemple), appartiennent à la section scientifique des Facultés de philosophie dont les professeurs, on l'a vu plus haut, étaient appelés à faire passer un examen aux étudiants en médecine avant 1861.

En ce qui concerne la physique physiologique, une vive impulsion lui a été donnée ici, surtout en ce qui concerne les travaux relatifs à l'optique et à l'électricité médicales. Nous avons cependant entendu regretter par plus d'un professeur allemand, appartenant particulièrement à la clinique, il est vrai, l'extension donnée aux sciences accessoires et au surcroît de travail qu'elle impose aux étudiants, au préjudice des études vraiment médicales et cliniques. L'un d'eux notamment raillait, à ce propos, cet exigeant physiologiste, qui voulait que l'étudiant en médecine, pour être bon médecin, sût le calcul intégral et différentiel. Il aurait désiré que l'enseignement de la physique fût surtout fait par un physiologiste, parce que les physiciens ne peuvent enseigner d'une manière fructueuse tout ce qui a trait à l'emploi vraiment médical du laryngoscope, de l'ophthalmoscope, à l'emploi de l'électricité dans les affections nerveuses, à l'emploi des moufles et des appareils à traction continue

(1) Appendice. Tabl. III.

dans les fractures et luxations, enfin les principes sur lesquels s'appuie la construction des appareils orthopédiques.

L'étude de la géologie, exigée dans notre baccalauréat ès sciences et qui figure dans le *tentamen physicum*, porte surtout sur la minéralogie et la cristallographie. L'enseignement en est donné dans la section scientifique de la Faculté de philosophie.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet des chaires ordinaires dans les Facultés de médecine, sur les lacunes qu'elles présentent et sur la manière dont ces lacunes sont comblées, en traitant des chaires extraordinaires et des privat-docents.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Daremberg, préparateur du laboratoire de la Charité, est autorisé à se faire suppléer, du 15 novembre 1876 au 15 mai 1877, par M. Cazeneuve, docteur en médecine, licencié ès sciences, pharmacien de première classe.

M. Cadiat, agrégé stagiaire, est appelé à l'activité pour une période de six années.

M. Duret (Henri), né le 7 juillet 1837 à Condé-sur-Noireau (Calvados), est institué aide d'anatomie.

M. Hermann (Gustave), né à Fenestrange (Meurthe), le 28 novembre 1854, est nommé préparateur du laboratoire d'histologie, en remplacement de M. Cadiat, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Cordone (Giovani-Joseph-Hippolyte) né à Brest le 1er janvier 1847, bachelier ès lettres et bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Servel, démissionnaire.

M. Carrieu (Marius-Samuel-César), né à Lédignan (Gard), le 12 septembre 1851, docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale pour une période de trois années à dater du 1er novembre 1876.

— *Faculté mixte de médecine de Lille.* — Sont nommés professeurs de :

Clinique interne : MM. Cazeneuve et Wannebroucq. — *Clinique externe* : MM. Parize et Houzé. — *Pathologie externe* : M. Morisson. — *Clinique obstétricale et accouchements* : M. Pillat. — *Médecine opératoire* : M. Paquet. — *Chimie minérale* : M. Garreau. — *Matière médicale et thérapeutique* : M. Joire. — *Anatomie pathologique et histologie normale élémentaire* : M. Coyne.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Peulevé, professeur adjoint de pathologie externe, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Padieu fils, professeur d'anatomie, est nommé professeur de clinique interne, en remplacement de M. Padieu père, admis, sur sa demande, à une pension de retraite.

M. Mollien, professeur adjoint de physiologie, est nommé professeur adjoint d'anatomie, en remplacement de M. Padieu, fils, appelé à d'autres fonctions.

M. Scribe, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint de physiologie, en remplacement de M. Mollien, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Caen.* — M. Simon, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de clinique et de pathologie externes et d'accouchements.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Gamel (Louis-Paul), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Domergue, élève en pharmacie, est nommé préparateur des cours de chimie et de pharmacie.

MM. Ollive et Gergaud, internes des hôpitaux, sont institués aides de clinique.

M. Barbin, étudiant en pharmacie, est nommé préparateur de physique.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Le Roux, agrégé, est nommé professeur de physique, en remplacement de M. Buignet, décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude anatomique, physiologique et clinique de l'hémi-anesthésie et les tremblements symptomatiques, par le docteur RAYMOND. — In-8°, 3 planches. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le traitement thermal de Bagnères-de-Luchon. Historique des thermes, — promenades et distractions, — principales excursions, — conseils aux malades, par le docteur GOURRAUD. — In-12. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur la transmission des bruits respiratoires dans les grands épanchements pleurétiques, par le docteur FÉA. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Médecins et clients, par le docteur NOTTA. — 1 vol. in-12. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Coton iodé du Dr Méhu préparé par

J. THOMAS, *pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or), des hôpitaux, lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.*

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé du Dr Méhu.* C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Prix du flacon : 3 fr. 50. — 48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharmacies.

Sirops de Pennès et Pélisse,

employés avec succès contre les MALADIES CONGESTIVES et NERVEUSES.

1° SIROP AU BROMURE D'AMMONIUM d'une efficacité réelle dans les cas suivants : *Asthme suffocant, Congestions cérébrales, Hémiplégie, Méningite chronique, Paralysie, Ramollissement de la moelle épinière, Vertige.*

2° SIROP AU BROMURE DE SODIUM, préconisé pour le traitement ordinaire des *Convulsions, Éclampsie, Hystérie, Insomnie, Migraine, Nausée, Névralgie, Névrose, Spermatorrhée et Toux spasmodique.*

NOTA. — Se préserver des contrefaçons en exigeant sur chaque flacon la double signature et la marque authentique de fabrique.

VENTE EN GROS, rue de Latran, 2; DÉTAIL, rue des Écoles, n° 49, à PARIS, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, n° 20.

Glycérine, fer et quinquina.

Administration de tous les principes du quina, du fer à haute dose, sans **constipation**, et de la glycérine pure employée par les médecins anglais et américains comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie,* etc.)

VIN DE CATILLON : Bagnols, quina et glycérine.

VIN FERRUGINEUX (élixir) : quina au lunel, fer, glycérine (*troubles digestifs, dysenterie, fièvres intermittentes, typhoïde, aglobulie, diabète,* etc.

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Voir *France médicale* du 29 avril 1876, et notre Mémoire sur l'emploi de la glycérine à l'intérieur.

Granules antimoniaux du

docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais.*

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Valérianate d'atropine

Formule du docteur MICHÉA, approuvée par l'Académie de médecine de Paris.

Depuis 1854, le Valérianate d'Atropine est employé avec un grand succès sous formes de granules de un demi-milligramme, formule du docteur Michéa, *approuvée par l'Académie de médecine de Paris, dans le traitement de l'Epilepsie, l'Asthme essentiel ou spasmodique, la Migraine, la Toux nerveuse, l'Hystérie, les Palpitations du cœur, les Convulsions, l'Oppression et la Coqueluche.* Le grand nombre de guérisons obtenues par ce médicament me fait un devoir de le faire connaître. Les doses varient depuis un demi-milligramme jusqu'à 2 milligr. dans les 24 heures. D'un demi-milligramme on passe à un milligramme au commencement de la seconde semaine de traitement. Au bout de quinze jours, on laisse reposer le malade pendant deux semaines. Puis l'on revient à l'emploi du remède, qui est encore suspendu au bout de quinze jours. La durée du traitement, ainsi repris et interrompu, varie de 2 à 6 mois pour obtenir une guérison radicale. (V. Instruction.)

A la Pharmacie LEMAIRE, 14, rue de Grammont, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Eau de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER.

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Les véritables DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTE ne sont livrées qu'en boîtes carrées, revêtues d'étiquettes teintées, et scellées par une bande rose portant la signature de M. LABÉLONYE.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble

de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris, Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble.**

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose*, l'*anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble.**

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris

ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50.

Vente en gros : E. GRILLON, 27, r. Rambuteau, Paris.

L'eau de Léchelle hémostatique

combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses.*

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

LES CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Morny-Châteauneuf (PUY-DE-DOME)

Sources bicarbonatées gazeuses, calciques, ferrugineuses. — EAU DE RÉGIME ET DE TABLE apéritive, digestive, reconstituante. — Dépôt central, D'ESEBECK, rue J.-J. Rousseau, 62, Paris.

N° 105. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1876. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA GLYCÉMIE. — DES CONDITIONS PHYSICO-CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES A OBSERVER POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS LE SANG (1),

Par M. Claude BERNARD.

II

B. — DES CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES A REMPLIR POUR CONSTATER LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE SANG.

Le sucre se présente dans le sang pendant la vie comme un principe à la fois permanent et fugace; il se détruit constamment et reste néanmoins toujours présent, grâce à sa régénération incessante dans l'organisme vivant. Après la mort, ou une fois extrait du corps, le sucre dans le sang ne se régénère plus, mais il continue à se détruire. Si l'expérimentateur ignore ces deux ordres de faits, il s'exposera aux erreurs les plus graves et fera des analyses sans valeur.

Il importe de savoir, avant tout, que le liquide sanguin n'est pas un liquide fixe et toujours identique à lui-même. C'est, au contraire, un liquide extrêmement mobile et altérable dans sa constitution. Ces considérations pourraient d'ailleurs s'appliquer, à des degrés divers, à tous les liquides de l'organisme dont le caractère essentiel est précisément leur altérabilité, c'est même en vertu de cette propriété qu'ils servent aux manifestations vitales qui ne sont au fond que l'expression d'un mouvement, d'une mutation perpétuels.

Pour obtenir des résultats rigoureux et pour donner une base solide à notre critique expérimentale, il est donc nécessaire que nous connaissions toutes les circonstances qui, soit au dedans, soit au dehors de l'organisme, peuvent modifier ou faire varier la quantité de sucre contenu dans le sang.

I. *En dehors du corps, après son extraction, le sucre se détruit rapidement dans le sang.* — La première condition physiologique à remplir pour faire la recherche du sucre dans le sang est de prendre le sang tout chaud, en quelque sorte vivant, au moment où il sort des vaisseaux. Si l'on attend pour en faire l'analyse, la quantité de sucre qu'il contient ira en diminuant plus ou moins rapidement selon la température, et pourra même disparaître complétement.

Nous établirons ce premier fait à l'aide d'une expérience directe et simple, dont nous avons maintes fois reproduit les résultats.

Expérience. — On retira à un chien 125 grammes de sang qu'on partagea dans cinq capsules, en cinq parties égales de 25 grammes pour être analysées successivement au point de vue des sucres. On abandonna le sang à la température du laboratoire pendant une journée chaude d'été. Voici les résultats fournis par les cinq analyses successives :

	Sucre.
1° Analyse faite immédiatement. . . .	1g 07 pour 1000.
2° — après 10 minutes	1,01 —
3° — après 30 minutes.	0,88 —
4° — après 5 heures.	0,44 —
5° — après 24 heures	0,00 —

Ainsi, il suffit de quelques heures, pour que, à la température ambiante, le sucre disparaisse dans un sang qui en renferme les proportions ordinaires (de 1 gramme à 1g 50 p. 1000).

D'où il résulte que l'expérimentateur qui aurait remis au lendemain le dosage du sucre n'en aurait pas reconnu la présence, et que ceux qui auraient attendu des temps variables auraient obtenu des nombres très-différents les uns des autres.

De ce qui précède, il découle ce précepte général qu'il faut agir immédiatement sur le sang pour empêcher, pour arrêter la destruction du sucre qui s'y fait très-rapidement; autrement on trouverait des quantités de sucre qui ne représentent pas ce qui existe pendant la vie.

Mais il y a des cas, des circonstances de lieux qui rendent cette instantanéité dans les opérations physiologiques presque impossible, surtout quand on veut étendre ces recherches à la clinique, afin de connaître la teneur du sucre du sang dans les divers états morbides. Nous avons cherché à arrêter ou à empêcher momentanément la destruction du sucre dans le sang, afin de pouvoir faire son analyse à loisir. Les substances que nous avons essayées dans ce but sont nombreuses ; nous citerons seulement les acides phénique, sulfurique, chlorhydrique, acétique : c'est à ce dernier que nous avons donné la préférence. Nous ajoutons immédiatement au sang, ou mieux nous versons dans le vase où il doit être recueilli une petite quan-

(1) — Voir le numéro du 7 septembre.

tité (environ $\frac{1}{100}$) d'acide acétique cristallisable, de manière à donner au mélange une réaction très-franchement acide. Après cela, on peut attendre sans crainte le temps suffisant pour se transporter au laboratoire et faire l'analyse du sang. Voici une expérience qui fixera nos idées à cet égard.

Expérience. — Sur un chien, on a recueilli 200 grammes de sang dans un vase, au fond duquel on avait versé environ 2 grammes d'acide acétique cristallisable. On agita bien le sang à mesure qu'il s'écoulait afin de mélanger uniformément l'acide. On fit quatre analyses successives, qui donnèrent les résultats suivants :

		Sucre.
1° Analyse faite immédiatement le 7 mai.		1g27 p. 1000.
2° —	le lendemain, 8 mai.	1,20 —
3° —	11 jours après, 19 mai. . . .	0,20 —
4° —	13 jours après, 24 mai. . . .	0,00 —

Ainsi, dans ce cas, au lieu de se détruire en moins de vingt-quatre heures, le sucre n'a disparu qu'après treize jours; de sorte que, quelques heures après l'extraction du sang, ou même le lendemain, on aurait pu faire une analyse du sucre dans des conditions à peu près normales.

II. *Au dedans des vaisseaux, après la mort, le sucre disparaît rapidement du sang.* — Le sucre, avons-nous dit, ne se régénère plus dans le sang après la mort, mais il continue à s'y détruire : c'est pourquoi on n'en trouve plus dans les vaisseaux ni dans le cœur, au bout d'un certain temps; mais si l'on concluait de cette expérience négative, faite après la mort, à l'absence du sucre dans le sang pendant la vie, on ferait une conclusion absolument fausse. En effet, nos expériences nous permettent d'établir cette proposition que *jamais le sucre ne fait défaut dans le sang chez l'homme ou chez un un animal vivant, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique;* seulement, après la mort, la disparition de la matière sucrée a lieu graduellement et dans un temps d'autant plus court, toutes choses égales d'ailleurs, que la quantité de sucre renfermée dans le sang est moins considérable. Dans les conditions ordinaires, lorsque la mort est brusque et que le sang renferme pendant la vie de 1 gramme à 1 gr. 50 de sucre pour 1000, il faut, en général, dix à douze heures à une température ambiante moyenne pour qu'on n'en retrouve plus dans le sang (1); mais, dans le cas où la mort est survenue à la suite d'une maladie qui a amené une extinction graduelle de la fonction glycogénique, la proportion du sucre peut descendre si bas qu'il suffit quelquefois de quinze minutes après la mort, ou même moins, pour que tout le sucre ait disparu du sang. C'est alors qu'un observateur non prévenu pourrait être trompé, comme je l'ai été d'abord moi-même, et croire que le sucre faisait réellement défaut dans le sang pendant la vie. Je me suis assuré, dans ces circonstances, que si, dans les derniers instants de l'agonie ou immédiatement après que la respiration et la circulation viennent de cesser, on prend le sang et qu'on le coagule instantanément par le sulfate de soude, on y constate toujours les caractères de la matière sucrée, qui bientôt se seraient évanouis, si l'on eût attendu.

Cela nous montre, en passant, combien sont défectueuses et illusoires les autopsies faites vingt-quatre heures après la mort, quand il s'agit de recherches de cette nature.

(1) Il est à remarquer, cependant, que le sucre ne disparaît pas avec la même rapidité dans toutes les veines. Dans les veines sus-hépatiques, par exemple, le sucre qui est plus abondant disparaît plus tardivement et amène souvent, par fermentation lactique, une réaction acide, qui alors s'oppose plus ou moins à la destruction du sucre restant.

Nous reviendrons plus tard sur tous ces faits, et nous verrons que ce que nous disons ici de la destruction du sucre du sang doit s'étendre à la disparition du sucre du foie. Pour le moment, nous avons voulu seulement signaler à l'attention des physiologistes l'extrême destructibilité de la matière sucrée dans le sang après la mort, afin qu'ils soient bien avertis de la grande délicatesse de toutes les conditions physiologiques dont il faut tenir compte quand on se livre à la recherche du sucre dans les liquides ou les organes des animaux morts. Ce n'est pas tout, car les conditions physiologiques deviennent encore plus fugaces et plus difficiles à saisir quand il s'agit d'opérer sur l'organisme vivant.

III. *Chez l'animal vivant, la richesse sucrée du sang oscille constamment.* — Nous avons vu précédemment la matière sucrée du sang, tarie dans sa source après la mort, aller régulièrement en s'amoindrissant et en disparaissant (1). Il en est tout autrement pendant la vie; la fonction glycogénique du foie qui déverse le sucre dans le sang, recevant tous les contre-coups des modifications nerveuses ou circulatoires, peut amener à chaque instant, à chaque minute, une variation dans la richesse sucrée du sang. Dans l'état normal, ces variations ou oscillations sont renfermées dans les limites de 1 à 3 pour 1000 de sucre dans le sang; au-dessous de 1 pour 1000, l'activité nutritive n'est pas dans toute sa plénitude fonctionnelle; au-dessus de 3 pour 1000, la limite de la capacité sanguine est dépassée; la matière sucrée déborde dans l'appareil rénal, et l'animal devient diabétique.

Nous ne voulons pas examiner ici toutes les conditions physiologiques qui peuvent faire changer la teneur du sucre du sang dans les diverses parties du système circulatoire, artériel ou veineux : ce sera l'objet d'études détaillées que nous exposerons prochainement; mais nous devons, dès à présent, être prévenus de cette mutabilité incessante du sucre dans le sang, afin d'éviter les causes d'erreur qui en seraient la conséquence. En effet, toute soustraction d'une certaine quantité de sang, toute influence nerveuse, anesthésique ou autre, deviennent une cause de perturbation instantanée, durable ou passagère dans la fonction glycogénésique. Si l'on fait, par exemple, deux prises de sang dans le même vaisseau, mais à quelques minutes, à quelques secondes de distance, on obtient des sangs réellement différents et non comparables, pour la matière sucrée, qui peut avoir été accrue ou diminuée selon le degré de retentissement physiologique qui aura été exercé sur la fonction glycogénésique. C'est pourquoi nous donnons ce précepte expérimental rigoureux de faire l'extraction de deux sangs dont on veut comparer la richesse en sucre d'une manière absolument simultanée; autrement, s'il s'est écoulé un temps quelconque entre les deux prises de sang, les résultats se trouveront entachés d'erreur.

Nous croyons avoir fait suffisamment comprendre, par tout ce qui précède, la part d'importance relativement très-grande qu'il faut attribuer aux conditions physiologiques d'expérimentation dans les recherches du sucre dans le sang. Ces conditions sont relatives :

1° A l'oscillation permanente de la fonction glycogénique pendant la vie;

2° A la destructibilité incessante de la matière sucrée dans le sang après la mort.

Toute la critique expérimentale de la glycémie repose sur la connaissance de ces deux ordres d'influences, qui nous rendent compte de tous les faits en apparence contradictoires

(1) Dans le sang des veines sus-hépatiques, on peut voir augmenter parfois le sucre après la mort aux dépens du glycogène qui s'y trouve.

qui se présentent à nos yeux. Nous l'avons déjà dit, il n'y a pas de faits contradictoires, pas plus dans la nature vivante que dans la nature inerte; il n'y a que des faits bruts ou indéterminés, et des faits scientifiquement interprétés, mis à leur place et déterminés dans leurs conditions d'existence.

Les faits bruts nous montrent que le sucre, tantôt se rencontre, tantôt ne se rencontre pas dans le sang; mais le déterminisme scientifique ne nous permet pas d'admettre cette proposition contradictoire. Car le sucre existe toujours dans le sang, quand les conditions physiologiques que nous avons indiquées sont observées; le sucre manque constamment quand ces mêmes conditions physiologiques expérimentales ont été négligées.

Ainsi nous sommes conduits rigoureusement à cette conclusion, que la glycémie est un phénomène constant de l'organisme vivant, et qu'elle cesse après la mort. En effet, la glycémie commence avec la vie et finit avec elle, parce qu'elle est liée aux phénomènes de la nutrition, qui ne peuvent disparaître sans que la vie disparaisse elle-même.

D'après cela, le sucre est un élément vital constant et nécessaire du sang. Cependant, si nous ouvrons les traités de chimie physiologique, même les meilleurs et les plus récents, le sucre n'y est pas mentionné parmi les principes du sang ou bien n'est indiqué que d'une manière tout à fait accidentelle. Ce qui nous prouve que la chimie biologique ne sera fondée et n'existera que le jour où, dans l'étude des principes immédiats des êtres organisés, on tiendra compte à la fois des conditions physico-chimiques et des conditions physiologiques des phénomènes de la vie.

LABORATOIRE DE M. VULPIAN.

Sur l'existence d'altérations des extrémités périphériques des nerfs cutanés, dans un cas d'éruption de bulles de pemphigus (1),

Par M. J. Dejerine.

Les troubles trophiques, consécutifs aux altérations des nerfs ou de leurs centres d'origine, sont aujourd'hui assez bien connus, grâce à la physiologie expérimentale. En clinique, on connaît également bon nombre d'altérations diverses de la peau (ulcérations, bulles, aspect lisse de la peau), consécutives aux traumatismes des nerfs.

Dans les affections médullaires aiguës ou chroniques, la présence d'altérations diverses du côté de la peau a été également observée depuis longtemps. Si l'on est actuellement assez bien renseigné sur la statistique de ces altérations, il n'en est pas de même pour bon nombre d'affections de la peau, d'origine spontanée en apparence, mais qui, par leur siége, leur mode de développement et les phénomènes qui les accompagnent (les troubles de la sensibilité, par exemple), rentrent évidemment dans la catégorie des troubles trophiques consécutifs à des altérations nerveuses.

La nutrition de la peau étant sous la dépendance de la moelle épinière, des racines postérieures et de leurs ganglions, c'est dans ce sens qu'ont été faites les recherches; mais à part le zona, dont on a pu, dans quelques cas, rattacher la production à des altérations de ces parties du système nerveux (Barensprung, Charcot et autres), c'est plutôt en raisonnant par analogie qu'en s'appuyant sur des faits anatomiques bien démontrés que l'on regarde telle ou telle affection de la peau comme causée par une lésion nerveuse. Le fait suivant prouve d'une façon péremptoire que le développement des éruptions pemphigoïdes, dans certains cas du moins, est lié d'une façon intime à des lésions des nerfs cutanés.

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital Saint-Louis le 25 décembre 1875. Cette femme était atteinte de paralysie générale accompagnée de tremblement rhythmique des membres supérieurs et inférieurs, tremblement qui ne se montrait que lors des mouvements volontaires. La malade mourut le 31 janvier 1876. Dix ou douze jours avant la mort, elle présenta une éruption bulleuse sur les bras et les jambes. Ces bulles, assez nombreuses, une vingtaine environ, siégèrent sur les membres, du côté de l'extension principalement; leur volume, assez considérable, variait entre 2 et 3 centimètres de diamètre; elles contenaient un liquide limpide, d'un jaune citrin, analogue à la sérosité d'un vésicatoire.

L'examen de la sensibilité, au niveau des bulles, ne donna que des résultats sans valeur, la malade étant trop affaissée pour pouvoir répondre aux questions.

L'autopsie nous montra les lésions de la méningo-encéphalite diffuse, et l'examen de la moelle, après durcissement dans une solution aqueuse faible d'acide chromique, révéla l'existence d'une sclérose bilatérale et symétrique des cordons latéraux, siégeant dans toute la longueur de la moelle, avec intégrité complète de la substance grise et des cordons postérieurs.

L'étude des nerfs cutanés, au niveau des bulles pemphigoïdes, fut faite de la façon suivante : la peau, au niveau des bulles, fut enlevée avec le tissu cellulaire sous-jacent. Ce tissu cellulaire fut placé, pendant vingt-quatre heures, dans une solution aqueuse d'acide osmique à 1/500e, puis lavé à l'eau distillée et placé pendant vingt-quatre heures dans une solution de picrocarminate d'ammoniaque. Après l'avoir lavé à l'eau distillée, on le dissocia en petits fragments; on obtint ainsi un très-grand nombre de préparations, dont un certain nombre contenaient des tubes nerveux. Ces tubes nerveux sous-jacents aux bulles étaient pour la plupart altérés. Au lieu de se montrer sous forme de fibres noirâtres, entrecoupées de distance en distance par les étranglements annulaires, ils avaient pris l'apparence moniliforme. Cette apparence était due à la fragmentation de la myéline, qui, réduite en gouttelettes noirâtres, renflait de distance en distance la gaîne de Schwann. Dans l'intervalle des amas de myéline, la gaîne de Schwann revenue sur elle-même contenait dans son intérieur une matière de nature protoplasmique, colorée en jaune.

Les noyaux de la gaîne étaient peut-être augmentés de nombre, mais pas d'une manière très-évidente.

Quant au cylindre-axe, on n'en apercevait aucune trace dans les tubes altérés.

Cette altération, semblable en tous points à celle que l'on observe du vingtième au trentième jour dans le bout périphérique d'un nerf sectionné, existait dans la majorité des tubes nerveux siégeant dans le tissu cellulaire sous-jacent aux bulles du pemphigus.

Le tissu cellulaire sous-cutané dans les régions intermédiaires aux bulles pemphigoïdes, ne contenait presque que des tubes nerveux normaux, les tubes altérés y étaient peu nombreux, et il est plus que probable que les tubes altérés observés dans le tissu cellulaire sous-jacent aux bulles étaient ceux qui se distribuaient à la peau elle-même.

Dans le cas en question, cette altération s'étendait sans doute de la périphérie des tubes nerveux cutanés jusqu'aux centres

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 28 juillet 1876.

trophiques, sous la dépendance desquels se trouve, dans une certaine mesure, la nutrition intime des nerfs cutanés comme de la peau elle-même. Les conditions de l'autopsie ne m'ont pas permis de vérifier l'exactitude de cette présomption.

DE L'HERPÈS RÉCIDIVANT DE LA PEAU

Par M. le docteur Bertholle, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, etc., etc.

I

La *Gazette des Hôpitaux* vient de publier des leçons faites, à l'hôpital du Midi, par M. le docteur Mauriac, sur l'importance des symptômes névralgiques dans la pathogénie de l'herpès récidivant du prépuce. La lecture de ces leçons, dont il a bien voulu me communiquer le manuscrit, m'a d'autant plus vivement intéressé, que je faisais en même temps des recherches sur une affection analogue, sinon parfaitement identique, l'herpès récidivant de la peau. J'étais déjà arrivé, de mon côté, aux mêmes conclusions relativement à l'influence remarquable du système nerveux sur l'étiologie de cette maladie; et j'ai été pleinement confirmé dans mes idées par les observations si précises qui servent de base à ces leçons. Aussi, je ne puis résister au désir de publier, comme corollaire, une observation détaillée d'herpès récidivant de la région fessière, qui complète et agrandit le tableau si habilement tracé par le savant médecin de l'hôpital du Midi. Ce fait me semble d'ailleurs avoir une valeur scientifique d'autant plus grande, qu'il a été souvent répété, et qu'il a été observé par un médecin sur lui-même.

Observation. — Le docteur X..., âgé de quarante-huit ans, eut fréquemment, dès son enfance, des vésicules d'herpes labialis; mais c'est seulement, vers l'âge de vingt ans, que le siége de l'éruption se déplaça et qu'il eût de l'herpes præputialis. Cette éruption se reproduisit plus souvent à mesure qu'il avançait en âge; et il se rappelle même avoir eu, dès l'âge de trente ans, quelques apparitions de vésicules à la région fessière, accompagnées de douleurs névralgiques dans les membres inférieurs. De trente à trente-cinq ans, les éruptions d'herpès devinrent moins fréquentes au prépuce; mais, en revanche, elles se manifestèrent plus souvent à la région fessière. En même temps, survinrent la nuit des accès d'asthme, qui alternaient avec des douleurs extrêmement vives, ayant leur siége dans une des épaules et s'irradiant vers l'omoplate. A trente-cinq ans, les migraines commencèrent, puis se déclara peu à peu une cystite très-douloureuse à forme névralgique, qui s'exaspérait à la moindre fatigue ou sous l'influence des variations atmosphériques. A dater de cette époque, les migraines se rapprochèrent et se renouvelèrent à des intervalles, qui dépassaient rarement deux mois; et elles étaient suivies d'une éruption d'herpès à la région fessière, laquelle semblait une crise nécessaire. Ces phénomènes finirent même par revêtir une forme régulière, presque périodique; et, pour mieux me faire comprendre, je vais d'abord décrire un cycle complet de l'évolution de cette bizarre affection.

Le docteur X... n'a d'autre prodrome, la veille, qu'une grande excitabilité nerveuse avec tendance à la locomotion; et souvent même, après une nuit très-calme, il ressent le matin au réveil une pesanteur de tête et une tendance à l'assoupissement. Puis un point douloureux se développe au-dessus de l'orbite droit, et ce point devient progressivement plus évident et plus persistant. Surviennent alors des nausées et des éructations, qui se transforment quelquefois en vomissements. Mais le symptôme le plus pénible consiste dans un état vertigineux, qui va jusqu'à la titubation; la faiblesse musculaire devient même telle que la station debout et la marche sont très-fatigantes, souvent même impossibles. Le malade est alors obligé de se tenir dans la position horizontale, c'est la seconde phase de la migraine. A ce moment, la douleur gravative sus-orbitaire commence à céder, mais les éructations deviennent plus sonores et plus pénibles, se répétant de quart d'heure en quart d'heure; et, à mesure qu'elles se reproduisent, la céphalalgie et l'état vertigineux diminuent graduellement. La série des phénomènes se termine régulièrement vers le soir, avec une durée presque mathématique de douze heures. Un sommeil profond arrive, après lequel il ne subsiste aucun malaise; les fonctions de l'estomac sont surexcitées, et il semble que la vie a repris une nouvelle activité.

Le surlendemain, quelquefois le troisième jour seulement, le malaise revient avec de la courbature et de la pesanteur de tête. Alors, apparaît un point sensible, au toucher dans la région fessière gauche, accompagné d'irradiations douloureuses vers le scrotum et surtout vers le membre inférieur correspondant. Ces irradiations s'étendent quelquefois jusqu'à la face dorsale du pied, mais le point d'élection est presque constamment au-dessus de l'articulation du genou, vers la partie interne. Il y a là comme un foyer de douleur, et il y existe une hyperesthésie telle que le moindre toucher, le frottement même du pantalon exaspère cette douleur et arrache des cris instinctifs. La sensation provoquée ne peut mieux se comparer qu'à une piqûre d'épingle enfoncée vivement et profondément dans la peau. La chaleur du lit exacerbe la douleur à ce point que les éclairs se reproduisent de dix minutes en dix minutes et empêchent complétement le sommeil. La marche, au contraire, semble calmer et éloigner les décharges névralgiques, qui sont plus supportables qu'au repos. Ces irradiations douloureuses durent environ et assez exactement une période de vingt-quatre heures; elles suivent une marche ascendante dans la soirée du premier jour de leur apparition, leur summum d'intensité a lieu pendant la nuit suivante, et elles cèdent régulièrement dans la matinée du second jour. Alors, le point douloureux de la région fessière s'étend; une tuméfaction inflammatoire de la peau se produit dans un espace de 1 à 2 centimètres, et des vésicules d'herpès plus ou moins nombreuses naissent au centre. C'est quelquefois une large plaque isolée; mais, le plus souvent, on voit naître successivement plusieurs plaques juxtaposées sous la forme d'une zone. Lorsque l'accès a été violent et que l'éruption est confluente, il existe des élancements dans le canal de l'urèthre, de la cuisson au col de la vessie, avec une odeur légèrement ammoniacale de l'urine, qu'on pourrait comparer à une odeur de souris. Les symptômes généraux ne se traduisent plus que par une légère pesanteur de tête et un sentiment de lassitude dans la région lombaire et les membres inférieurs. L'évolution des vésicules est rapide; et, dès le deuxième jour, elles sont suivies souvent d'un gonflement adénopathique, douloureux à la pression, du pli de l'aine correspondant. Le quatrième jour, quelquefois le troisième, elles commencent à se dessécher et forment une croûte superficielle noirâtre, qui disparaît elle-même au bout de deux ou trois jours. Enfin, dans les accès de grande intensité, la terminaison se fait fréquemment par une diarrhée bilieuse, précédée de violentes coliques et même par un écoulement hémorrhoïdal peu abondant. L'ensemble des phénomènes pathologiques ne dure pas plus d'un septénaire, après lequel la santé générale semble meilleure qu'avant la crise.

Voici maintenant quelle est la fréquence du retour des accès; elle a été notée par l'observateur sur lui-même, dans une période de sept mois, pendant l'année 1875 :

1° Le 23 mars, migraine. Le 24, apparition d'un point douloureux à la région fessière gauche avec un léger gonflement de la peau. Le 25, vésicules d'herpès très-apparentes, constatées par le docteur Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis; elles s'accompagnent d'irradiations douloureuses passagères dans le membre inférieur gauche. Le 26, violente inflammation à la base des vésicules, qui commencent à s'affaisser. Le 27, adénopathie douloureuse du pli de l'aine gauche. Le 28, dessèchement des vésicules, qui se transforment en une croûte noirâtre superficielle. Le 30, dans la nuit, fièvre, agitation excessive, toux et mal de gorge, céphalalgie, état vertigineux, nausées. Le 1er avril, éruption de vésicules d'herpès sur les deux amygdales, constatées par le docteur E. Besnier. Le 2, persistance de la fièvre et de la céphalalgie, apparition à la fesse gauche de nouveaux points douloureux, avec des irradiations névralgiques dans le membre inférieur correspondant. Le 4, les

symptômes généraux ont disparu, mais des vésicules d'herpès naissent au centre des points douloureux. Le 5, formation évidente de cinq à six plaques d'herpès, disposées en zone. Le 6 et le 7, les vésicules se dessèchent, et tout rentre dans l'état normal.

2° Le 29 avril, migraine peu intense qui avorte. Le 30, quelques élancements douloureux dans la jambe gauche. Le 1er mai, éruption d'une seule plaque d'herpès à la région fessière gauche, vers la partie moyenne; le soir, migraine complète, avec nausées et vomissements. Le 2, vésicules d'herpès plus développées, avec une sensation très-vive de cuisson. Le 3, coliques suivies d'une diarrhée bilieuse; zone composée de cinq à six plaques d'herpès, irradiations névralgiques vers le scrotum et la cuisse gauche. Le 4, les vésicules commencent à se dessécher, et les douleurs ont disparu. Le 5 et le 6, desséchement complet.

3° Le 16 mai, nuit sans sommeil, céphalalgie le matin avec douleur gravative au-dessus de l'orbite droit, qui se termine par des éructations sans aboutir à une migraine complète. Le 17, pesanteur de tête, irradiations douloureuses vers le scrotum du côté gauche. Le 18, apparition d'une plaque d'herpès dans la région fessière gauche. Le 19, violentes coliques, diarrhée bilieuse, tête embrouillée avec tendance à la tristesse et à la somnolence. Le 20, les coliques persistent, même état. Le 21, éruption d'une seconde plaque d'herpès en avant de la première et sur le même plan. Le 22, suintement des vésicules; quelques coliques, mais le malaise s'est dissipé. Du 23 au 25, les vésicules se desséchent et tout rentre dans l'ordre.

4° Le 8 juillet, migraine légère. Le 10, éruption d'une seule plaque d'herpès à la pointe de la fesse gauche; quelques rares douleurs lancinantes dans le membre inférieur du même côté. Du 11 au 15, les symptômes généraux et locaux suivent la marche ordinaire et disparaissent progressivement.

5° Le 28 juillet, migraine peu intense; simple état vertigineux avec nausées; apparition, le surlendemain, d'une seule plaque d'herpès à la région fessière gauche, sans irradiations douloureuses; accès passager, qui se termine rapidement.

6° Le 19 août, violente migraine, après un voyage par un temps orageux. Le 20, éruption de plaques confluentes d'herpès, avec douleurs lancinantes dans l'urèthre et au col de la vessie; irradiations névralgiques dans le scrotum et la cuisse gauche, au lieu d'élection, c'est-à-dire à la partie supérieure et interne du genou; marche et durée ordinaire des symptômes locaux et généraux.

7° Le 16 septembre, migraine; apparition de plaques nombreuses d'herpès à la région fessière gauche; dermalgie et éclairs de douleur au-dessus du genou gauche; poussées successives et persistance des irradiations névralgiques pendant trois jours; terminaison au bout d'un septénaire.

8° Le 19 octobre, migraine intense. Le 21, éruption incomplète; le malaise persiste avec la courbature et la pesanteur de tête. Le 24, nouvelle poussée d'herpès à la région fessière gauche et au prépuce; douleurs lancinantes dans le canal de l'urèthre, au col de la vessie et dans la cuisse gauche; urines avec odeur spéciale, odeur de souris. L'éruption suit la marche ordinaire, et la crise se termine par un flux hémorrhoïdal.

Réflexions. — Ainsi donc, il y eut huit accès dans l'espace de sept mois, ne différant entre eux que par l'intensité des symptômes généraux et locaux. L'enchaînement de ces symptômes n'est pas toujours aussi régulier que dans l'observation type que j'ai d'abord décrite, mais ils s'y retrouvent d'une façon plus ou moins complète. Quelques-uns cependant ne sont pas constants; les coliques, la diarrhée, le flux hémorrhoïdal, les douleurs lancinantes au col de la vessie, l'adénopathie inguinale n'apparaissent que dans les accès violents et prolongés. Les symptômes habituels sont : la migraine plus ou moins complète, l'éruption de plaques d'herpès plus ou moins nerveuses, et les irradiations névralgiques plus ou moins aiguës vers la cuisse. Enfin, il est un phénomène remarquable sur lequel j'appelle l'attention : c'est, d'une part, la constance de la douleur gravative sus-orbitaire à droite dans la migraine, et, d'autre part, la constance de l'éruption consécutive de l'herpès à la région fessière gauche, accompagnée d'éclairs de douleur dans le membre correspondant. Ce phénomène, qui est parfaitement en rapport avec l'entre-croisement des faisceaux de la moelle, semble démontrer d'une facon évidente l'influence pathogénique du cerveau et des nerfs sur le développement de l'herpès. Je signalerai encore les poussées successives de l'éruption, se produisant lorsque la migraine a avorté; dans ce cas, la pesanteur de tête, les douleurs névralgiques persistent jusqu'à ce que la seconde poussée ait complété la crise. Souvent même, avant la deuxième apparition de vésicules, une nouvelle migraine prodromique se déclare plus intense que la première; car il semble qu'il est nécessaire que la crise éclate, pour que la santé reprenne son cours normal.

Étiologie. — Les phénomènes généraux qui précèdent la lésion cutanée locale et leur retour presque périodique ne permettent guère de douter que ces accidents pathologiques ne soient l'expression d'une diathèse. Je me propose de revenir plus longuement sur cette question, après avoir traité des causes occasionnelles. Les causes qui ont été le plus souvent notées sont : le froid et surtout le froid humide, les variations brusques de température avec abaissement du baromètre, les fatigues physiques ou intellectuelles, les ennuis et les préoccupations, le trouble dans le sommeil; en un mot, un excès de quelque nature que ce soit ou un dérangement quelconque dans les habitudes. Au moment où ces lignes sont écrites, il vient de se produire un accès qui prouve l'influence morale sur le développement de l'affection.

Le 25 février dernier, le docteur X... vit mourir, en quelques heures et dans des circonstances dramatiques, la fille d'un de ses amis. L'impression qu'il en ressentit fut profonde et lui enleva le sommeil la nuit suivante. Dès le lendemain matin, il se déclara une migraine avec ses phases diverses. Le 27, le malaise persiste et s'accuse par la pesanteur de tête et la courbature. Le 28, apparaît un point douloureux à la pression dans la région fessière gauche; et, dans la nuit, des douleurs névralgiques avec hyperesthésie se manifestent au siége d'élection, au-dessus et en dedans du genou gauche. Le sommeil est complétement empêché, et le docteur X... est obligé de se faire plusieurs piqûres à la cuisse avec injections de morphine, qui lui procurent un peu de repos vers le matin. Le 29, les irradiations douloureuses disparaissent, et il se fait une éruption d'herpès sur le point endolori de la région fessière. Le 30, les symptômes généraux diminuent sensiblement, mais la plaque d'herpès est le siége d'une vive cuisson. Le 1er et le 2 mars, les vésicules s'affaissent et se dessèchent; le cycle est terminé.

La rapidité avec laquelle s'est développée la migraine, et l'évolution consécutive de l'herpès ne semblent pas laisser place au doute sur l'influence de l'émotion comme cause occasionnelle. D'ailleurs le même phénomène s'est reproduit souvent dans des circonstances analogues; et je n'ai décrit cet accès que pour bien démontrer l'évidence de la corrélation de la cause et de l'effet. L'émotion et les causes morales n'ont qu'une action indirecte en troublant les fonctions cérébrales, et surtout en détruisant le sommeil, dont la privation a été une des causes déterminantes les plus accusées de la migraine prodromique et de l'éruption qui la suit. Les causes occasionnelles agissent donc en perturbant le système nerveux. M. Parrot, (*Gaz. heb. méd. et chir.*, 1871) a déjà insisté sur ce point, et il a nettement affirmé que le système nerveux joue un rôle prépondérant dans l'étiologie de l'herpès. « C'est lui, dit-il,

qui est atteint le premier, et peut-être le seul, par la perturbation calorique, qui est la cause la plus fréquente. La dermalgie, les élancements, les éclairs de douleur sont des phénomènes nerveux; c'est par le système nerveux que la maladie pénètre; et c'est lui qui, en réagissant, affirme qu'elle a pris possession. Chacun sait les relations qui existent entre l'herpès et les névralgies; le zona, avec sa forme hémiplégique, en est une des plus évidentes. » Je partage complétement l'opinion de M. Parrot sur l'influence de la perturbation du système nerveux comme cause occasionnelle de l'éruption de l'herpès, mais je pense qu'il faut élargir sa proposition. Ce n'est pas seulement, comme il le croit, par le système nerveux périphérique de la peau et l'action du froid sur les vaso-moteurs, que la maladie s'introduit dans l'organisme, mais aussi, dans certains cas, comme je viens de le dire, par la perturbation des fonctions cérébrales. Déjà, dans un précédent mémoire publié, en 1866, dans l'*Union médicale*, sur les rapports de l'herpès guttural avec les troubles de la menstruation, j'avais mis en lumière l'influence des causes morales sur le développement de l'herpès. Je résumais la question en disant : que toute cause qui agit assez fortement sur l'organisme, soit pour déranger une de ses fonctions, soit pour y apporter un trouble général bien marqué, peut devenir occasionnelle d'une éruption d'herpès à l'isthme du pharynx *ou ailleurs*, en provoquant une réaction fébrile *ou l'effort critique* dont l'herpès doit être considéré *comme le signe extérieur*.

NOTE SUR LA LADRERIE DU BOEUF PAR LE TÆNIA INERME DE L'HOMME (1)

par MM. E. MASSE et P. POURQUIER.

La fréquence à Montpellier et à Cette du tænia inerme de l'homme *tænia mediocanellata*) nous a permis de faire des expériences sur l'origine de ce parasite et son mode de transmission à l'homme.

Le 10 mai 1876, nous avons simultanément donné les derniers anneaux du *tænia mediocanellata*, que le microscope nous avait montrés largement pourvus d'œufs, à un chien, à un lapin, à deux agneaux soumis encore à l'allaitement et à un veau âgé d'un mois, que M. Saint-Pierre, directeur de l'École d'agriculture de Montpellier, avait bien voulu mettre à notre disposition pour ces expériences. Les fragments de tænia ont été donnés dans du lait; après avoir été légèrement froissés, de manière à mettre les œufs dans les meilleures conditions pour leur pénétration dans l'intestin. A trois reprises différentes et à trois jours d'intervalle, nous avons renouvelé l'administration des anneaux de tænia, que nous avions eu bien soin de maintenir dans les meilleures conditions de conservation dans de l'eau constamment renouvelée.

Le 20 juin, nous avons sacrifié le lapin, le chien et l'un des agneaux qui, tous, avaient présenté jusque-là un parfait état de santé; et l'examen le plus minutieux n'a révélé chez eux la présence d'aucun cysticerque, ni dans les muscles, ni dans les viscères.

Mais, le veau a présenté, dès le vingtième jour, c'est-à-dire vers le 30 mai, quelques symptômes maladifs. Son état n'a fait que s'aggraver jusqu'au soixante et unième jour, où il était devenu très-maigre.

L'examen de la langue, fait à plusieurs reprises, n'avait pas permis jusqu'alors de reconnaître aucune granulation analogue à celle du porc ladre. Toutefois, en portant le doigt en arrière, entre la langue et les grosses molaires du côté gauche, nous avions senti sous la muqueuse depuis vingt jours environ, une tumeur de la grosseur et de la forme d'un haricot, dont la nature pouvait être rattachée à un kyste, mais qui nous laissait cependant un peu indécis sur le diagnostic.

(1) Communiquée à l'Académie des sciences dans la séance du 17 juillet 1876.

L'autopsie de l'animal a fait reconnaître les faits suivants :

Sous la langue, au point où l'on sentait la tumeur signalée plus haut, existait un kyste ovoïde de 14 millimètres sur son plus grand diamètre, qui était dirigé dans le sens antéro-postérieur, et de 7 millimètres dans le plus petit diamètre placé verticalement. Entre la face externe du génio-glosse du côté droit et la face interne de la glande sublinguale se trouvait un kyste plus petit, ayant 7 millimètres dans un sens et 5 dans l'autre.

L'examen attentif des muscles a permis de recueillir environ quarante kystes à cysticerques de forme à peu près régulièrement ovoïde, de la dimension d'un petit haricot. Il y en avait dans le grand pectoral, dans l'ilio-spinal, dans les fessiers et dans l'ischio-tibial postérieur.

Le cœur, le cerveau, l'œsophage, les poumons, le thymus, le foie, tous les viscères étaient exempts de cysticerques, qui ne s'étaient développés que dans le tissu musculaire de la vie de relation.

L'examen microscopique des cysticerques a fait constater quatre ventouses sur la tête avec absence complète de crochets; c'était bien le cysticerque du tænia inerme.

Il résulte de ces expériences que le lapin, le chien, le mouton ne paraissaient pas présenter un terrain favorable au développement des œufs du tænia inerme. Ce n'est donc point par l'intermédiaire du mouton ou du lapin que l'homme peut contracter ce parasite. Le bœuf, au contraire, est devenu rapidement ladre par l'ingestion des anneaux de tænia inerme. De nombreux faits montrent, du reste, le danger de l'alimentation par la viande de bœuf crue et la fréquence du tænia chez les malades soumis à ce traitement.

L'expérience que nous avons réalisée est confirmative de celles qu'ont déjà faites Cobbold en Russie, Leuckart en Allemagne, et le professeur Saint-Cyr en France; elle établit une fois de plus la migration d'une espèce de tænia inerme, dont les évolutions se font alternativement de l'homme au bœuf et du bœuf à l'homme.

Nos expériences nous paraissent de nature à attirer l'attention des des médecins sur les dangers de la viande crue de bœuf, à laquelle on devrait préférer celle du mouton, lorsque le traitement par la viande crue est nécessaire.

La fréquence du tænia inerme dans le midi de la France nous paraît due à la ladrerie du bœuf qui, jusqu'à présent, a échappé à l'attention des inspecteurs de viande de boucherie.

L'examen de la langue du porc permet de rejeter un grand nombre de sujets infectés du cysticerque armé; et cette inspection, là où elle est bien faite, a rendu le *tænia solium* ou armé relativement très-rare.

L'inspection de la langue du bœuf nous paraît aussi importante que celle du porc. L'existence de kystes à cysticerque sous la langue, bien constatée dans notre expérience, nous paraît de nature à attirer l'attention des vétérinaires chargés de l'inspection des viandes de boucherie.

Ce moyen de diagnostic, rigoureusement employé, pourrait permettre de rejeter les bœufs atteints de ladrerie et mettre l'homme à l'abri du tænia inerme, si fréquent depuis quelque temps en France.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'un voyage au Brésil.

M. Franz Keller-Leuzinger a publié l'année dernière à Stuttgard un travail très-intéressant sur le haut Madeira et l'Amazone. Cette étude, qui avait pour but la création d'un chemin de fer, renferme quelques détails qu'il nous a paru intéressant de placer sous les yeux de nos lecteurs.

Nous nous bornerons à reproduire ce que le savant ingénieur nous dit des seringueiros et des cascarilheiros.

On désigne sous le nom de seringueiros les hommes qui exploitent les arbres à caoutchouc. C'est à la hauteur de Borba qu'apparaissent les premières maisonnettes de ces industriels. Ces maisonnettes, recouvertes de palmiers, sont bâties sur des piliers à 2 mètres au-dessus du sol, pour se dérober aux menaces des crues. Autour de la mai-

son, on voit une petite plantation de pacova (bananier indigène), derrière se pressent les *seringaes* ou arbres à caoutchouc. Les travailleurs sont des Moxos de Bolivie, dont l'énergie l'emporte de beaucoup sur les apathiques *tapuyo* de l'Amazone. Les exploitations produisent par an 400,000 arbres. Tous ces *seringas* sont naturels. L'insouciance la plus grande dirige les exploiteurs. Tous les vingt-cinq ou trente ans, on abandonne les plantations épuisées, et on se met à défricher de nouvelles étendues de forêt. C'est malheureusement un déboisement vers lequel on marche. L'extracteur de suc devrait s'enrichir à son travail s'il n'était indignement exploité sous toutes les formes par ses intermédiaires.

A côté des seringueiros, nous trouvons les cascarilheiros — indiens ou métis — qui vont à plusieurs milliers de pieds au-dessus de la mer chercher les calysaias, au feuillage rougeâtre et luisant. Traversant d'immenses vallées, ils escaladent les pentes abruptes, franchissent les torrents furieux, trouent le fourré du mato-virgen. Pendant des mois, exposés à toutes sortes de fatigues et de dangers, ils peinent sous le poids de leur charge liée en faisceau, puis ils reviennent au hameau le plus proche livrer leur butin. Il va sans dire que, dans ce commerce, ils ne sont pas exploités d'une manière moins scandaleuse que les malheureux *seringueiros*. On les oblige à se défaire de leur marchandise à moitié prix, on leur compte au double et au triple la poudre, le plomb et les quelques provisions qu'on leur avance : ce qui n'empêche point, tant est puissant parfois l'attrait du labeur nomade le plus ingrat, qu'à peine munis du peu dont ils ont besoin, les cascarilheiros recommencent le cycle de la vie sauvage à travers les cols et les forêts de la Cordillère.

L'écorce de quinquina ou cascarille, ainsi dérobée aux solitudes les plus effrayantes de la nature, est emballée par les trafiquants dans de grands sacs de peau de bœuf non corroyée, et transportée à dos de bêtes de somme jusqu'à la Paz, ville principale de la région; de là, on l'embarque au port péruvien d'Arica, pour l'expédier par le cap Horn à destination de l'Europe et de l'Amérique du Nord.

C'est pour éviter ces transbordements et ces voyages dangereux, que l'on a créé le chemin de fer du haut Madeira, que M. Jules Gourdault nous a récemment fait connaître dans la *Revue des Deux-Mondes*, en nous présentant l'analyse du travail de M. Keller-Leuringer.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

219. Barbau. Étude sur les rétrécissements traumatiques du canal de l'urèthre pour causes externes.

220. Peyneaux. De l'uréthrotomie interne à l'hôpital du Midi.

221. Nogaros. De la médication stibiée dans la phthisie pulmonaire.

222. Barborin. De l'immobilité par le plâtre associée à la cautérisation transcurrente dans le traitement des tumeurs blanches.

223. Coroze. Contribution à l'étude de l'accident primitif de la syphilis.

224. Pitoux. Contribution à l'étude de la névralgie sciatique.

225. Béal. Étude sur la constriction permanente des mâchoires.

226. Boulian. Du traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule.

227. Poncin. De la simulation de l'incontinence d'urine dans l'armée.

228. César. Essai sur les fractures de l'épitrochlée.

229. Lecygne. De la périnéphrite.

230. Galdemar. Des complications de la dysenterie aiguë et des accidents consécutifs à cette maladie.

Un concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'École de médecine et de pharmacie militaires, s'ouvrira au Val-de-Grâce le 15 janvier prochain.

— *Clinique d'accouchements.* M. Guéniot, suppléant M. le professeur Depaul, commencera des leçons cliniques le mercredi 13 septembre, et les continuera les lundis et mercredis suivants.

Visite à huit heures et demie. — Leçon à neuf heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay, professeurs agrégés à la Faculté de médecine. — In-8°. Tome V, avec figures dans le texte; fascicule 2 : *Maladies du cou, maladies de la poitrine.* Prix : 4 francs. — En vente les tomes I à V. Fascicules 1 et 2, 60 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Recherches physiologiques sur l'innervation du cœur, par le docteur Léopold G.-C.-F. Miot. — In-8° de 138 pages. Prix : 3 francs. — G. Masson.

De l'empoisonnement par les phénols, par A. Ferrand, médecin des hôpitaux (Extrait des *Annales d'hygiène*, 1876). — Paris, 1876, in-8° de 70 pages. Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Considérations générales sur les hydrocèles vaginales de l'adulte, par le docteur Ramos de Fonseca. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE CLERMONT

La cinquième session de l'Association française pour l'avancement des sciences a été ouverte le 18 août, à Clermont-Ferrand, par un remarquable discours de M. Dumas, président. L'accueil fait à nos savants par la municipalité de Clermont a été des plus sympathiques. Des excursions ont été organisées pour divers points de la contrée, en particulier pour le Puy-de-Dôme, Issoire, Thiers, Vichy, Volvic, le Cantal, le Mont-Dore, etc. Partout même accueil cordial, mêmes marques d'intérêt pour les progrès de l'association.

Plusieurs savants étrangers ont honoré de leur présence les séances du congrès; nous citerons : MM. Carl Vogt, Soret, de Loriol, de Genève; Hasler, de Berne; le commandeur Cristoforo Negri, le marquis Ricci, Yung, Cremona, Cerruti, Ragona, d'Italie; Gladstone, Parry, Shoolbred, Storks Eaton, d'Angleterre; Catalan, Plateau, Van der Mensbrugghe, de Belgique; Süringar, Franchimont, Baehr, Heynsius, de Hollande; Tubino, d'Espagne; Da Silva, de Portugal.

En résumé, la réunion de cette année ne le cède en rien, comme intérêt et comme succès, à celles des années précédentes.

Nous ne donnerons dans ce compte rendu qu'un résumé des communications qui intéressent plus particulièrement la médecine; mais, avant de présenter l'analyse des séances de la section des sciences médicales, nous dirons un mot d'une très-belle conférence qu'a faite M. Claude Bernard, dans la réunion générale du 19 août.

CONFÉRENCE DU 19 AOUT.

Nous avons déjà donné, dans nos comptes rendus de la Société de biologie, un résumé des remarquables expériences qu'a faites M. Claude Bernard, relativement à l'influence des anesthésiques sur les végétaux, expériences tendant à démontrer que les végétaux et les animaux présentent, dans les phénomènes intimes de la vie, une remarquable identité. C'est du même sujet que M. Claude Bernard a entretenu ses nombreux auditeurs dans la conférence de Clermont.

On sait que les anesthésiques, tels que l'éther, le chloroforme, etc., suspendent, chez les animaux d'abord, les phénomènes de sensibilité, puis peu à peu arrivent à suspendre ou même à supprimer toutes les manifestations de l'activité de leurs différents tissus. Or, par de nombreuses expériences sur la *sensitive*, M. Claude Bernard a démontré que non-seulement les phénomènes de sensibilité auxquels cette plante doit son nom, mais aussi les phénomènes de végétation et de germination se trouvent suspendus sous l'influence des anesthésiques.

Tandis que les philosophes considèrent la sensibilité comme impliquant la conscience, les physiologistes, suivant M. Claude Bernard, doivent prendre le mot de sensibilité dans un sens beaucoup plus étendu et, l'étudiant dans toute la série animale, voir que la conscience de plaisir ou de douleur, marque le degré le plus élevé de la sensibilité, degré que l'homme possède ainsi que les animaux les plus voisins de lui. Mais il faut reconnaître que tous les autres attributs de la sensibilité persistent en l'absence de cette conscience, et que cette sensibilité va s'atténuant dans la série animale, sans qu'elle disparaisse jamais. Enfin les végétaux eux-mêmes offrent des réactions qui méritent d'être rapportées à la sensibilité.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Séance d'ouverture du 18 août 1876.

La section des sciences médicales se réunit à l'École de médecine sous la présidence de M. Chauveau, MM. Claude Bernard et Heynsius (de Leyde) sont nommés présidents d'honneur.

Le bureau est ainsi constitué : MM. Chauveau, président; Fleury (de Clermont), Bergeron (de Paris), Laussedat, Teissier (de Lyon), vice-présidents; secrétaires : MM. Teissier fils, Bourgade fils, Gagnon, Blatin, Reclus.

Séance du 19 août (matin). — Présidence de M. CHAUVEAU.

Accidents de cessation d'activité cérébrale consécutifs à l'irritation de la plèvre, à la suite de l'opération de l'empyème. — M. LEUDET (de Rouen), chez un malade qui avait subi l'opération de l'empyème, a observé des phénomènes nerveux complexes : ainsi l'introduction de la sonde dans l'orifice de la paroi, par suite du frottement ainsi déterminé, donnait lieu à des accidents épileptiformes dans tout un côté du corps, à des troubles cardiaques à forme syncopale, puis à un état pseudo-comateux plus ou moins prolongé. M. Leudet pense que l'on peut rapprocher ces troubles, provoqués par l'irritation de la région malade, de ceux que l'on détermine expérimentalement chez les animaux par l'irritation de la zone dite épileptogène.

Traitement de la métrite chronique par l'ignipuncture. — M. COURTY (de Montpellier) a obtenu de bons résultats de l'emploi de l'ignipuncture dans le traitement de la métrite chronique. Mais on doit en user avec le plus grand discernement, et avoir bien soin d'éviter ces cautérisations inconsidérées qui amènent des rétrécissements cicatriciels du col et la stérilité consécutive. M. Courty

se sert de cautères à boule terminés par une petite tige de 2 centimètres et que l'on fait fortement chauffer à la lampe.

Æsthésiométrie. — M. MANOUVRIEZ (de Valenciennes), après avoir rappelé les travaux qui ont été publiés sur l'æsthésiométrie physiologique et clinique, fait observer que les reproches adressés à la méthode ont trait à des erreurs d'observation ou d'appréciation de la part des sujets. Ainsi, il faut avant tout tenir compte d'une série de conditions relatives à l'application de l'instrument lui-même : les pointes du compas æthésiométrique doivent toujours être appliquées sur la peau suivant une ligne parallèle à la direction des filets nerveux de la région. Le contact doit être de très-courte durée à chaque exploration, pour éviter l'accoutumance du sujet. Les pointes doivent être très-émoussées. Enfin il faut tenir un très-grand compte de la conductibilité du métal pour la chaleur, si les pointes sont appliquées froides sur la peau à la température normale, le sujet accusera une double sensation qu'il ne percevra pas si les pointes sont à la même température que la peau. Pour éviter cette cause d'erreur, M. Manouvriez a remplacé, dans son æsthésiomètre, les pointes métalliques par des pointes d'ivoire.

Il passe ensuite en revue les cas dans lesquels il a employé l'æsthésiomètre modifié comme moyen de diagnostic précis, il rappelle qu'il a le premier indiqué l'hémianesthésie d'origine saturnine; qu'il a pu, chez les saturnins, constater que l'anesthésie était surtout marquée dans les régions en contact avec le plomb; qu'il a pu suivre, enfin, très-régulièrement le retour à la sensibilité sous l'influence du traitement.

Coxalgie. — M. OLLIER (de Lyon) émet quelques considérations sur le traitement des différentes formes de coxalgie. Il insiste particulièrement sur les points suivants : 1° l'importance de l'extension continue; 2° la possibilité du rétablissement des mouvements; 3° la discussion des indications de la résection de la hanche.

1° M. Ollier rappelle que Bonnet (de Lyon) le premier a institué un traitement rationnel de la coxalgie à symptômes aigus, en préconisant le redressement brusque suivi d'immobilisation absolue. Cette méthode qui, employée avec discernement, a donné de très-bons résultats, a été complétée par l'extension continue avec immobilisation. Mais cette extension continue, elle-même, n'est applicable qu'à certains cas, elle ne doit pas être appliquée, par exemple, dans les cas de coxalgies redressées avec persistance de la douleur. C'est à l'immobilisation seule qu'il faut revenir dans ces cas.

Un bandage inamovible n'est pas un moyen d'extension suffisant; il n'empêche pas l'ascension de la tête du fémur et les déformations consécutives. M. Ollier, pour prévenir ces accidents, emploie d'abord l'extension diurne et nocturne, puis l'extension nocturne seule qu'il prolonge très-longtemps.

2° Le rétablissement des mouvements ne peut être obtenu que dans les cas de coxalgie sans lésion osseuse, malheureusement les plus rares. Des adhérences solides finissent toujours par se reproduire, et l'ankylose est inévitable.

3° La résection de la hanche, suivant M. Ollier, est la seule ressource connue contre les coxalgies suppurées, et encore la réserve-t-il pour les cas rares où la tête du fémur est séparée du reste de l'os, et pour ceux où le pus accumulé dans les culs-de-sacs articulaires ne peut être évacué.

En terminant, M. Ollier fait ressortir les dangers qui résultent, dans le traitement des coxalgies, de l'abus des eaux minérales.

M. PRAVAZ partage cette dernière opinion de M. Ollier, mais en faisant quelques réserves; il condamne les douches et les mouvements exagérés, comme pouvant réveiller les accidents aigus.

M. VERNEUIL regarde l'extension continue comme possible et efficace dans la première période. Mais l'application des appareils à extension continue est difficile, pénible pour les malades. Quand le membre est dans une attitude vicieuse invétérée, l'extension continue sans redressement préalable est illusoire.

Quant à la résection, elle ne peut être pratiquée avec quelques chances de succès que dans d'excellentes conditions de milieu. Pour le traitement des coxalgies, en général, M. Verneuil pense qu'il faut tenir grand compte des différences des coxalgies scrofuleuses et des coxalgies rhumatismales.

Otoscopie appliquée à l'étude de la surdité. — M. PHILIPPEAUX (de Lyon) ne pense pas, comme on le croit généralement, que l'absence d'audition de la montre appliquée sur la région temporale, entraîne le pronostic d'incurabilité. Il cite des cas de guérison de surdités accompagnées de ce symptôme. Par exemple, l'oblitération des cellules mastoïdiennes chez les sujets âgés, la déformation de la membrane du tympan par la présence d'une masse cérumineuse jouant le rôle de corps étranger, l'accumulation de concrétions purulentes dans la caisse du tympan, etc., sont autant de causes de surdité absolue, mais non incurable.

Des déformations de la plante des pieds, spécialement chez les enfants, dans les affections atrophiques et paralytiques de la jambe. — M. ONIMUS, par un procédé très-simple, parvient à fixer très-exactement la forme de la plante du pied, et, ce qui est souvent important, les parties du pied qui sont en contact avec le sol. Le contact plus ou moins étendu du pied humain avec le sol est une condition très-importante à considérer au point de vue de la progression. Or, les empreintes prises par M. Onimus montrent que ce contact est modifié dans les cas pathologiques en question.

A l'état normal, l'empreinte du pied sur le sol est représentée en arrière par le talon et en avant par les orteils; entre ces deux contacts se trouve toute la partie intermédiaire de la plante du pied, qui ne touche pas le sol. Or, dans tous les pieds-bots, l'empreinte de la pointe du pied indique un contact continu sur toute la longueur, du talon aux orteils. Toutes les affections atrophiques ou paralytiques des jambes déterminent donc un pied plat, ou du moins quelques-uns des caractères du pied plat.

S'appuyant sur certaines considérations physiques et anatomiques, M. Onimus fait ressortir les inconvénients du pied plat, même sans altération musculaire, inconvénients qui sont dus à cette continuité parfaite entre le talon et les orteils. Pour un pied normal il y a, entre ces deux parties, une séparation complète qui est, en moyenne, dans les proportions suivantes : sur un pied de 21 centimètres de long, la distance de la partie médiane qui ne touche pas le sol est de 5 à 7 centimètres pour le côté interne, et de 2 à 4 centimètres pour le côté externe. Ces détails ont une grande importance pratique, car ils permettent de remédier orthopédiquement, d'une façon très-simple, à la plupart des inconvénients du pied-plat. En effet, il suffit d'employer une semelle qui présente sur sa partie médiane une saillie qui repousse la plante du pied et l'oblige à prendre la forme normale. Les indications données par l'empreinte que prend M. Onimus sont précieuses pour la construction de ce petit appareil.

Dans certains cas pathologiques, la seule inspection du pied fait croire à une cambrure exagérée; mais l'empreinte prise sur le papier noirci démontre, au contraire, que ces pieds, au moment où ils soutiennent le poids du corps, prennent la forme du pied plat. M. Onimus fait ressortir toute l'importance de ces empreintes au point de vue du diagnostic et du traitement de ces déformations.

La déformation de la plante du pied, ajoute M. Onimus, peut être directe, c'est-à-dire dépendre des atrophies ou des contractures des muscles de la jambe, ou bien indirecte, c'est-à-dire dépendre uniquement des déviations imprimées par le poids du corps.

Chez les enfants atteints de paralysie infantile avec localisation dans quelques-uns des muscles du pied, il y a une déformation de la plante du pied d'emblée, et alors même que l'enfant n'aurait jamais marché. L'empreinte dans ces cas offre, à peu de chose près, les mêmes caractères que lorsque la marche a eu lieu depuis plusieurs années; ces caractères sont : l'uniformité de la figure par des saillies, par des rides sur la peau; de plus, la ligne formée par les limites de l'empreinte est une ligne courbe, et l'arc de cercle ainsi décrit est d'autant plus fermé que l'affection est plus considérable.

Il n'en est plus de même dans les cas très-nombreux où la faiblesse musculaire est due à une affection des centres nerveux cérébraux. Dans ces cas, la déformation n'a lieu que si l'enfant vient à marcher, et c'est le poids du corps qui est la cause des modifications qu'on observe. L'empreinte du pied offre les particularités suivantes : l'avant-pied est largement en contact avec le sol, les orteils sont

bien étalés et la longueur du pied, du premier cunéiforme à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien est plus grande que sur un pied normal; mais arrivée à l'arcade plantaire, la plante du pied se rétrécit brusquement pour ne plus former qu'un plan étroit, qui s'étend directement et régulièrement jusqu'au talon. La forme générale a ainsi l'aspect d'un marteau ou d'une hache. Cette déformation est caractéristique des pieds-bots de cause indirecte avec influence du poids du corps, et toujours la concavité est tournée du côté du gros orteil.

M. Onimus cite plusieurs exemples des avantages que l'on peut retirer de cette méthode graphique pour le diagnostic et le traitement des déformations du pied. Il rapporte, en terminant, ce qu'il a pu constater dans les cas où une seule jambe est affectée; il y a toujours, dans ces cas, un pied plat ordinaire du côté de la jambe saine. La jambe saine venant à supporter presque seule tout le poids du corps, et recevant, au moment de la marche, des secousses saccadées, finit par abaisser l'arcade plantaire; les articulations du pied cèdent, et par suite du poids du corps et parce que les muscles, ayant un surcroît de travail, ne peuvent plus maintenir les os du tarse aussi énergiquement les uns contre les autres. Il est bien rare qu'une affection d'une seule jambe ne retentisse pas ainsi du côté sain, et non-seulement sur la voûte plantaire, mais encore sur les courbures du rachis, et M. Onimus est persuadé que, bien des scolioses n'ont pour cause que ces différences de point d'appui, soit à droite, soit à gauche.

Thermocautère, transfuseur. — M. ONIMUS présente ensuite, de la part de M. Colin, un nouveau transfuseur et le thermocautère qui ont déjà été présentés dans plusieurs sociétés savantes.

Séance du 19 août (soir).

Le choléra dans le centre de la France. — M. MIGNOT regarde comme épidémique le choléra nostras qu'il a observé dans le centre de la France, et le distingue du choléra asiatique. D'après les faits qu'il lui a été donné d'observer, il croit pouvoir rapprocher ces deux formes de choléra, mais non pas devoir les confondre.

M. BOUTEILLER demande à M. Mignot des explications sur la distinction qu'il établit entre les deux formes de choléra.

M. MIGNOT répond que les symptômes sont les mêmes dans les deux cas, mais que le choléra nostras épidémique n'est qu'exceptionnellement mortel.

M. LEUDET regarde cette différence comme insuffisante pour justifier la distinction établie par M. Mignot.

De l'emploi des courants continus dans un cas de paralysie ancienne avec atrophie des muscles de l'avant-bras. — M. DAGRÈVE a obtenu la guérison d'une paralysie ancienne avec atrophie des muscles de l'avant-bras par l'emploi des courants continus.

Pneumographe. — M. COLRA, en son nom et au nom de M. REBATEL (de Lyon), présente un pneumographe double destiné à inscrire simultanément les mouvements de chaque côté de la poitrine.

Influence des lésions inflammatoires de la plèvre sur l'évolution et la terminaison des kystes hydatiques du foie. — M. VERNEUIL, au nom de M. H. PETIT, présente un travail sur ce sujet. De ce travail, ainsi que des observations propres de M. Verneuil, il semble résulter que, chez un certain nombre de malades, des kystes hydatiques, jusque-là indolents, peuvent s'enflammer sous l'influence d'une pleurésie intense. Le diagnostic est difficile en pareil cas, mais l'action à distance de la pleurésie paraît bien établie.

Relation des lésions traumatiques et de l'albuminurie. — M. VERNEUIL, au nom de M. TERRILLON, communique une observation relative à cette question : un homme, en tombant, se fait une fracture à l'avant-bras qui est suivie d'accidents inflammatoires. L'examen fait découvrir une albuminurie considérable. Puis survient une attaque d'urémie. L'avant-bras est amputé; nouvelle attaque d'urémie. A mesure que la cicatrisation avance, l'albuminurie disparaît. M. Terrillon pose la question d'antériorité ou de dépendance de l'albuminurie.

De la déglutition comme signe de la vie chez les enfants qui n'ont pas respiré. — M. HOUZÉ DE L'AULNOIT lit un travail sur ce sujet. Suivant lui, la présence de substances étrangères liquides ou demi-solides dans l'estomac des enfants nouveau-nés constitue un signe non équivoque. Les enfants morts dont on plonge la tête dans l'eau ne présentent pas ensuite de liquide dans l'estomac. Donc si la déglutition s'est effectuée, c'est que l'enfant, bien que n'ayant pas respiré, a vécu.

Séance du 21 août (matin).

Appareil à fracture. — M. FABREGUETTES présente un appareil destiné aux fractures du membre inférieur. Cet appareil, dont l'ensemble rappelle la gouttière de Bonnet, est formé, en effet, d'une gouttière en bois embrassant le bassin et un membre inférieur, et dont les côtés sont divisés en petits volets que l'on peut rabattre isolément. Un matelas double la gouttière et se replie au devant du membre. Un bandage, que l'auteur appelle bracelet pelvi-crural entoure le siége, se fixe autour du bassin et fournit un point d'appui solide à l'extension. Un étrier entoure le pied, se relie au bracelet pelvi-crural, et, à l'aide d'un lien que l'on allonge ou raccourcit à volonté, sert à pratiquer l'extension.

Des accidents produits chez les jeunes enfants par l'anesthésie à l'aide de l'éther. — M. TRIPIER rapporte des observations de graves accidents à porter au compte de l'éther, comme anesthésique préféré pour les enfants. Dans trois cas, chez des enfants de cinq à huit ans, il a constaté l'arrêt brusque de la respiration avec persistance des battements du cœur. Chez l'un de ces enfants, l'accident s'est reproduit trois fois. A la suite de cet arrêt de la respiration, il y eut une expectoration muqueuse abondante que M. Tripier attribue à l'influence de l'éther. Cette hypersécrétion pourrait même, selon lui, être la cause de la suffocation.

L'auteur a fait des expériences sur les animaux et a reproduit chez eux le même phénomène. Il a pu constater, dans ces expériences, que l'éther seul amenait cet arrêt de la respiration, et que le chloroforme ne donnait lieu à aucun accident de ce genre. Aussi, dorénavant, M. Tripier laissera-t-il l'éther pour ne plus employer que le chloroforme,

M. VERNEUIL fait observer que cet accident, l'arrêt de la respiration, est une cause de mort à ajouter à la syncope et à l'asphyxie, qui seules étaient regardées comme les accidents mortels imputables à l'anesthésie.

Signe de respiration des enfants nouveau-nés, tiré de l'aspect du poumon. — M. LAENNEC (de Nantes) a fait un certain nombre de recherches d'où il résulte que l'aspect lobulé du poumon est un signe certain que l'enfant a respiré.

Hématémèse produite par la rupture d'anévrysmes miliaires siégeant sur le trajet des artères coronaires. — M. GALLARD communique l'observation d'un malade n'ayant offert aucun symptôme d'une lésion de l'estomac qu'une hématémèse avec mélæna, et à l'autopsie duquel on a trouvé une petite ulcération communiquant avec une artériole dilatée; il s'agissait d'un anévrysme miliaire.

Un autre malade est atteint brusquement d'un mélæna très-grave qui disparaît sous l'influence d'un traitement anti-hémorrhagique. Il n'a pas présenté d'autre symptôme d'une lésion stomacale. M. Gallard se demande s'il ne s'agissait pas là également d'un cas d'anévrysme miliaire.

M. Gallard, s'appuyant sur ces observations, aborde la question de la généralisation des anévrysmes miliaires, et de l'importance de ces faits au point de vue de la pathogénie des ulcères de l'estomac. Ces ulcères peuvent donc avoir pour point de départ une rupture de petits vaisseaux.

M. LIOUVILLE, à l'occasion de la communication de M. Gallard, parle de la présence d'anévrysmes miliaires dans le poumon et l'intestin, et fait observer que dans certains cas d'hémoptysies il faut re-

chercher les anévrysmes miliaires sur le trajet des vaisseaux pulmonaires et parfois même sur la paroi des petites cavernes. Il cite plusieurs exemples.

M. LAUSSEDAT cite l'exemple d'un homme qui a survécu à une hématémèse très-grave, de plusieurs jours de durée, qui n'a jamais présenté aucun autre signe de lésion de l'estomac, et qui jouit depuis d'une excellente santé.

M. GALEZOWSKI a observé un cas d'anévrysme miliaire de la rétine, chez une jeune femme qui a été prise tout à coup d'un affaiblissement notable de la vue.

Procédé d'évidement des tumeurs bénignes. — M. DELORE (de Lyon) fait connaître un procédé d'évidement des tumeurs bénignes qui consiste à broyer la tumeur sous la peau, puis à la faire sortir par expression.

Séance du 21 août (soir).

Résection du maxillaire supérieur. — M. LETIÉVANT compare les résultats obtenus par l'ablation du maxillaire supérieur avec conservation du nerf sous-orbitaire et ceux que l'on obtient par l'ablation totale. Huit mois après l'ablation totale, c'est-à-dire avec destruction du nerf, la motilité de la lèvre supérieure est très-peu accusée; le malade ne peut gonfler sa joue sans laisser échapper son souffle; l'électrisation des muscles à travers la peau ne produit pas de contraction, pas plus que l'électrisation avec des aiguilles implantées dans les muscles. Treize mois après l'opération avec conservation du nerf sous-orbitaire, tous les muscles de la face se contractent, la sensibilité est absolument semblable des deux côtés; la pression seule ne produit pas la même sensation, ce qui s'explique par la destruction des filets dentaires antérieurs, la reconstitution de la face est complète; la cicatrisation s'opère avec conservation de la forme du visage. L'étude de faits semblables peut servir à établir le rôle exact du nerf sensible dans la nutrition du tissu musculaire.

Inhalations aux eaux du Mont-Dore. — M. LASSALAS communique un certain nombre de faits tendant à démontrer les bons effets des inhalations aux eaux du Mont-Dore, contre certaines formes d'hémoptysies. Il a constaté que ces hémorrhagies, après le traitement par les eaux du Mont-Dore demeuraient des mois, des années sans reparaître et parfois même disparaissaient définitivement.

M. TEISSIER (de Lyon) fait observer que cette pratique, qui consiste à envoyer des hémoptysiques au Mont-Dore, est tout à fait contraire à celle que suivait M. Bertrand. Il demande donc à M. Lassalas de déterminer exactement les cas dans lesquels ce mode de traitement doit être prescrit et ceux dans lesquels il doit être défendu.

M. LASSALAS répond que, dans toutes les observations qu'il a pu recueillir, il a toujours retiré de bons résultats des aspirations d'eau minérale.

M. LAUSSEDAT fait observer que la question est complexe et qu'il faut tenir compte des altitudes. La phthisie cesse d'exister à 1,300 mètres; le Mont-Dore dépasse 1,000 mètres; les Eaux-Bonnes ont un niveau inférieur, et les crachements de sang y sont plus fréquents et y guérissent moins bien. Quant à l'action de l'eau minérale en elle-même, M. Laussedat la croit plutôt nuisible qu'utile.

Névralgies et névroses viscérales dans les affections cérébro-spinales. — M. TEISSIER (de Lyon) dit que c'est dans la période prodromique de l'ataxie locomotrice, de la paralysie générale et de la sclérose des cordons rachidiens antérieurs que se montrent ces troubles nerveux viscéraux. Il rapporte un cas d'angine de poitrine qui a marqué, pendant un certain temps, le début d'une encéphalite diffuse. Il a vu chez un sujet arthritique et alcoolique des crises gastralgiques et des vomissements de sang précéder la paralysie générale; chez un autre, une entéralgie paroxystique précéder une paraplégie devenue définitive; chez d'autres, des bronchites convulsives, des palpitations cardiaques marquer le début d'ataxies, d'épilepsies ou d'autres névroses symptomatiques de lésions cérébro-spinales. M. Teissier croit pouvoir expliquer ces névroses par les relations qui existent entre les origines du grand sympathique et l'axe cérébro-spinal.

Ces faits viennent s'ajouter à ceux de MM. Charcot, Maurice Raynaud, etc., et peuvent contribuer à éclairer le diagnostic si souvent obscur, au début des affections cérébro-spinales.

M. VERNEUIL cite plusieurs observations analogues à celles de M. Teissier.

M. ONIMUS dit que ces phénomènes sont des phénomènes de contraction portant aussi bien sur la fibre musculaire striée que sur la fibre lisse.

M. LEUDET a observé un fait à l'appui de l'interprétation de M. Onimus, et dans lequel des symptômes d'étranglement interne et de colique de *miserere* ont précédé la paralysie générale.

M. MANOUVRIEZ, dans ses recherches sur la contracture idiopathique des extrémités, a noté souvent des troubles viscéraux.

Opération de la cataracte. — M. GALEZOWSKI décrit un procédé d'opération de la cataracte qui lui est propre, et qui consiste à limiter l'incision à la cornée sans toucher à la sclérotique, et à faire un lambeau inférieur. Il supprime l'emploi du kystitôme et ouvre la capsule avec le couteau à cataracte lui-même, de telle sorte qu'il n'introduit qu'une seule fois l'instrument dans l'intérieur de l'œil, et évite ainsi le plus souvent la sortie du corps vitré. Les résultats qu'il a obtenus à l'aide de ce procédé sont très-satisfaisants.

Traitement du décollement de la rétine. — M. GALEZOWSKI communique un second travail sur ce sujet. L'opinion émise par de Graefe que cette lésion est incurable a entravé les recherches; cependant la rétine décollée peut reprendre ses fonctions à la suite d'un traitement approprié à la cause du décollement. Quand celui-ci a pour cause une inflammation, un régime antiphlogistique prolongé et rigoureux peut amener la réparation complète. M. Galezowski rapporte deux observations à l'appui de cette assertion. Quand la cause du décollement est une myopie progressive avec exsudation séreuse, il faut retirer de l'œil une certaine quantité de liquide, et l'auteur se sert, à cet effet, d'une petite seringue aspiratrice graduée, d'après le modèle de la seringue de M. Dieulafoy.

Épithéliomas térébrants du maxillaire supérieur. — M. RECLUS a observé, dans le service de M. Verneuil, deux cas intéressants de tumeur buccale non décrite, et qu'il désigne sous le nom d'*épithélioma térébrant*. A la suite de l'avulsion d'une dent, douleurs persistantes s'irradiant dans la mâchoire supérieure et dans les ganglions tuméfiés; écoulement incessant d'un pus fétide et entraînant de nombreux globes épidermiques. On constate au rebord alvéolaire de volumineux bourgeons charnus, au milieu desquels on aperçoit un orifice, qui conduit dans une cavité profonde. Cette cavité n'est point le sinus maxillaire, elle est de formation nouvelle. M. Reclus croit que ces tumeurs se développent par l'hypertrophie des kystes dont les rudiments sont adhérents aux racines dentaires, et qui ont été décrits par M. Magitot sous le nom de *kystes périostiques*; ces épithéliomas, auxquels M. Reclus donne le nom de *terébrants*, sont d'une nature très-maligne.

Le phénate de soude dans les affections spasmodiques des voies respiratoires. — M. PERNOT préconise l'emploi du phénate de soude dans le traitement des affections nerveuses des voies respiratoires, en particulier de la coqueluche et de la grippe.

Séance du 23 août (matin).

Étiologie du goître. — M. NIVET (de Clermont) se propose d'apprécier l'action des grands courants atmosphériques venant des montagnes de l'ouest du département du Puy-de-Dôme. Ces courants, modifiés par les montagnes, viennent ajouter leur influence à celles d'autres causes, telles que l'usage des eaux magnésiennes, l'habitation sur des terres magnésifères, une mauvaise nourriture, l'encombrement, les travaux exagérés en plein soleil, sur des pentes exposées aux vents d'ouest, l'ingestion de grandes quantités d'eau froide.

Le goître né à l'état aigu dans ces conditions, non héréditaire, peut devenir chronique, constitutionnel et par conséquent héréditaire.

Traitement de l'inversion irréductible de l'utérus par la ligature élastique. — M. ARLES a appliqué la ligature élastique sur la tumeur utérine attirée au dehors, et en a obtenu la chute sans accidents immédiats. Plus tard, le toucher permettait de constater la présence du col dans sa situation normale.

M. VERNEUIL rappelle que M. Denucé (de Bordeaux) emploie un procédé analogue, qui consiste dans l'écrasement lent et progressif.

Syphilis maternelle par conception. — M. DIDAY (de Lyon) lit un travail sur ce sujet. La syphilis du père peut se transmettre à la mère par le fœtus. La mère présente alors d'emblée des accidents secondaires; le chancre initial fait défaut. M. Diday insiste sur la précocité de l'infection de sa mère par le produit de la conception. Celui-ci peut infecter sa mère à toutes les périodes de la vie intra-utérine. La syphilis par conception s'observe rarement. Elle met la mère à l'abri de l'infection si elle nourrit son enfant qui, au contraire, infecterait une nourrice étrangère. M. Diday poursuivra ses recherches sur ce sujet.

Le phimosis dans ses rapports avec le diabète sucré. — M. BOURGADE (de Clermont), rapporte plusieurs observations de phimosis chez les diabétiques. Il fait suivre ces observations d'importantes considérations sur l'étiologie de la balano-posthite et du phimosis chez les diabétiques, sur l'inopportunité du traitement chirurgical, avant qu'un traitement antidiabétique n'ait modifié la glycosurie. Il résulte, en outre, de ces observations, que chez tout sujet, présentant un phimosis avec balano-posthite, il y a lieu d'examiner les urines et de tirer de cet examen les indications d'un traitement rationnel.

De l'épulis et de son traitement chirurgical. — M. BERCHON (de Pauillac), fait un rapide historique de cette affection et signale les divergences qui existent encore aujourd'hui sur les meilleurs moyens de la combattre. Dans les premiers cas qu'il a pu observer, il a eu recours à l'écrasement linéaire; au bout d'un mois la lésion s'est reproduite. Il a eu recours alors à la cautérisation avec la poudre de Vienne, soit d'emblée, soit après l'écrasement linéaire. Ce moyen lui a donné des succès qu'il croit devoir faire connaître.

Séance du 23 août (soir).

De la double conscience.— M. AZAM (de Bordeaux) a fait, sur une hystérique qu'il observe depuis dix-huit ans et qui présente des phénomènes cérébraux singuliers, des observations intéressantes sur l'état mental de cette malade, pendant les fréquentes périodes où elle présente une sorte de somnambulisme total. Le travail de M. Azam est publié dans le numéro du 20 mai de la *Revue scientifique*. Entre autres phénomènes hystériques, cette malade présente des troubles vaso-moteurs extrêmement variés, et par suite, des troubles fonctionnels divers dans les organes dont la circulation est ainsi troublée. Or, M. Azam admet que l'absence du souvenir des actes commis par cette femme, pendant son somnambulisme, correspond à un trouble circulatoire cérébral localisé et que, de même qu'on observe des phénomènes d'amnésie verbale dans certains cas d'anémie de régions circonscrites du cerveau, de même on peut considérer l'amnésie totale comme subordonnée à des troubles circulatoires, probablement anémiques aussi, de certaines circonvolutions.

La pratique chirurgicale à la campagne. — M. BARADUC, donne les résultats statistiques de sa pratique chirurgicale à la campagne pendant ces dix dernières années. Ces résultats sont des plus satisfaisants, et il les attribue au milieu dans lequel il opère, à son respect pour l'évolution naturelle des plaies, aux bons effets du pansement ouaté. Mais il insiste surtout sur l'importance du milieu et redoute, par dessus tout, les effets des créations hospitalières dans des contrées jusqu'ici favorisées par les bons résultats du traitement chirurgical à domicile.

Du seigle ergoté dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. DUBOUÉ (de Pau), s'appuyant sur des considérations purement physiologiques, a eu l'idée d'essayer le seigle ergoté dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il résulte de ses observations que la tolérance pour ce médicament serait d'autant plus grande que la maladie serait plus grave; qu'il est moins bien supporté par les femmes que par les hommes; qu'il peut être administré sans inconvénient à une femme enceinte; que, pulvérisé, il conserve toutes ses propriétés, au moins pendant huit jours. Sur quinze cas traités par l'auteur, deux restent douteux par la rapidité extrême de la guérison, cinq de moyenne gravité se sont terminés par la guérison. Sur huit cas très-graves, six guérisons. Dans les deux cas de mort, le seigle ergoté paraît avoir manqué de son efficacité ordinaire.

Le pouls dans l'intoxication saturnine. — M. TEISSIER fils (de Lyon) a suivi attentivement les modifications qui surviennent dans la forme du pouls radial, pris avec le sphygmographe de Marey, dans les différentes périodes des attaques de coliques saturnine. Il présente une série de tracés, et montre qu'il en est d'assez caractéristiques pour permettre, dans certains cas douteux, de poser un diagnostic. Rapprochant la forme du pouls de l'état des artères, il a constaté que l'augmentation de la tension artérielle se caractérise par une courbe à sommet dedoublé, à ligne d'ascension courte, verticale, à ligne de descente fortement dicrote.

Drainage de l'œil. — M. WECKER fait une communication sur le drainage de l'œil; suivant lui, l'incision du diaphragme irien agit par l'écoulement qu'elle provoque dans les cas de pression intra-oculaire exagérée.

Séance du 24 août (matin).

Morsure de la vipère. — M. FREDET (de Clermont) fait une communication sur la morsure de la vipère dans le département du Puy-de-Dôme. La vipère noire, grise ou rouge, peut quelquefois déterminer la mort par sa morsure. Celle-ci, quand elle n'est pas mortelle, détermine des accidents plus ou moins graves et d'une durée plus ou moins longue. Il importe, comme traitement, d'agir énergiquement et immédiatement par la ligature, la succion, la cautérisation et l'administration aux blessés de boissons chaudes, alcooliques, poussées jusqu'à l'ivresse. Il serait important de vulgariser le plus possible, dans les campagnes, ces moyens de traitement.

M. CHAUVEAU pense que le meilleur moyen serait le rétablissement de l'ancienne prime dans les départements où elle a été supprimée et son augmentation dans ceux où elle existe.

De la fièvre intermittente dans la Limagne. — M. POMMEROL pose quelques règles pratiques sur le meilleur mode d'administration du sulfate de quinine. Il émet quelques considérations intéressantes sur la provenance végétale du miasme paludéen, sur la cause de l'intermittence et la théorie de l'accès de fièvre, sur le rôle que peuvent jouer les phénomènes de fermentation subis par les végétaux introduits dans l'économie.

Cancer des lèvres à Clermont. — M. FLEURY (de Clermont) fait observer la fréquence du cancer épithélial des lèvres en Auvergne, particulièrement chez les montagnards, et sa rareté chez les ouvriers des villes. Or, ces derniers sont fumeurs, les premiers, au contraire, ne fument pas. On ne peut donc attribuer à l'abus du tabac cette fréquence du cancer, que M. Bouisson appelle à tort le cancer des fumeurs. M. Fleury rapproche l'étiologie du cancer des lèvres, de celle du cancer des ramoneurs. La malpropreté chez les montagnards comme chez les ramoneurs lui paraît être la véritable cause.

Mortalité des enfants du premier âge dans les campagnes. — M. DUBERT attribue cette mortalité, dans le Puy-de-Dôme, à l'alimentation prématurée des enfants. Il pense qu'un calcul égoïste est aussi pour beaucoup dans la diminution du nombre des enfants. Plus le paysan augmente son aisance, moins il veut avoir d'enfants. M. Dubert voudrait que l'on annexât aux livres de piété qui sont entre les mains de toutes les mères de famille, dans les campagnes, quelques indications relatives à l'hygiène du premier âge.

Propriétés caustiques du bromure de potassium. — M. PERRAULT (de Libourne) a utilisé les propriétés caustiques du

bromure de potassium dans le traitement de certaines tumeurs ulcérées des maxillaires. Il en a obtenu de très-bons résultats.

Il présente, en outre, un vésicatoire au chloral.

Rapports entre le travail musculaire, la chaleur et la proportion d'urée. — M. BLATIN fils (de Clermont) lit un travail très-bien fait sur ce sujet, et qui renferme un grand nombre de déductions physiologiques et pathologiques très-intéressantes. L'exercice musculaire augmente l'oxydation des matières albuminoïdes; poussé jusqu'à la courbature, cet exercice élève la proportion d'urée jusqu'à 75 grammes au lieu de 30. M. Blatin en conclut que les arthritiques, chez lesquels l'excès d'acide urique entraîne des accidents variés, devraient se soumettre à la courbature d'abord, à l'entraînement de la gymnastique ensuite. Il cite plusieurs exemples.

De certaines formes graves du coup de fouet. — M. VERNEUIL communique un certain nombre d'observations, d'où il résulte que les malades prédisposés par l'état variqueux des veines du membre inférieur ont été, sous l'influence du coup de fouet, atteints de rupture veineuse et de tous les accidents consécutifs à cette rupture. Le pronostic du coup de fouet est donc, dans certains cas, plus grave qu'on est généralement porté à l'admettre. En pareil cas, sont formellement indiqués un repos absolu, une immobilisation complète et l'abstention de toute manœuvre mécanique.

Inscription photographique des variations électriques des nerfs, des muscles du cœur, avec l'électromètre de Lypmann. — M. FRANÇOIS-FRANCK, au nom de M. MAREY, fait une communication sur ce sujet et présente deux épreuves photographiques, l'une montrant les variations électriques de l'oreillette d'un cœur de grenouille, l'autre, celles du ventricule d'un cœur de tortue.

Des troubles de la sensibilité dans la contracture idiopathique des extrémités. — M. MANOUVRIEZ fils (de Valenciennes) tire de six observations de contracture idiopathique des extrémités les conclusions suivantes :

1° Outre divers troubles sensitifs (sensations douloureuses ou seulement anormales), il existe *constamment* dans la tétanie, en dehors des accès et après leur cessation définitive, une paralysie plus ou moins accentuée des sensibilités au contact, à la douleur, à la température et au chatouillement, de la peau et souvent même des muqueuses, paralysie ayant son siége de prédilection dans les parties affectées de contracture, et ne s'accompagnant qu'exceptionnellement d'altération des sens. Ces altérations de sensibilité, accompagnées d'ailleurs de troubles circulatoires, justifient l'emploi du bromure de potassium, qui a été heureusement tenté par l'auteur contre cette maladie.

2° Dans l'étude des paralysies sensitives, l'æsthésiomètre est indispensable pour apprécier rigoureusement l'état de la sensibilité tactile.

3° Cliniquement, l'analgésie se dédouble en *analgésie* proprement dite, ou perte de la sensibilité à la douleur pour ainsi dire *physiologique, immédiate* ou *provoquée*, et en *anodynie*, ou abolition de la sensibilité à la douleur pour ainsi *pathologique consécutive* ou *spontanée*. (Dans une observation, en effet, la brûlure, qui n'avait pas été sentie immédiatement en tant que traumatisme, le fut consécutivement en tant que processus pathologique.)

4° Les diverses espèces de sensibilité (æsthésie, algésie, odynie, pallesthésie, termesthésie, sensibilité musculaire et même sens du goût) peuvent être altérées *indépendamment les unes des autres*. Peut-être sera-t-il possible un jour de démontrer qu'à ces sensibilités correspondent des conducteurs spéciaux, ou tout au moins des corpuscules terminaux périphériques anatomiquement distincts pour chacune d'elles.

Séance du 25 août.

Causes et effets des dégénérescences physiques intellectuelles et morales dans les populations rurales. — M. PLANAT, sous ce titre, a donné lecture d'un travail renfermant des vues philosophiques pleines d'intérêt, mais qui ne se prêtent pas à une analyse.

Myopie progressive avec diminution de l'acuité visuelle. — M. CHIBRET (de Clermont) lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions.

1° Gravité de la myopie chez la femme; 2° nécessité de faire préventivement des verres appropriés, aux femmes atteintes d'une myopie supérieure à quatre dioptries; 3° utilité grande et incontestable d'un traitement rationnel, destiné à arrêter le progrès de la myopie et à améliorer l'acuité en voie de décroissance.

M. GAGNON (de Clermont) fait une communication sur les rapports du goître exophthalmique avec la chorée.

Des ulcères et fistules diabétiques et de leur traitement par les eaux alcalines. — M. VERNEUIL, au nom de M. CORNILLON (de Vichy), donne lecture d'un travail sous ce titre. Les observations renfermées dans ce travail viennent à l'appui des conclusions du travail précité de M. Bourgade. Il en ressort l'utilité du traitement du diabète par les eaux alcalines, mais aussi la nécessité de bien étudier les indications, à cause des conséquences fâcheuses que peut avoir une cure à Vichy dans certains cas.

Sur un cas d'ulcère tuberculeux des gencives, de la joue et des deux lèvres. — Au nom de M. LEDENTU, M. VERNEUIL communique une observation d'un homme de trente-trois ans atteint de phthisie pulmonaire héréditaire, et qui portait en même temps sur les lèvres des ulcérations, sans induration, sans saillies papilliformes, mais avec élevures granuleuses, d'aspect jaunâtre, autour desquelles on voyait sur la muqueuse labiale de petites saillies acuminées, avec un point jaunâtre au sommet.

Un traitement local avec la teinture d'iode ayant échoué, on eut recours à un badigeon avec une solution concentrée de chlorate de potasse. Les ulcères furent détergés et marchèrent rapidement vers la cicatrisation. Mais la phthisie n'en continua pas moins sa marche fatale. Cet homme a donc présenté un exemple d'ulcérations des lèvres de nature tuberculeuse avec dépôts tuberculeux de la muqueuse.

Oligurie traumatique. — M. VERNEUIL a présenté enfin, au nom de M. NEPVEU, une note sur un cas d'oligurie traumatique, qui présente un grand intérêt au point de vue de la pathologie générale. Il s'agit d'un blessé qui présenta, à la suite de la lésion d'un urétère, un défaut presque complet de sécrétion urinaire. M. Verneuil attribue cette suspension de la sécrétion rénale à un acte réflexe, et s'appuie sur ce fait pour faire ressortir la nécessité d'étudier le mécanisme physiologique de ces actions suspensives.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

DIXIÈME LETTRE

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DANS L'ALLEMAGNE DU NORD ET EN PARTICULIER [illegible] BERLIN ET LEIPSIG (*fin*).

I

Les cliniques propædeutiques. — Prix des Facultés de médecine. — Dotations des instituts.

De l'aveu même du personnel enseignant, la Faculté de médecine de Berlin a perdu un nombre assez considérable d'étudiants, et la qualité scientifique de ceux qui restent a évidemment baissé, quand on la compare à celle des générations antérieures. Nous ne consignerions pas ici une telle observation si elle ne nous avait été faite par plusieurs personnes compétentes à l'hôpital de la Charité. L'agrandissement rapide et le magnifique développement donnés aux instituts scientifiques et médicaux de Liepsig ont sans doute été pour

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 septembre.

beaucoup dans les causes qui ont amené cette situation. Quand, en effet, on jette les yeux sur le tableau de l'état des étudiants qui ont fréquenté ces deux importantes Facultés médicales, on est frappé de l'accroissement numérique rapide de ceux de l'université saxonne. Entre toutes les Facultés de médecine de l'Allemagne entière, Leipsig est peut-être celle qui a progressé le plus rapidement. En prenant une période d'environ dix années, et en remontant à l'année 1867, on voit que dans les deux semestres de cette année, le chiffre des étudiants était de 180; trois ans après, en 1870, il était de 250; en 1872, il dépasse le chiffre de 350; dans le semestre d'été de 1875, il monte à 430; la progression d'année en année, de semestre en semestre a été constante. En 1867, Berlin comptait 400 étudiants en médecine environ; en 1873, semestre d'été 340, semestre d'hiver 333; en 1874, semestre d'été 299; semestre d'hiver 276, en 1875 semestre d'été 259; la décroissance est de même incessante et graduelle.

En ce qui concerne les autres Facultés de médecine de l'Allemagne du Nord, ces oscillations ne sont pas moins intéressantes à étudier. Nous les avons, du reste, indiquées dans un tableau général que l'on trouvera dans l'appendice.

On verra que l'université de Bonn, malgré les importants travaux qui ont été faits pour agrandir la Faculté de médecine et la doter d'instituts nouveaux, a réellement perdu aussi un chiffre assez notable d'étudiants; en 1867, ce chiffre était de 210; en 1875, par une décroissance continue, il arrive à ne plus être que de 120.

La Faculté de médecine de Kœnigsberg, par contre, dotée elle aussi d'instituts nouveaux a vu s'accroître d'une manière notable le chiffre de ses élèves de 93 en 1867; il se maintient depuis 1871 au-dessus de 150. La Faculté de Marbourg est dans le même cas; de 50 en 1867, le chiffre des élèves est monté à 150 environ, et se maintient à ce degré. La Faculté de Breslau conserve depuis 1867, un nombre d'étudiants à peu près égal; de 187 à cette époque il est de 171 aujourd'hui.

Les Facultés de Giessen, de Gœttingue, de Greifswald, de Halle, restent stationnaires. Giessen en 1867 avait 78 élèves, en 1874, 66; Gœttingue 196, aujourd'hui 122; Greifswald 261, aujourd'hui 247; Halle 108, aujourd'hui 124.

Les Facultés de Kiel et de Rostock restent toujours avec leur chiffre minime de 30 à 60 étudiants en médecine.

La Faculté de médecine de l'université russe-allemande de Dorpat a pris comme Leipsig un grand développement. En 1867, le chiffre de ses étudiants montait à peine à 140, aujourd'hui il est de 333; les statistiques universitaires allemandes font entrer Dorpat dans le nombre des universités de l'Allemagne, il y a encore du côté de la Russie, comme du côté de l'Autriche, comme naguère du côté de la France, quelques provinces détachées de la mère-patrie et qui doivent revenir à elle.

La Faculté de médecine de Berlin compte seulement quatorze chaires ordinaires : trois de chirurgie, trois de médecine dont une de clinique propædeutique, une de gynécologie et accouchements, une de pathologie générale et anatomie pathologique, une d'ophthalmologie, une de psychiatrie, une d'anatomie et histologie, une de physiologie, une de chimie et pharmacologie.

Ainsi que nous le disions à la fin de la lettre précédente, les lacunes laissées dans l'enseignement des chaires ordinaires, dans les Facultés de médecine, sont comblées par l'enseignement des professeurs extraordinaires, et même par celui des privat-docents. Il y a à Berlin quatorze chaires extraordinaires, et comme le docent nommé extraordinaire ne peut, qu'avec une autorisation spéciale, changer l'objet des matières sur lesquelles il a voulu faire ses premières leçons, les cours ci-dessous désignés sont toujours faits à la Faculté de médecine : maladies des enfants, dermatologie et syphilis, maladies des dents et de la bouche, médecine opératoire, médecine légale, hygiène publique de police sanitaire, chimie pathologique, maladies parasitaires, physiologie, anatomie, pathologie générale, cours d'auscultation, cours de laryngoscopie, d'otologie.

Trente-sept docents reprennent cet enseignement sous toutes ses faces et achèvent de le rendre complet. C'est une observation générale d'ailleurs que, dans presque toutes les Facultés de médecine allemandes, excepté à Vienne, les chaires ordinaires ne donnent pas un enseignement médical véritablement entier.

La Faculté de médecine de Berlin a compté dans ces dernières années et compte encore aujourd'hui dans son sein des membres dont le nom honore la science allemande : les Jean Muller, les Wagner, les Wolff, les Dieffenbach, les Schulzenstein, les Jüngken, les Mitscherlich, les de Graefe, les Romberg, les Remak, les Casper, les Griesinger, les Frerichs, les du Bois-Raymond, les Langenbeck, les Wirchow, ont fait ou font encore partie de cette importante Faculté. Le professeur H. Helmholtz ne fait pas partie de la Faculté de médecine, mais de la section scientifique de la Faculté de philosophie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — MM. Ferraton et Cordier, médecins principaux de 1re classe; Blondeau, médecin-major de 1re classe, viennent de prendre leur retraite.

— *Corps de santé de la marine.* — M. le pharmacien de 1re classe Roux, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'infirmités incurables, contractées au service.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Terrals, médecin-major de 2e classe, et Clément, pharmacien aide-major de 2e classe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoire sur les veines de la face et du cou, par le docteur Louis Chabert, ancien interne des hôpitaux, prosecteur de l'École de médecine de Toulouse. — In-8° de 40 pages et 2 planches coloriées. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Étude sur le mouvement de désassimilation chez le vieillard, par le docteur Roche. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce nous est un devoir, avant de parler de ce qui a été dit dans cette séance, de payer un tribut de regrets au membre si recommandable à tous égards que l'Académie vient de perdre. En levant la séance en signe de deuil, mardi dernier, ce n'est pas seulement au dignitaire, — M. Gobley était, comme on le sait, depuis longues années, trésorier de la compagnie et faisait partie, à ce titre, du conseil, — mais aussi au savant, que l'Académie a entendu rendre hommage. M. Gobley, lorsqu'il fut admis à l'Académie, en 1861, avait, en effet, légitimement conquis cet honneur par des travaux nombreux et très-justement estimés. Il suffira de rappeller, entre autres, ses savantes et laborieuses analyses d'un grand nombre de principes immédiats végétaux, la part qu'il a prise à la recherche et au dosage de l'arsenic dans les eaux minérales, ses recherches chimico-physiologiques sur l'urée, sur l'œuf des oiseaux et des poissons, sur les matières grasses phosphorées du sang veineux, de la bile et du cerveau, et surtout ses études chimiques sur le cerveau de l'homme, qui font aujourd'hui autorité dans la science.

M. Delpech, qui a porté la parole, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Gobley, a parfaitement caractérisé l'ensemble de ces derniers travaux dans le fait capital et dans les déductions physiologiques fécondes qui en ressortent. Enfin ce que M. Delpech a su exprimer en excellents termes, c'est l'homme lui-même, renfermant sous une frêle enveloppe une âme fortement trempée, doué d'une volonté persistante et tenace, animé d'une ardeur constante pour le travail, toujours poussé en avant par le sentiment du devoir. C'est pour avoir été à même d'apprécier personnellement, dans de fréquents rapports avec le regretté savant, ces qualités morales, que nous nous sommes associé aux marques nombreuses d'approbation qui ont accueilli la courte allocution de M. Delpech.

Après cette communication, l'Académie a entendu la lecture d'une note de M. J. Guérin sur une méthode de traitement abortif de l'anthrax, que nous mettons presque textuellement, sous les yeux de nos lecteurs, dans le compte rendu de la séance. M. Piorry a pris ensuite la parole sur la discussion engagée devant l'Académie au sujet du spirophore de M. Woillez. Si quelqu'un a le droit de rappel et de revendication sur une foule de points de pathologie et de médecine pratique, c'est assurément M. Piorry, qui a touché à tous, et qui sur un grand nombre a émis des vues toujours originales, si non toujours justes. Aussi n'a-t-il pas laissé échapper l'occasion de rappeler ses travaux et ses expériences sur tout ce qui se rapporte à l'histoire de l'asphyxie et qui trouvaient effectivement là leur place. Cette discussion ne paraissant pas terminée nous aurons très-probablement l'occasion d'y revenir.

Dr BROCHIN.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA GLYCÉMIE. — LA GLYCÉMIE EST LE RÉSULTAT D'UNE FONCTION PHYSIOLOGIQUE, ELLE PREND SA SOURCE DANS L'ORGANISME ET NON DANS L'ALIMENTATION.

Dans mes précédentes communications (1), j'ai décrit les méthodes et les procédés qu'il convient de mettre en usage pour la recherche du sucre dans le sang. Aujourd'hui, j'aborderai le problème physiologique de la glycémie en lui-même, et je montrerai tout d'abord que l'existence de la matière sucrée dans le sang n'est point un fait accidentel d'alimentation, mais qu'elle constitue un phénomène physiologique aussi constant et aussi permanent dans l'organisme que tous les autres phénomènes de la nutrition, dont il n'est d'ailleurs qu'une expression directe.

I. — LA GLYCÉMIE NE DIFFÈRE PAS CHEZ LES ANIMAUX CARNIVORES ET HERBIVORES; ELLE EST INDÉPENDANTE DE L'ALIMENTATION.

Après avoir établi par mes anciennes expériences que le sucre existe dans le foie de l'homme et des animaux, quelle que soit leur nourriture, à jeun ou même dans l'état de vie fœtale, il était facile de prévoir qu'un phénomène aussi général et aussi fixe ne pourrait pas être soumis à l'éventualité d'une alimentation essentiellement changeante. Dans les conditions normales, les herbivores introduisent dans leur appareil digestif une grande quantité de substances féculentes ou sucrées, tandis que les carnivores n'en prennent généralement pas; et cependant nous trouvons que les quantités de matière sucrée contenues dans le sang de ces divers animaux sont exactement les mêmes. La méthode critique expérimentale que nous suivons ici exige que nous donnions, avant tout, la

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* des 5, 7 et 9 septembre 1876.

démonstration de cette proposition fondamentale, à l'aide de faits précis et décisifs.

Si nous résumons en un tableau quelques expériences, prises en quelque sorte au hasard et dont nous aurions pu multiplier les exemples presque à l'infini, nous trouvons :

	Quantité de sucre dans le sang.
Lapins en pleine digestion (herbes)	1 gr 25 p. 1000
	1 40 —
Chiens en digestion (viande)	1 32 —
	1 45 —
	1 10 —
	1 17 —
Lapin à jeun	1 17 —
Chien à jeun bien portant	1 21 —
Chien à jeun et fébricitant	1 41 —
Homme bien portant (alimentation mixte)	1 17 —

Ainsi, on le voit, quelle que soit la nature de l'alimentation, chez les herbivores aussi bien que chez les carnivores, pendant la digestion, pendant l'abstinence et même pendant la fièvre, le sang renferme toujours à peu près les mêmes proportions de sucre. Ces faits me semblent assez nets pour réfuter les théories qui ont placé dans l'alimentation la source de la matière sucrée du sang, et assez clairs pour démontrer qu'il existe, au contraire, dans l'organisme vivant une fonction glycogénique qui entretient et règle la quantité de la matière sucrée dans le sang, et la rend indépendante des conditions variables de la digestion.

Pour découvrir et démontrer expérimentalement la source du sucre dans le sang, nous suivrons une méthode physiologique simple et facile à comprendre. Nous analyserons le sang qui entre dans tous les organes, ainsi que celui qui en sort; si le sang à sa sortie est plus riche en sucre qu'à son entrée, c'est qu'il aura nécessairement traversé un organe formateur de matière sucrée.

J'ai annoncé dès longtemps que cet organe glycogénique est le foie. Nous allons donner ici de nouveau cette démonstration, en examinant la répartition de la matière sucrée dans le sang des diverses parties des systèmes artériel et veineux, et en montrant : 1° que le sang artériel a une teneur en sucre sensiblement égale dans tout son parcours; 2° que le sang veineux, au contraire, contient des quantités de sucre variables suivant les organes, mais toujours inférieures à celles du sang artériel; 3° qu'un seul organe du corps fait exception à cette règle : c'est le foie, qui nous montre le sang sortant par les veines sus-hépatiques plus riche en sucre que le sang qui y entre par la veine porte ou par l'artère hépatique.

Cette étude, ainsi conçue, nous conduira d'une manière certaine à la solution du problème, mais à la condition d'être fondé sur une critique expérimentale sévère. C'est pourquoi je désire, préalablement, revenir en quelques mots sur la rigueur des méthodes et les procédés d'expérimentation que je mets en usage.

En parlant des conditions physiologiques dans lesquelles il faut se placer pour étudier la glycémie, j'ai précédemment insisté sur une règle essentielle, que j'appellerais volontiers *le principe de la comparaison simultanée*, à cause de son importance en physiologie. Pour comparer la teneur en sucre de deux sangs pris dans différents vaisseaux, il faut que l'extraction en soit faite d'une manière absolument simultanée. Si l'on procède autrement, on obtient des résultats qui ne sont point comparatifs, ces résultats discordants sont soumis pourtant à des lois qu'il s'agit avant tout de déterminer si l'on veut bien fixer les règles de l'analyse du sucre dans le sang.

La première loi à connaître, c'est que le sucre augmente dans le sang toutes les fois qu'on pratique des hémorrhagies successives surtout quand elles sont lentement produites. Ce fait général s'observe chez tous les animaux, qu'ils soient à jeun ou en digestion. Nous examinerons plus tard s'il y a lieu d'expliquer ces résultats par des conditions nouvelles de diffusion ou par les changements de pression que la saignée apporte dans la tension vasculaire; pour le moment, je me borne à signaler les faits et à en tirer cette conséquence pratique, qu'il ne faut jamais faire parler l'expérience comparative que sur des liquides sanguins extraits simultanément des vaisseaux.

Quant au procédé chimique du dosage du sucre que j'ai fait connaître dans une précédente communication (1), je me bornerai à rappeler que la coagulation du sang par le sulfate de soude et le dosage par le liquide de Fehling constituent un procédé très-délicat qui me semble exempt de toute cause d'erreur. Je me suis assuré qu'il n'existe dans le sang, traité par le sulfate de soude, aucune matière autre que le sucre (glycose) qui puisse donner lieu à la réduction cuivrique. D'autre part, j'ai vérifié par une méthode de contrôle que le procédé et la formule que j'emploie donnent une grande exactitude (à $\frac{1}{10000}$ près). Je citerai quelques chiffres comme exemples. Dans plusieurs échantillons de sang privé de sucre ou dont le sucre avait été comparativement dosé, on a ajouté une quantité connue de sucre (sucre interverti), et l'on a recherché, par le procédé du sulfate de soude et de la liqueur de Fehling, en faisant usage de la formule $S = \frac{8000}{n}$, si l'on retrouvait exactement la quantité de sucre ajouté. Voici le résultat de cinq expériences de contrôle :

	Nombres calculés.	Nombres trouvés.	Différence.
1re expérience.	1 gr 26 de sucre pour 1000	1 gr 23	0 gr 03
2e —	1 10 —	1 10	0 00
3e —	2 28 —	2 20	0 08
4e —	3 03 —	3 00	0 03
5e —	1 58 —	1 56	0 02

Ainsi, l'on a trouvé une fois exactement le même, ce qui peut être une coïncidence; mais, dans tous les cas, les écarts n'ont porté que sur la seconde décimale, dont on ne peut pas répondre à cause de la variabilité de la partie aqueuse du sang qui peut osciller dans ces mêmes limites, non-seulement chez les divers chiens, mais aussi chez le même animal, lorsqu'on lui a fait subir des pertes de sang plus ou moins considérables.

II. — DANS LE PARCOURS DU SYSTÈME ARTÉRIEL LE SANG RENFERME UNE PROPORTION DE SUCRE SENSIBLEMENT IDENTIQUE.

Pour établir cette proposition, nous avons comparé la teneur en sucre du sang des divers troncs artériels.

On a extrait simultanément, à l'aide de deux seringues, le sang des deux artères que l'on voulait comparer. On a traité les deux sangs immédiatement par le sulfate de soude, sans attendre la coagulation spontanée qui amène des inégalités pour la cuisson du caillot et peut ainsi donner lieu à des causes d'erreur.

Sur quatre analyses simultanées et comparatives que nous avons faites, nous avons trouvé :

1re expérience. — Sang des artères.	Crurale	1 gr 21 p. 1000
	Carotide	1 21 —
2e expérience. — Sang des artères.	Crurale	1 30 —
	Carotide	1 30 —

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 7 septembre 1876.

3e expérience. — Sang des artères.	Crurale droite.	1 04	—
	Crurale gauch.	1 03	—
4e expérience. — Sang des artères.	Aorte.	1 14	—
	Crurale.	1 14	—

Nous pouvons donc conclure de ce qui précède qu'à un moment donné, il y a égalité dans la teneur en sucre du sang considéré dans les divers points du système artériel. Nous voyons en outre qu'à l'état ordinaire cette richesse en sucre du sang artériel oscille entre 1 gramme et 1 gr. 50 pour 1000 (1). Toutefois il faut rappeler ici ce fait important que la quantité de sucre augmente à mesure que l'on fait subir à l'animal des hémorrhagies lentes et successives.

Nous devons retenir dès à présent ce fait remarquable de l'augmentation du sucre dans le sang à la suite des hémorrhagies; on ne saurait l'expliquer par les conditions de l'alimentation, car cette augmentation du sucre survient chez des chiens nourris de viande ou à jeun. Il s'agit donc bien là d'une source intérieure de sucre dont la production se trouve excitée ou exagérée par des conditions particulières de l'organisme.

III. — DANS LE SYSTÈME VEINEUX GÉNÉRAL LA PROPORTION DE SUCRE EST VARIABLE, MAIS TOUJOURS INFÉRIEURE A CELLE DU SANG ARTÉRIEL.

Première série d'expériences. Comparaison du sang artériel et veineux dans les membres. — Pour le *membre postérieur,* nous faisons l'extraction simultanée du sang dans l'artère et dans la veine crurale.

A cet effet, nous plaçons une ligature sur l'artère et la veine crurales, puis nous introduisons au-dessus de la ligature, dans le bout central de l'artère et dans le bout central de la veine, deux tubes ou deux sondes que nous faisons pénétrer à 5 ou 6 centimètres jusque dans les artères et veine iliaques primitives. Alors, à l'aide de deux seringues, nous faisons, pendant que l'animal est calme, l'aspiration simultanée du sang artériel et du sang veineux.

Sur cinq chiens opérés de cette façon, voici les résultats fournis par l'expérience.

	Sucre p. 1000 dans le sang artériel.	Sucre p. 1000 dans le sang veineux.
1er chien.	1 gr 24	0 gr 96
2e chien.	1 00	0 88
3e chien.	1 10	1 08
4e chien.	1 17	0 95
5e chien.	1 30	1 02

Dans le *membre antérieur,* le sang veineux se montre également plus pauvre en sucre que le sang artériel.

Dans une expérience comparative sur les deux sangs, nous avons trouvé 1 gr. 22 pour 1000 de sucre dans le sang de l'artère et 1 gr. 09 dans le sang de la veine.

Nous n'avons pas observé que l'abouchement du canal thoracique, déversant le chyle dans la veine sous-clavière gauche, apportât un changement sensible dans le rapport de la richesse sucrée des deux sangs (2).

Ainsi dans les membres le sucre se détruit puisque le sang veineux qui en revient est plus pauvre en sucre que le sang artériel qui y pénètre.

(1) On trouve parfois exceptionnellement des nombres plus forts. Récemment j'ai rencontré un chien nourri de viande, paraissant bien portant, n'ayant encore subi aucune expérience, qui m'a donné pour teneur en sucre de son sang artériel carotidien 2 grammes pour 1000.

(2) Le chyle et la lymphe sont en général moins riches en sucre que le sang artériel. Nous reviendrons plus tard sur ces analyses en parlant de la digestion des matières féculentes et sucrées, dont l'absorption se fait spécialement par la veine porte.

Deuxième série d'expériences. Comparaison du sang artériel et veineux de la tête. — Nous avons comparé le sang artériel des carotides avec le sang veineux des jugulaires externes.

Sur trois chiens, nous avons trouvé :

	Sucre p. 1000 dans l'artère carotide.	Sucre p. 1000 dans la veine jugulaire.
1er chien.	1 gr 10	0 gr 67
2e chien.	1 10	0 83
3e chien.	1 51	0 95

Le sang veineux qui revient du cerveau est plus pauvre en sucre que le sang artériel.

Sur un chien dont la glycémie avait augmenté par suite d'opération et d'hémorrhagie antérieures, nous avons extrait le sang des tissus de la dure-mère, et, perforant à l'aide d'un trocart le torcular ou pressoir d'Hérophile, nous avons obtenu pour 1000 de sang :

1 gr. 21 de sucre dans le sang veineux des sinus rachidiens; — 1 gr. 35 de sucre dans le sang veineux des sinus de la dure-mère; — 2 gr. 70 de sucre dans le sang artériel (1).

Cette seconde série d'expériences nous conduit donc aux mêmes conclusions que la première, relativement à l'appauvrissement du sang veineux.

En résumé, nous pouvons conclure que, normalement, le sang veineux des membres, du tronc, de la tête et du cou contient moins de sucre que le sang artériel correspondant; de sorte que la substance sucrée se détruit dans tous ces organes en proportions sans doute variables, mais assez difficiles à déterminer.

Nous allons prouver maintenant qu'il n'y a dans le corps qu'un seul organe qui fasse exception à cette règle : c'est le foie, qui, au lieu d'appauvrir en sucre le sang qui le traverse, l'enrichit au contraire de cette substance qu'il répand dans l'organisme d'une manière constante.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Rétrécissements diffus, consécutifs à une rectite chronique déterminée probablement par un chancre de l'anus.

Nous avons en ce moment, dans nos salles, deux malades, couchés, l'un au n° 18 de la salle des hommes, l'autre au n° 19 de la salle des femmes, tous deux atteints d'une diminution du calibre du rectum. Celle-ci est certainement assez considérable pour mériter le nom de rétrécissement; mais, quand nous parlons de cette maladie, en général, nous faisons allusion à des rétrécissements circonscrits, circulaires qui occupent une portion ordinairement peu élevée du rectum, au-dessus et au-dessous desquels il y a bien quelques lésions de l'intestin, quelquefois même une diminution de son calibre, mais pas aussi prononcées qu'au niveau de cette partie circulaire, dure, inextensible, qui constitue le rétrécissement proprement dit.

Je ne veux pas revenir, aujourd'hui, sur l'étiologie et la pathogénie de ces rétrécissements fibreux du rectum, qui reconnaissent le plus souvent une origine chancreuse. Ce qui me préoccupe aujourd'hui, c'est ce fait que chez ces deux malades, le calibre du rectum est évidemment moins considérable qu'à l'état normal.

Chez l'homme du n° 18, le rétrécissement est manifeste. Les selles ne sont pas rubanées, mais les matières fécales ont un

(1) Dans le liquide céphalo-rachidien, on a trouvé 1 gramme p. 1000 de sucre.

volume moitié moindre que les fèces normales, quand il n'y a pas de diarrhée.

Quant à la femme du n° 2, dont nous n'avons pas vu les selles, le doigt indicateur, introduit dans le rectum, nous a permis de constater d'une façon évidente qu'il existait un rétrécissement.

Mais, chez l'un et chez l'autre, on n'a pas affaire à un rétrécissement fibreux bien circonscrit, on ne trouve pas un bourrelet circulaire, très-étendu, très-inextensible, et n'admettant que difficilement l'extrémité de l'index, ou même ne l'admettant pas du tout. On constate seulement une étroitesse qui commence à partir de l'anus, un épaississement de la muqueuse, quelques bosselures, quelques inégalités qui remontent au-delà de la limite du doigt. En un mot, on ne trouve pas cette partie beaucoup plus étroite, et formant l'anneau que l'on rencontre dans la plupart des rétrécissements fibreux circulaires.

C'est une variété qu'il faut connaître, que ces rétrécissements diffus, allongés, sans une portion fibreuse très-circonscrite et beaucoup plus étroite que le reste, et formée par des épaississements de la muqueuse.

A quelle variété anatomique appartiennent ces sortes de rétrécissements diffus? Il est assez difficile de répondre à cette question. En ce qui concerne notre malade du n° 18, il est certain que l'on voit des épithéliomas du rectum se présenter avec des bosselures, des inégalités de la muqueuse, semblables à celles que nous observons ici, et de plus, s'accompagnant des symptômes fonctionnels identiques. Mais je vous ferai remarquer que les bosselures de l'épithélioma sont en général plus dures que chez ce malade. Dans ce cas, voici surtout ce qui devra vous préoccuper pour établir votre diagnostic. Cet homme du n° 18 a un rétrécissement qui occupe une grande hauteur du rectum, il est bosselé et s'accompagne de pertes de sang pas très-abondantes et surtout d'écoulements séro-purulents, sanieux, pour me servir de l'expression consacrée, desquelles résulte un véritable ténesme. En cela, il ressemble aux malades affectés d'épithélioma. Mais voici ce qu'il a de particulier et en quoi il en diffère. C'est qu'avec des bosselures très-étendues du rectum qui, probablement, sont accompagnées d'une grande érosion au-dessus du point rétréci, la santé de ce malade n'est pas très-altérée. Il n'est pas jaune, ni très-notablement amaigri. Il paraît bien très-préoccupé de son état, mais enfin il n'est pas cachectique, bien que sa maladie dure depuis environ sept ans. Or, vous ne voyez guère des épithéliomas, méritant le nom de cancer du rectum, occuper une étendue aussi grande et remonter à une époque si éloignée, sans que déjà ils n'aient déterminé une émaciation profonde et une cachexie considérable. D'ailleurs un épithélioma, datant de sept ans, aurait déjà tué le malade.

Telles sont les conditions physiologiques qui me permettent d'établir le diagnostic d'un rétrécissement inflammatoire, avec bosselures et inégalités de la muqueuse.

D'ailleurs, une autre raison qui prouve qu'il ne s'agit pas ici d'un épithélioma, c'est que cet homme a déjà été traité, en 1872, par M. le professeur Verneuil, qui lui a fait une opération qu'il n'aurait pas pratiquée s'il ne s'était agi d'un rétrécissement fibreux. Je veux parler de la rectotomie externe après laquelle a persisté la rectite qui a amené toutes les bosselures que nous avons ici, et cette diminution du calibre de l'intestin, que je désigne sous le nom de rétrécissement diffus, canaliculé.

Si en effet, en 1872, le malade avait été dans cet état, on ne lui aurait probablement pas fait la rectotomie externe. Si on l'a pratiquée, c'est, sans doute, parce qu'il avait un rétrécissement circonscrit. Cette opération éloigne de plus l'idée d'un épithélioma, parce que, pour le cancer du rectum, il n'y a pas lieu de recourir à un procédé semblable.

Chez cet homme, bien qu'il prétende n'avoir pas eu la syphilis et qu'il n'y ait pas lieu d'invoquer la théorie, erronée à mon sens, de M. Fournier, celle de l'envahissement du rectum par un syphilome anal sous l'influence de la syphilis constitutionnelle, je crois que nous n'avons pas affaire à un rétrécissement, suite d'une inflammation simple, mais consécutif à un état inflammatoire déterminé par un chancre dont les signes commémoratifs et les signes physiques nous échappent.

Certes, je ne veux pas dire qu'une inflammation simple, que, par exemple, un état inflammatoire, analogue à celui que provoque la dysenterie, ne puisse amener un état semblable à celui-ci; mais, en pareil cas, c'est un fait extrêmement rare, bien que rien ne soit plus commun que les lésions de la dysenterie. Au contraire, sachant que le chancre de l'anus, détermine dans les deux sexes, surtout chez les femmes, et bien plus fréquemment que dans la dysenterie, une diminution du calibre du rectum, telle que celle que nous observons chez ce malade, je suis très-disposé à admettre un rétrécissement d'origine syphilitique.

Ce diagnostic ne nous conduit pas à un pronostic très-favorable, ni à un traitement très-efficace. Quant au premier, il est évidemment moins grave que s'il s'agissait d'un épithélioma, mais nous n'en avons pas moins affaire à une affection sérieuse, parce qu'elle est très-longue et très-difficile à guérir. Les productions de la rectite d'origine syphilitique, vénérienne peut-être, n'ont pas, en effet, de tendance à se résorber, ni spontanément, ni sous l'influence des médicaments altérants, et en particulier de l'iodure de potassium. Elles persistent, au contraire, indéfiniment et se transforment en brides fibreuses disséminées dans le rectum ou finissent par s'ulcérer.

Il n'y a donc pas de curabilité possible; et, pour que le malade vive, il est nécessaire que la constitution ne s'affaiblisse pas assez pour permettre aux tubercules de se développer dans les poumons. Dans ces cas alors, la maladie peut rester stationnaire, il s'établit une tolérance, et le malade peut vivre avec son infirmité pendant des années. Par conséquent, je n'ai pas d'autre traitement à conseiller que l'emploi des toniques et des reconstituants. En même temps, on soumettra le malade à une bonne hygiène, on lui recommandera d'éviter la fatigue. D'autre part, on aura recours à l'usage de l'iodure de potassium, parce que c'est une arme à plusieurs tranchants, et enfin on se trouvera bien de l'administration de quelques lavements pour entraîner le pus et la sanie.

Malheureusement, nous sommes complétement impuissants pour un symptôme particulier, dont je ne vous ai pas parlé jusqu'à présent. Notre malade, en effet, se plaint beaucoup de la difficulté qu'il a de retenir les matières liquides et gazeuses.

Je vous ai dit qu'il existait dans cette maladie du ténesme dû à l'écoulement des matières purulentes, mais ce dont je ne vous ai pas parlé, c'est que notre malade présente très-souvent un petit écoulement de matière liquide et gazeuse que, lorsqu'il tousse, lors qu'il fait un effort quelconque, le sphincter est impuissant à retenir. C'est là un grave inconvénient auquel nous ne pouvons pas grand'chose, parce que le sphincter, ayant été coupé par la rectotomie, a perdu sa tonicité. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de diminuer les sécrétions anormales à l'aide des moyens que je vous ai signalés plus haut, de l'iodure de potassium, du fer, des préparations de quinquina, des bains et des lavements.

Chez notre malade du n° 2, nous trouvons les mêmes lésions, un rétrécissement canaliculé, diffus, bosselé, remontant très-haut dans l'intérieur du rectum et s'accompagnant des mêmes symptômes physiologiques : ténesme et douleur; de plus, chose singulière, bien que cette femme n'ait pas été soumise à la rectotomie, elle présente, comme le malade précédent, une incontinence des matières fécales. En un mot, il existe également chez elle une insuffisance de la tonicité du sphincter. Probablement, parce que celui-ci a longtemps lutté contre la contractilité des fibres musculaires de l'intestin, il est devenu lâche et mou. Aussi l'ouverture anale est extrêmement large; avec cela il n'existe pas de rétrécissemet circulaire fibreux, comme nous en observons si souvent chez les femmes, à la suite de chancres de l'anus.

S'agirait-il donc ici d'un épithélioma ? Certes, cette femme en présente les symptômes physiologiques et quelques symptômes anatomiques, tels que des bosselures dures et inégales. Mais, bien que le début de son affection remonte à trois ans, elle n'est presque pas cachectique. Or, un rétrécissement cancéreux du rectum, dont le doigt qui explore ne peut atteindre les limites et datant d'une époque aussi éloignée, aurait, comme je vous l'ai déjà dit, miné la constitution. De plus, non-seulement j'espère pour cette femme qu'elle n'est pas affectée d'un rétrécissement cancéreux, parce que les lésions qu'elle présente sont très-étendues et que l'économie n'est pas considérablement détériorée, mais pour cette raison qu'elle n'a pas l'âge auquel le cancer se développe. Elle a en effet vingt-six ans, et il y a trois ans que la maladie a débuté. En outre, vous savez que quand le cancer du rectum se manifeste chez de jeunes sujets, il épuise très-rapidement la constitution.

D'un autre côté, les inégalités des indurations que l'on constate dans le rectum sont la conséquence de la production nouvelle qui s'est faite dans l'intérieur de l'intestin, sous l'influence de l'inflammation, de ce que l'on appelle aujourd'hui la néoplasie, et que l'on ne rencontre pas dans l'épithélioma. Nous avons donc affaire, par conséquent, à une rectite avec bosselures, inégalités, rétrécissement du calibre du rectum et sécrétion anormale, probablement consécutive, ici encore, à une inflammation déterminée par un chancre à l'anus.

Ce diagnostic est d'autant plus probable que le chancre à l'anus est très-fréquent chez les femmes, et qu'il existe chez la nôtre des commémoratifs. En effet, s'il faut en croire le récit de cette malade, elle aurait été traitée par M. Lannelongue, il y a trois ans, et pendant huit semaines, pour une fistule à l'anus, sans que cependant l'on ait pratiqué chez elle les deux principaux moyens usités en pareil cas, l'incision ou la dilatation forcée. Il est donc probable que M. Lannelongue a déguisé le nom de la maladie, et que le traitement que cette femme a subi à l'hôpital était nécessité par un chancre.

De plus, autre renseignement, elle présente à l'entrée de l'anus et autour de l'orifice anal, des lésions cutanées qui n'existent pas ordinairement dans la fissure, ni dans l'inflammation simple de l'intérieur du rectum; je veux parler de l'épaississement de la peau qui limite les plis rayonnés de la marge de l'anus, et que l'on rencontre quelquefois à la suite des chancres de cette région.

Par conséquent, comme chez notre malade du n° 18, le seul traitement auquel nous puissions avoir recours, est un traitement palliatif qui permette à la malade de résister efficacement à l'épuisement qui est la conséquence des sécrétions anormales et à faciliter, au moyen de la médication altérante, la résorption des matières plastiques qui pourraient avoir une certaine tendance à disparaître de la sorte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 septembre 1876. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des travaux des conseils d'hygiène du département de la Charente-Inférieure, pour l'année 1875 (commission des épidémies);

2° Divers documents se rapportant au service de la vaccine, et en particulier le tableau des vaccinations pour le département de la Seine, pour l'année 1875;

3° Une demande en autorisation d'exploiter une source minérale gazeuse, dite *Source César*, sise à Desaignes (Ardèche).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Da Costa Alvarenga (de Lisbonne) qui sollicite le titre de membre correspondant étranger, et adresse, à l'appui, une notice sur ses travaux;

2° Une lettre de M. le docteur Guillon, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *De la guérison rapide de l'angine couenneuse et du croup membraneux, au moyen de l'insufflation du nitrate d'argent pulvérisé.*

PRÉSENTATIONS

M. MAURICE PERRIN présente, au nom de M. le docteur Chauvel, un volume intitulé : *Précis d'opérations de chirurgie.*

M. ROGER présente : 1° au nom de M. le docteur Omer Marquez, une brochure intitulée : *Note sur l'inoculation variolique;* 2° au nom de M. le docteur Simonin, un *Rapport sur le service départemental de l'assistance médicale et de la vaccine de Meurthe-et-Moselle pendant l'exercice* 1875.

M. DEVILLIERS offre en hommage, au nom de M. le docteur Maurin, un *Almanach-Guide de la mère de famille.*

M. BAILLARGER présente, de la part de M. le docteur Dagonet, un ouvrage intitulé : *Nouveau traité des maladies mentales.*

M. BOULEY offre en hommage, de la part de M. Émile Thierry, un volume intitulé : *Déontologie vétérinaire, devoirs et droits des vétérinaires.*

LECTURES

M. DELPECH, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Gobley.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Nouveau mode de traitement abortif de l'anthrax. — M. JULES GUÉRIN lit sous ce titre la note suivante :

Je commence par rappeler que l'anthrax, considéré d'une manière générale, continue, — malgré les progrès dont son étude a été l'objet, — à être une source assez fréquente de graves accidents. Il n'est pas rare d'entendre parler de personnes qui ont succombé aux suites d'un anthrax. Avant d'indiquer le moyen de se soustraire à ce danger, il n'est donc pas sans utilité de dire en quoi ce danger consiste.

Presque tous les auteurs ont admis, pour s'expliquer la gravité accidentelle de la maladie, deux sortes d'anthrax : l'anthrax *bénin* et l'anthrax *malin*; le premier, considéré comme une sorte d'accident local, circonscrit, a son siége immédiat; le second, comme le résultat d'une explosion local d'un mal diathésique de mauvaise nature. Quelque spécieuse que soit cette distinction, elle ne me paraît pas résister à une considération plus exacte et plus rigoureuse des faits.

Pour moi, l'anthrax véritable est toujours le résultat d'un état général, d'une sorte d'affection préalable de toute l'économie dont la localisation, comme une sorte de jetée éruptive aiguë, se présente avec des caractères, une marche, trahissant la nature à part du principe localisé.

La cause de cette malignité réside principalement dans le fait d'une altération septicémique de la matière qui constitue le noyau ou bourbillon de l'anthrax. Cette matière acquiert, par sa décomposition ou sa fermentation au contact de l'air, des propriétés septiques qui la transforment en un véritable poison, lequel, transporté par l'absorption dans les voies circulatoires, devient une source d'infection générale pour l'économie. Ainsi donc, n'admettant d'autre origine du véritable anthrax, que la localisation d'un principe général diathésique qui vient se déposer dans les mailles du derme, le danger qui caractérise la maladie naît tout à la fois de la nature de la substance excrétée et de l'altération consécutive de cette substance au contact de l'air; et finalement, de l'absorption de cette substance.

Partant de cette idée que tous les accidents qui constituent et caractérisent la malignité accidentelle de l'anthrax sont le résultat de l'absorption des liquides septiques contenus au foyer de cette tumeur, l'indication à remplir est, d'une part, de prévenir et de neutraliser la décomposition septique des noyaux ou bourbillons de l'anthrax, et, d'autre part, d'arrêter au passage la matière décomposée en vue de prévenir l'intoxication locale et générale.

Logiquement et méthodiquement, il faudrait remplir d'abord la première indication : prévenir la formation du poison. Mais pratiquement, c'est par la seconde qu'il faut commencer. Que le poison existe ou qu'il n'existe pas encore, l'important est de lui couper le chemin; circonscrit dans son foyer, on a le temps ensuite de le détruire sur place.

Or, le moyen d'arrêter d'emblée l'évolution de la maladie et de la localiser, c'est d'appliquer sur l'anthrax, sur sa zone la plus enflammée, même au summum de cette inflammation, un large vésicatoire percé à son centre, pour permettre à un topique appproprié de neutraliser le germe septique en même temps qu'on empêche sa dissémination.

Cette application a pour effet immédiat d'enrayer tous les accidents, de calmer la douleur, de changer la consistance de la tumeur, de lui enlever sa résistance, sa rougeur, en un mot d'en faire une tumeur absolument bénigne et inerte dont l'énucléation, s'il y a lieu, favorisée par les moyens ordinaires s'exécute sans qu'il soit besoin de recourir à l'action du bistouri.

J'ajouterai néanmoins, qu'au cas où, l'élimination des bourbillons terminée, il reste comme il arrive fréquemment une excavation profonde, il est utile d'en badigeonner le fond avec une solution d'azotate d'argent en vue de provoquer l'oblitération des orifices vasculaires béants à la surface de l'excavation et de prévenir l'absorption du liquide altéré. J'ajouterai que pour que la médication ait son effet, il faut que l'application du vésicatoire ait lieu à la première période de l'anthrax et soit prolongée jusqu'à la vésication, c'est-à-dire jusqu'au soulèvement de l'épiderme et la formation de l'ampoule. En preuve de cette nécessité et de la réalité de l'effet produit par le vésicatoire, j'ai observé que toutes les fois qu'une partie de la tumeur a échappé à son action, elle reste dure et rénitente à côté des autres parties devenues molles et indolores.

Il me resterait à donner, suivant la coutume, une série d'observations à l'appui et comme confirmation des idées et de la méthode exposées dans cette note. Cette confirmation pratique, tout le monde peut l'obtenir d'emblée.

Cependant pour donner un exemple bien concluant, choisi parmi un très-grand nombre d'autres, et comme le type de ceux qui attestent l'efficacité prompte et réelle de la méthode, je citerai avec l'autorisation du confrère qui en est l'objet, un cas d'anthrax des plus considérables observé et guéri, il y a un peu plus de trois ans, chez notre distingué confrère M. M...., bien connu de l'Académie.

Le 21 avril 1873, M. M.... me fit demander muni de mon meilleur bistouri, m'écrivait-il. Il souffrait depuis huit jours d'un anthrax à la cuisse droite. Au début, qui remontait au 12 avril, le cercle inflammatoire ne s'étendait pas au-delà d'une pièce de 5 francs, mais il s'était immédiatement et considérablement accru sous l'influence de trois heures d'équitation sur un cheval difficile.

Lorsque je vis notre confrère, la tuméfaction était énorme; le volume de la cuisse s'était accru de plus d'un sixième. Le volume de la cuisse s'était accru de plus d'un sizième. La rougeur s'étendait depuis l'épine iliaque jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous du genou. La tumeur de l'anthrax proprement dit avait le diamètre de la paume de la main d'un adulte. La peau de son centre très-amincie et criblée, dans l'étendue d'une pièce de 1 franc, de sept à huit petites ouvertures, laissait apercevoir les points jaunes correspondants de la collection multiple. Tout mouvement était impossible, la douleur extrême. C'est dans dans cet état qui durait depuis trois jours sans amélioration, malgré tous les moyens employés, que je vis notre confrère.

Il m'avait fait appeler, ai-je dit, pour opérer le débridement de la tumeur.

Quelque étrange que dût lui paraître ma proposition de le guérir presque immédiatement sans opération, je me hasardai cependant à la lui faire, en lui disant que le remède que j'allais lui appliquer, tout opposé qu'il parût à un état inflammatoire aussi considérable et aussi douloureux, aurait certainement pour résultat de produire presque immédiatement la détente de tous les symptômes, et de rendre toute opération inutile. M. M.... cédant avec la plus entière et la plus honorable confiance à la conviction que je lui exprimai, se laissa appliquer au centre de la tuméfaction, un large vésicatoire qui pouvait avoir 15 centimètres de diamètre.

Le vésicatoire appliqué à une heure de l'après-midi ne fût levé que le lendemain matin. Une large ampoule piquée à sa base laissa couler tout son contenu et notre confrère constata avec bonheur, que la tumeur de dure, douloureuse et résistente qu'elle était la veille, était devenue molle, presque indolente et à peine sensible à la pression.

Des cataplasmes de farine de lin avec une eau phéniquée légère, et recouverts d'une couche d'onguent de la mère, provoquèrent au bout de quelques jours l'énucléation des bourbillons. Le huitième jour, notre confrère pouvait sortir en voiture, et le quinzième il ne restait plus qu'un léger pertuis cutané, sans gonflement et sans rougeur, lequel était complétement fermé quelques jours après.

Je crois inutile d'ajouter qu'une médication générale appropriée, contribua à rétablir promptement notre excellent confrère, qui n'a pas cessé, depuis lors, de jouir d'une parfaite santé.

Tel est au point de vue pratique le traitement abortif de l'anthrax sans opération chirurgicale. Après en avoir donné la description et précisé les indications pratiques, il n'est pas sans intérêt de chercher à expliquer son mode d'action physiologique. De cette idée, en effet, si elle peut être généralisée, il y aurait à tirer des applications qui agrandiraient en proportion le domaine de la méthode.

C'est ce que nous allons essayer.

S'il est vrai, comme je l'ai dit, que dans l'anthrax et le furoncle la zone inflammée circonférencielle de la tumeur est produite par la résorption du liquide morbide de leur noyau; ce fait physiologique, que nous ne donnons point comme particulier à l'anthrax, se produit dans toutes les parties avoisinant un foyer morbide constitué par des matières altérées, avec cette différence toutefois, que si la tuméfaction inflammatoire se manifeste sous une apparence uniforme, la nature du liquide morbide lui imprime parfois, comme dans les affections éruptives, son caractère propre. Je ne pourrais citer un plus curieux et plus instructif exemple que ce qui arrive dans l'érysipèle consécutif à l'ouverture de certaines tumeurs mélicériques. Lorsque l'on enlève ces tumeurs, en les ouvrant sans prendre la précaution d'en expulser les moindres parcelles, ce qu'il en reste devient le siége d'une sorte de fermentation septique qui fournit les éléments inoculés de la zone érysipélateuse circonférencielle.

Or dans l'anthrax comme dans ce cas, comme dans tous ceux où il y a inoculation de liquides morbides altérés, c'est par suite de la pénétration de ces liquides que les parties circonférencielles se tuméfient et s'enflamment. Eh bien, le vésicatoire n'exerce, suivant moi, d'autre action, dans ces cas, que celle d'arrêter la résorption, de donner issue au liquide morbide, de dégorger les parties qu'il a envahies et d'en opérer la déturgescence et la détente.

C'est imbu de cette idée que j'ai fait une foule d'applications abortives, à l'aide du vésicatoire, aux érysipèles qui se développent si souvent autour des plaies d'abord, et à ceux qui compliquent fréquemment l'inoculation vaccinale; je l'ai même employé avec succès chez une dame bien connue de nos confrères Campbell et Martin

Saint-Ange, que j'ai cru atteinte d'une pustule maligne, produite par la piqûre d'une mouche de mauvaise nature. Enfin je l'emploie, usuellement, partout où une tuméfaction inflammatoire se développe autour d'un point suppuré, ou autour d'un principe morbide déposé. C'est ainsi que j'ai été conduit à l'employer comme mode de traitement abortif de l'accès de goutte au pied, le vésicatoire appliqué sur le point le plus enflammé du gros orteil. Je ne l'ai pas employé contre les tumeurs charbonneuses ni contre les érysipèles phlegmoneux, suites de piqûres anatomiques, mais le cas échéant, je n'hésiterais pas à y avoir recours, persuadé que le vésicatoire arrêterait au passage le poison tendant à pénétrer dans l'économie.

Mais rentrant dans le cercle pratique que je me suis tracé dans ce mémoire, je n'hésite pas à conclure que désormais le traitement abortif de l'anthrax pourra, s'il est appliqué en temps opportun, s'affranchir de tout concours du bistouri.

La parole est donnée à M. Piorry pour la suite de la discussion sur le spiromètre.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE SPIROPHORE DE M. WOILLEZ.

M. PIORRY. L'emploi du spiromètre serait à coup sûr le complément le plus parfait de tous les moyens qui ont été employés pour rétablir la respiration des asphyxiés en général et des submergés en particulier. Malheureusement l'extrême difficulté de l'avoir à sa disposition, alors que l'occasion de l'utiliser se présente, rend son usage presque impossible. Dans l'état actuel de la science, lorsque l'asphyxie est légère, dans l'hypoxémie, et quand un certain degré d'intelligence est conservé, le meilleur des procédés pour rétablir la respiration et pour provoquer l'expulsion, soit de l'écume bronchique, soit des liquides, des crachats que les conduits aériens peuvent contenir, est de faire asseoir le malade, puis de fléchir fortement sa tête sur la poitrine, comme je l'avais déjà proposé, en 1848, dans mon *Traité de médecine pratique;* puis de lui intimer, en quelque sorte, l'ordre d'inspirer fortement et de faire les plus grands efforts pour expectorer. J'ai pu ainsi dans un assez grand nombre de cas rendre à la vie des malheureux parvenus au dernier degré de l'agonie.

Il est possible que M. Woillez, lorsqu'il a inventé le spiromètre, se soit souvenu de mon travail sur l'hyperpnéisme, méthode thérapeutique qui consiste à utiliser en pratique les respirations profondes et réitérées, et qui, presque instantanément, comme le prouve le plessimétrisme, dégorge le foie et les poumons hyperémiés, diminue considérablement le volume de ces viscères, arrête promptement les pneumorrhémies, hémorrhagies pulmonaires, et quelquefois les pneumonites mieux que ne le font les saignées.

M. Woillez me paraît avoir été trop sévère relativement aux inconvénients de l'insufflation pratiquée dans les anoxémies. Il accuse ce moyen si pratique de donner lieu à la déchirure des vésicules pulmonaires, et par suite, à un emphysème des poumons susceptible de s'étendre au loin.

Le docteur Piedagnel avait déjà eu cette crainte, et il a lu à l'Académie, sur ce sujet, un mémoire dont elle m'a fait l'honneur de me confier le rapport. Il est résulté de ce travail tout expérimental, ainsi que des expériences que j'ai faites sur des poumons d'animaux vivants et de cadavres humains, que l'insufflation pulmonaire est très-difficilement suivie de la rupture des cellules aériennes situées dans l'intérieur de ces organes, cellules, qui, alors qu'elles sont distendues par l'air insufflé, ne se rompent pas, et cela parce que ces cellules, uniformément gonflées, se soutiennent les unes les autres; seulement les vésicules qui correspondent à la surface des plèvres pulmonaires, qui ne trouvant pas le même appui en dehors que celles qui sont profondes et peuvent, lorsque l'insufflation est portée loin et réitérée, se déchirer, livrer passage à l'air injecté et donner lieu à un emphysème extérieur sous-pleural qui, du reste, a peu de danger.

D'après ce qui précède, l'insufflation pulmonaire est donc, en général, presque toujours inoffensive. M. Depaul, juge si compétent en cette matière, a arraché à la mort par cette pratique une multitude d'enfants nouveau-nés, et cela quand depuis longtemps ils paraissaient morts; et l'on ne peut assez admirer son zèle et la patience courageuse dont, dans de si grandes occasions, il a fait preuve. Or, M. Depaul a la même opinion que les miennes sur l'innocuité d'une insufflation bien faite et pratiquée avec précaution.

A plus forte raison, il en est ainsi dans le traitement des submergés, strangulés, des autres anoxémiés, et même dans l'agonie; elle est loin, en général, d'être dangereuse, et il faudrait employer une force bien supérieure à celle que cette pratique exige pour causer soit l'emphysème des poumons, soit des accidents sérieux.

Or, si l'insufflation est, en général, presque inoffensive, on ne voit pas pourquoi on s'embarrasserait du spiromètre si volumineux, si peu portatif et qui, comme il a été dit par nos collègues, empêche d'employer d'autres moyens bien utiles de sauvetage.

Mais l'insufflation peut être suivie d'une aspiration; en effet, l'air qui a été introduit dans les poumons au soufflet ordinaire, et mieux à double courant, peut servir à injecter et à pomper tour à tour le gaz atmosphérique, que l'on veut insuffler dans la poitrine. Si, au moment où l'on pousse l'air avec un certain degré de force, il pénètre profondément dans le poumon, et si, en bouchant avec la main la soupape qui permet à cet air d'entrer dans le soufflet on dilate l'instrument, il en résulte une aspiration très-forte, soit du gaz insufflé, soit des liquides contenus dans le conduit aérien. Pour éviter que, pendant l'insufflation, le gaz atmosphérique pénètre dans le tube digestif, *il suffirait d'appuyer fortement le cartilage thyroïde* sur le pharynx.

Le moyen que je propose ici est on ne peut plus simple; il est sous la main du chirurgien et du médecin, d'une application très-facile, et c'est là un immense avantage que tout praticien estime au plus haut degré.

La ponction du larynx par l'intervalle qui sépare le cricoïde du thyroïde au moyen d'un troquart très-gros et dont la canule aurait une suffisante dimension pour livrer passage à l'air, pourrait encore permettre d'exécuter d'une manière successive les mouvements d'insufflation et d'aspiration dont il vient d'être question.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Le Directeur : Dr E. Le Soubd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 108. — SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1876. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cirrhose hypertrophique périlobulaire, consécutive à la présence d'un calcul dans les voies biliaires.

Dans notre *Revue clinique* du 21 mai dernier, nous signalions à l'attention de nos lecteurs une forme spéciale de cyrrhose hypertrophique du foie, décrite par M. Hanot et déduite à la fois des observations recueillies par ce médecin et des recherches anatomo-pathologiques concordantes de MM. Cornil et Hayem ; forme spéciale qui se distingue de la cirrhose atrophique, non-seulement par les symptômes, mais encore par la localisation dans les canalicules biliaires de la lésion primitive qui la constitue. Depuis que nous avons fait connaître ces faits, il s'en est produit d'analogues, qui en mettant plus en évidence encore, par les circonstances même de la cause, la lésion des canalicules biliaires comme point de départ primitif de la maladie, tendent, en outre, comme on va le voir tout à l'heure, à faire admettre qu'un certain nombre de ces cirrhoses hypertrophiques pourraient bien n'être que des affections secondaires, résultant de la propagation au tissu conjonctif du foie d'une inflammation partie des voies biliaires.

Dans un mémoire publié récemment dans les *Archives de physiologie*, MM. Charcot et Gombault ont rapporté une observation dans laquelle la présence d'un calcul, dans les voies biliaires dilatées, avait déterminé consécutivement une transformation fibreuse avec hypertrophie considérable du tissu hépatique. Le même fait avait déjà été constaté dans les observations de MM. Pierret et Pitres, rapportées dans le travail de M. Hanot. Voici une nouvelle observation analogue que M. le docteur Du Castel, chef de clinique de la Faculté, a recueillie dans le service de M. le professeur Lasègue, à l'hôpital de la Pitié, et qu'il vient de publier dans le dernier fascicule des *Archives générales de médecine.* Nous en réduirons la relation aux détails principaux.

Un homme de cinquante-huit ans est entré à l'hôpital de la Pitié, le 26 mars dernier, notablement affaibli depuis trois mois, amaigri, n'ayant point d'appétit. Depuis deux mois environ, il s'est aperçu qu'il jaunissait, mais ses selles ont conservé leur coloration normale; léger degré de constipation; pas de vomissements; pas de grands accès de coliques. Les quintes de toux (cet homme était atteint en même temps de bronchite chronique) provoquaient une douleur assez vive dans l'hypochondre droit. Légers frissons passagers toutes les fois que le malade restait quelque temps debout.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate : une teinte ictérique légère à la peau, très-marquée aux conjonctives; faciès amaigri, avec acné rosacée du nez; langue humide, un peu blanche; ventre légèrement ballonné; pas d'ascite; sensibilité à la pression de l'hypochondre droit. Le foie mesurait dans son diamètre axillo-iliaque 16 centimètres 1/2; diamètre mammaire, 15 centimètres; matité sterno-pubienne arrêtée à 12 centimètres au-dessus de l'ombilic. Urines rares, colorées par les matières biliaires. Léger œdème des jambes. Battements du cœur irréguliers et sourds, sans souffle. Pouls, 84.

Le malade est soumis au régime lacté, aux bains chauds tous les jours; six ventouses scarifiées sur la région hépatique. Les jours suivants, le malade continue à éprouver de légers frissons dans la journée, des démangeaisons vives à la peau sans production d'aucune éruption; pas de changement dans l'intensité de l'ictère ni dans le volume du foie; anorexie persistante, sans vomissements; constipation légère, selles colorées. Le pouls s'élève un peu, de 84 à 88. Ventouses sèches sur la région hépatique; pilules bleues. L'amaigrissement augmente, ainsi que l'œdème des jambes. L'ictère devient moins marqué.

Dans les premiers jours de mai, un peu d'ascite se manifeste. On constate une dilatation croissante de la base du thorax.

Vers la fin de mai, le malade se plaint d'éprouver des douleurs spontanées dans la région hépatique. Souffle très-accusé au cœur, au niveau de la pointe au premier temps et dans les vaisseaux du cou.

Après un mois environ d'un état à peu près stationnaire, le 2 juillet, le malade est pris subitement de douleurs excessivement violentes dans l'hypochondre droit, suivies de rejet du lait qu'il avait pris quelques instants auparavant et d'une grande quantité de bile.

Le jour suivant, prostration considérable ; pouls petit à 110; extrémités froides. — Le malade succombe dans la nuit du 3 au 4 juillet.

L'autopsie révèle les circonstances suivantes :

Un peu de liquide citrin, transparent dans la cavité péritonéale. Foie volumineux, lisse à la surface. Canal cholédoque considérablement dilaté dans toute sa longueur ; un calcul de 2 centimètres et demi de diamètre sur 2 centimètres de hauteur et du poids de 5 grammes est arrêté au niveau de son

embouchure dans le duodénum, n'empêchant pas toutefois la bile de circuler. La vésicule, peu augmentée de volume, renferme une bile épaisse et quelques calculs biliaires. Le canal hépatique et ses branches extra-hépatiques sont très-dilatés. En poursuivant les ramifications dans le foie, on suit des canaux volumineux et nombreux jusqu'à la surface. Dilatation générale et considérable de tous les canalicules. Congestion vasculaire de la surface du foie.

L'examen histologique montre l'existence d'une cirrhose inégalement avancée dans les différents points du foie, et qui paraît uniquement périlobulaire.

En résumé, voici un nouveau fait qui montre un exemple d'une cirrhose hypertrophique périlobulaire, consécutive à la formation d'un calcul biliaire développé à l'orifice duodénal cholédoque ayant déterminé une stase partielle de la bile et une dilatation générale avec inflammation intra-canaliculaire des voies biliaires. Joint aux exemples de même nature, précédemment cités, il concourt avec eux à montrer, ainsi que l'a fait ressortir M. le docteur Du Castel dans son travail, « que, dans un certain nombre de cas, l'inflammation des conduits biliaires provoquée par le passage des calculs ne se limite pas aux conduits mêmes, mais qu'elle peut s'étendre au tissu conjonctif de l'organe, où elle devient l'occasion d'une véritable cirrhose périlobulaire. » Et, d'une manière plus générale, si l'on rapproche ces faits des divers autres exemples d'un processus semblable produit par des lésions canaliculaires de diverse nature, comme cancers, hypertrophie ganglionnaire, etc., consignés dans les annales de la science, on arrive à conclure également avec M. Du Castel «que tous ces faits concordent pour établir qu'à la suite d'une stase prolongée de la bile, qu'elle soit provoquée par la migration de calculs ou par toute autre cause, les canaux biliaires ne sont pas seuls malades, mais qu'autour de ces canaux dilatés et enflammés on trouve le parenchyme lui-même altéré, présentant une véritable cirrhose périlobulaire, caractérisée par la formation d'un tissu conjonctif riche en cellules embryonnaires et renfermant de nombreux canalicules biliaires. » Enfin ces mêmes observations réunies tendent à faire considérer désormais comme pouvant être secondaire, dans certains cas, une affection regardée généralement jusqu'ici comme primitive.

Empoisonnement par la digitale.

A l'occasion du travail de M. le docteur Rames (d'Aurillac) intitulé : *Contribution à l'étude des effets toxiques de la digitale*, et inséré dans le numéro du 17 août dernier, M. le docteur Jousset (de Bellème) nous transmet la relation suivante d'un cas d'empoisonnement par la digitale, dont il a été témoin, et que le fait rapporté par M. Rames lui a remis en mémoire.

« En juin 1875, nous écrit M. Jousset, un homme de vingt et un ans, bien constitué, habituellement exempt de maladie, se présente à ma consultation. Il a moins d'appétit, il est plein, suivant son expression. Il a des battements de cœur énergiques, fréquents; c'est tout.

La prescription fut : sobriété relative; potion à l'huile de ricin pour le lendemain matin; teinture de digitale trois fois par jour de la manière suivante : le consultant devait le matin préparer une verrée d'eau sucrée, y ajouter une cuillerée de teinture de digitale et boire la totalité en trois fois dans la journée, le matin, vers midi et le soir, pendant la viduité de l'estomac. La petite cuillerée à café à l'usage des enfants de nos campagnes contient moins de 2 grammes de liquide alcoolique. Recommandation, expresse et répétée plusieurs fois, avait été adressée à cet homme, qui n'était pas inintelligent, loin de là, d'aviser à une réduction si se produisait un trouble de l'estomac, même minime. La dose fournie du remède était de 100 grammes, vu l'intensité des battements de cœur, leur durée remontant à quelques semaines, la prévision d'une guérison tardive.

Le lendemain matin, après la prise de l'un des deux remèdes, éclate subitement une effroyable colique suivie de vomissements verts incessants, de diarrhée sans fin. Le malade se roule de douleur sur l'herbe, sur son lit, il ne tient pas en place.

Examiné le soir, à quatre heures, le malade est froid comme un marbre, sans voix, sans pouls. La cause de cet état me fut vite révélée en regardant sur la table d'à côté, la mixture d'huile de ricin intacte, la fiole de teinture de digitale, complétement vide, fiole sur laquelle était écrit visiblement : teinture de digitale et le mode d'usage.

Le jeune malade avait étourdiment avalé d'un trait la teinture de digitale, malgré son horrible amertume.

En présence d'un danger aussi imminent, quoi faire? Débarrasser le malade de son poison par des évacuants? C'était illogique. Le malade évacuait par haut et par bas depuis dix heures; on devait admettre qu'il avait rendu la totalité du poison. Administrer du tartre stibié, ou son équivalent, c'était perdre du temps et blesser l'estomac un peu plus fort. Du contre-poison? Le contre-poison de la digitale est encore à trouver. Il ne restait qu'un parti à prendre, la lutte contre les signes les plus compromettants; réchauffer le mourant par des briques très-chaudes apposées le long du corps; soutenir les forces d'une vie qui s'en allait. Toutes les cinq minutes, on fit boire une petite cuillerée de quelques grammes de rhum et de café alternativement.

M. X... visité quatre heures après vivait encore; c'était une conquête. Le lendemain matin, la vie se soutenait sans amélioration apparente. La scène périlleuse dura cinq jours en ne s'améliorant que progressivement et lentement.

La calorification ne se rétablit qu'après trois jours malgré la température élevée de la saison. Pendant toute la maladie, la chaleur ne s'éleva pas au-dessus de la normale, malgré la jeunesse et la force du sujet.

Les vomissements, les selles, les douleurs de ventre ne s'arrêtèrent qu'après trois jours. La sensibilité de la peau ne reparut bien aussi qu'après cetemps.

L'audition, la vision presque abolies ne se rétablirent que tard; après trois jours le malade entendait mal l'horloge de la chambre et ne pouvait compter les coups. L'attention ne pouvait se tendre jusque-là. Le retour de la vision s'attarda encore plus.

Quant au trouble de la circulation, là est le grand intérêt de ce récit et la plus longue anomalie.

Pendant plus de deux jours, le pouls resta incomptable, malgré la plus grande attention ; puis il se montra irrégulièrement, tantôt fort, tantôt faible, toujours désordonné.

Le cœur? On ne l'entend plus, on le soupçonne; puis c'est un semblant de frémissement; puis après deux jours, on l'entend; mais pour l'entendre, il faut attendre. Les distances sont inégales; il bat un coup unique, puissant; il semble que la poitrine va se briser; d'autres fois, deux ou trois coups égaux ou inégaux. Après une semaine seulement, le cœur se régularisa, tout en restant retentissant.

Les urines ont commencé par être supprimées, sans doute, comme dans le choléra, à cause de l'abondance des autres évacuations; assez vite elles devinrent abondantes, un peu brunes d'abord, enfin claires et normales.

Dix jours après, il ne restait de cet empoisonnement redoutable que de la faiblesse et de l'amaigrissement; mais l'appétit était solide et pouvait être satisfait impunément. »

On remarquera dans la relation de notre honorable correspondant M. Jousset, où l'on regrette, par parenthèse, quelques lacunes, d'abord l'énorme quantité de teinture de digitale ingérée, 100 grammes, dont l'effet a dû être, il est vrai, annulé en grande partie par l'abondance et la précocité des vomissements; son action immédiate sur l'estomac et son annexe l'intestin; son action consécutive sur l'état des fonctions cérébrales et des organes des sens et sur la température; enfin l'action sur le cœur et sur la sécrétion urinaire.

En rapprochant ce fait de celui de M. le docteur Rames, on ne sera pas moins frappé de la ressemblance qui les rapproche sous le double rapport des désordres gastriques et des troubles de la circulation, que de la différence qu'ils ont présentée au point de vue des fonctions cérébrales, restées intactes dans le premier cas, atteintes dans ce dernier, probablement à cause même de la dose massive du poison. On ne sera pas moins frappé, enfin, de la différence de l'issue dans les deux cas, malgré la grande disproportion du poison ingéré.

Dr Brochin.

DE L'HERPÈS RÉCIDIVANT DE LA PEAU (1)

Par M. le docteur Bertholle, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, etc., etc.

II

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur les causes occasionnelles; car j'attache une plus grande importance, au point de vue médical, à la détermination de la cause prédisposante ou, pour mieux dire, de la diathèse, qui engendre les phénomènes pathologiques.

Le symptôme initial si remarquable de la migraine, qui est une émanation du cerveau, et l'ensemble des symptômes consécutifs démontrent l'origine diathésique de nature arthritique de cette affection. M. Bazin, dans ses *Leçons sur les affections cutanées arthritiques et dartreuses* (1868), classe la migraine parmi les symptômes communs à l'arthritis et à l'herpétis; mais il lui assigne des caractères distinctifs dans l'une et l'autre diathèse. Dans l'arthritis, la douleur de tête est gravative, diffuse, et surtout elle s'accompagne de vertiges et d'éblouissements, tandis que, dans l'herpétis, cette douleur est vive, limitée et hémicranique. La migraine affecte la première forme dans mon observation, parce qu'elle est surtout vertigineuse; elle est donc sous la dépendance de l'arthritis.

L'éruption cutanée consécutive prend également le caractère des arthritides, c'est-à-dire une coloration foncée, avec une violente inflammation et la prédominance de l'élément congestif, de la cuisson, des picotements et des élancements. Comme les arthritides, elle subit rapidement son évolution, guérit en quelques jours, récidive fréquemment, surtout à la même place et d'une façon périodique, tandis que les herpétides suivent une marche lente et se promènent sur toutes les régions du corps. Comme les arthritides, elle se développe le plus communément sous l'influence des variations atmosphériques et barométriques; dans certains cas, cependant, elle est causée par les émotions et les causes morales, qui semblent, d'après M. Bazin, agir plus souvent comme causes déterminantes des herpétides, mais qui n'agissent alors qu'indirectement en perturbant les fonctions cérébrales et spécialement le sommeil.

Si maintenant on examine la constitution du sujet, on verra qu'il eut, dès la première jeunesse, des éruptions fréquentes d'herpes labialis; que, dans l'adolescence, il eut des attaques d'asthme pendant la nuit, alternant avec des douleurs vives et passagères dans les épaules et avec des éruptions d'herpes præputialis; qu'enfin, dans l'âge adulte, il fut affecté d'une cystite à forme névralgique, s'exaspérant d'une façon sensible sous l'influence des variations atmosphériques, et plus tard, de la migraine, suivies de poussées d'herpès à la peau de la région fessière. C'est donc, à l'âge adulte, que la maladie se dessine et s'établit franchement; et c'est ainsi que cela se voit dans l'arthritis, qui débute dans l'adolescence et ne se confirme que dans la seconde période de la vie.

Il me reste encore à étudier la possibilité d'une lésion d'un ou de plusieurs nerfs, comme explication de la récidive fréquente de l'éruption sur les ramifications de ces nerfs. On sait, en effet, que des irruptions d'herpès ont lieu quelquefois sur le trajet des nerfs malades ou blessés; mais je me refuse à cette hypothèse, parce qu'elle n'explique pas les symptômes généraux du début et surtout le phénomème initial, la migraine. D'ailleurs, comment expliquer encore de cette façon les longs intervalles, pendant lesquels il n'existe ni douleur, ni même une gêne quelconque? Si ces nerfs étaient l'objet d'une lésion, il faudrait admettre que cette lésion est bornée à la sensibilité, puisque la motilité n'est ni amoindrie, ni abolie, et que les mouvements, au contraire, semblent calmer les douleurs, qui s'exaspèrent au repos ou au lit. Des objections semblables se présentent à l'idée d'une lésion possible de la moelle épinière ou du cerveau. Force est donc de revenir à la pensée d'une diathèse, qui, de temps en temps, lorsque la cause occasionnelle agit, se manifeste et se décharge par l'intermédiaire du système nerveux, spécialement du plexus lombo-sacré, en produisant une poussée à la peau caractérisée par l'herpès, qui est la lésion cutanée critique par excellence. Je crois inutile d'insister davantage sur cette question; et il me semble démontré que l'arthritis est la diathèse génératrice des phénomènes pathologiques qui viennent d'être décrits.

Diagnostic. — Ce point essentiel établi, j'ai à déterminer la lésion cutanée. Est-ce bien une éruption de la famille des herpès? Est-ce plutôt cette forme d'éruption vésiculeuse, étudiée par M. Bazin sous la dénomination d'hydroa vacciniforme? Je n'ai pas besoin d'une bien longue discussion pour éliminer cette dernière affection, qui n'a que quelque analogie avec celle qui m'occupe. En effet, l'hydroa débute par une tache rouge, sur laquelle, dès le deuxième jour, apparaissent des vésicules arrondies et ombiliquées; ces vésicules se dessèchent rapidement en formant des croûtes superficielles et laissent à leur place une légère dépression, c'est cette variation d'éruption que Bateman a décrite sous le nom d'herpes iris. La nature arthritique, la récidive sous l'influence des changements de température, et l'évolution rapide, sont des caractères communs aux deux affections; mais il n'existe pas, dans l'hydroa, les symptômes généraux précurseurs et surtout ces douleurs névralgiques concomitantes, qui sont un des signes les plus tranchés dans mon observation et, qui sont également un des signes pathognomoniques de l'herpès. Je crois donc pouvoir affirmer que la lésion cutanée dont il s'agit est une éruption de la famille des herpès. Elle en présente d'ailleurs tous les caractères : symptômes généraux prodromiques s'annonçant par la migraine, des vertiges et de la courbature;

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 septembre.

symptômes locaux de la lésion cutanée, caractérisés par une base enflammée, arrondie, supportant plusieurs vésicules, par une disposition hémiplégique des plaques ordinairement multiples en forme de zone sur le trajet des nerfs, par des douleurs vives avec de la cuisson et des picotements au niveau et autour de l'éruption, par des irradiations lancinantes le long des ramifications nerveuses avec des points d'hyperesthésie de la peau, par une évolution rapide ayant la durée d'un septénaire environ, enfin par la récidive fréquente dans la même région. N'est-ce pas là l'ensemble des caractères de l'herpès? Tel a été d'ailleurs le diagnostic de mon excellent ami, le docteur Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui a pu examiner plusieurs fois la lésion cutanée.

L'éruption étant classée dans la famille des herpès, il faut encore déterminer quelle est sa variété. Il me semble qu'on ne peut avoir d'hésitation qu'entre l'herpès phlycténoïde, le zona et l'herpès successif chronique, décrit par M. Bazin dans la seconde édition de ses *Leçons sur les affections cutanées arthritiques* (1868).

1° L'herpès phlycténoïde, zona irrégulier de quelques auteurs, se développe fréquemment, suivant Bateman, sur les membres inférieurs; les vésicules se disposent en groupes irréguliers, mais ces groupes disséminés envahissent toujours plusieurs régions du corps et n'offrent jamais la forme d'une demi-zone (Rayer). Enfin l'herpès phlycténoïde n'est pas une affection récidivante : ce qui est un des caractères essentiels de la maladie cutanée qui fait l'objet de mon étude.

2° Le zona présente des points de contact plus évidents avec cette lésion; on y retrouve les deux principaux caractères, c'est-à-dire la disposition régulière des plaques et l'élément douleur. Comme dans le zona, la douleur affecte deux formes : la douleur superficielle liée à l'évolution des vésicules, avec sentiment de chaleur, de cuisson, de prurit, et la douleur profonde lancinante des névralgies. Mais il existe un signe différentiel de ces deux affections qui est caractéristique, c'est la tendance à la récidive. L'éruption d'herpès, dans mon observation, est essentiellement récidivante, c'est-à-dire sous la dépendance d'une diathèse ou d'une cause génératrice permanente, laquelle n'attend que l'effet de la cause occasionnelle pour se manifester de nouveau ; tandis que le zona est une affection idiopatique et conséquemment non récidivante. Aussi M. Bazin, dans la seconde édition de ses leçons, revient sur l'opinion qu'il avait d'abord émise, en classant l'herpès phlycténoïde disséminé et le zona parmi les arthritides; il déclare que ces deux variétés d'herpès ne présentent pas, d'une façon indiscutable, les caractères des éruptions causées par l'arthritis, et qu'elles sont simplement idiopathiques.

3° L'herpès successif chronique de M. Bazin me paraît, au contraire, réunir tous les caractères de l'éruption que j'ai décrite. Cet herpès, dit-il, est un herpès phlycténoïde de la peau et des muqueuses, remarquable par sa ténacité et ses fréquentes récidives; c'est une arthritide commune, une manifestation de la seconde période de l'arthritis. Il range sous cette dénomination : 1° l'herpes labialis chronique, qui a pour siége la muqueuse des lèvres, et s'étend quelquefois à la peau. 2° l'herpès præputialis et vulvaris, ou l'herpes récidivant des parties génitales. Ces deux formes d'herpès sont, d'après l'auteur, essentiellement de nature arthritique, et il s'élève à ce propos contre l'opinion de M. Hardy, reproduite par M. Doyon, qui donne à cette affection une origine dartreuse. Dans la définition de son herpès successif, M. Bazin s'est contenté de signaler la possibilité de son siége sur la peau, mais il n'en a décrit aucune forme. A ce point de vue, mon observation d'herpès de la région fessière comble une lacune importante. C'est ici surtout qu'il est encore utile de rappeler que le sujet a eu, dès son enfance, des éruptions d'herpes labialis; puis, dans l'adolescence, des éruptions d'herpes præputialis; enfin, dans l'âge adulte, des éruptions d'herpès à la peau. Il y a comme une gradation remarquable de la même maladie en relation avec l'évolution physiologique; et la poussée de la peau semble un degré plus avancé de la diathèse arthritique. Quoi qu'il en soit, ces trois degrés sont bien une manifestation de l'affection décrite par M. Bazin sous le nom d'herpès successif chronique (*loc. cit.*).

C'est sur ce point que mes idées se trouvent en contact avec celles de mon savant ami, le docteur Mauriac. Il est un symptôme des plus importants, qui n'a pas été suffisamment signalé et sur lequel il appelle avec raison l'attention; je veux parler des phénomènes névralgiques qui précèdent et accompagnent cette affection. C'est un coin du tableau que ses leçons si remarquables ont très-bien mis en lumière; et c'est, après leur lecture que je suis arrivé à classer l'éruption que j'ai décrite en la plaçant immédiatement à côté de l'herpes præputialis. Je proposerai donc d'ajouter à la description, d'ailleurs si bien faite par M. Bazin, les deux divisions suivantes : 1° l'herpès successif chronique des muqueuses, comprenant : l'herpes labialis, l'herpes præputialis et vulvaris, ou herpès récidivant des parties génitales; 2° l'herpès successif chronique de la peau, que je nommerais plus volontiers, herpès récidivant de la peau.

Si l'on veut pousser plus loin le diagnostic et se demander à laquelle des deux branches de l'arthritis il faut rattacher l'éruption dans le cas présent, je la mettrai sous la dépendance du rhumatisme. Cette question ne peut être tranchée que par l'examen des antécédents du malade et de ceux de sa famille; et les antécédents, dans mon observation, inclinent à faire penser que le rhumatisme est la cause génératrice. Le docteur X... n'a jamais présenté de symptômes de goutte, et il ne connaît aucun goutteux dans ses ascendants. Il se rappelle parfaitement, au contraire, que sa mère avait de fréquentes et violentes migraines, qui alternaient avec des douleurs gastralgiques et des névralgies sciatiques passagères. Il a été tourmenté, lui-même, par des douleurs dans les épaules et par une cystite tellement sensible aux variations atmosphériques, qu'elle lui permettait de prévoir, dès la veille, par des spasmes douloureux du col de la vessie, l'approche de la température froide et surtout humide. Cette sensibilité excessive aux variations thermométriques et hygrométriques, n'est-elle pas un indice certain de la diathèse rhumatismale, à laquelle je rattache la production des phénomènes pathologiques que j'ai étudiés ?

Traitement. — Si j'ai tant insisté sur la nature arthritique de l'affection, c'est qu'il est très-important de la déterminer au point de vue du traitement. La diathèse génératrice étant accusée, et cette diathèse étant l'arthritis, il en dérive cette conséquence que la médication à instituer doit être, selon M. Bazin, la médication alcaline. A l'extérieur, des bains alcalins; à l'intérieur, du sirop alcalin, une solution de bicarbonate de soude, les eaux minérales de Vals, Vichy, Vic-sur-Vère, Vic-le-Comte, Châteauneuf, Royat, Saint-Nectaire, etc. Au contraire, si l'on admet que l'éruption est sous la dépende la dartre ou de l'herpétis, il faudra de préférence s'adresser aux eaux sulfureuses. C'est l'avis de M. Doyon, dans son mémoire sur le traitement de l'herpès récidivant des parties génitales par les eaux d'Uriage. J'inclinerais plus volontiers vers l'opinion de M. Bazin, surtout si l'éruption était causée par la

goutte; mais je ferais de prudentes réserves, si elle était l'expression d'un rhumatisme vague, je crois que, dans ce cas, les eaux sulfureuses et les eaux alcalines, fortement minéralisées, peuvent être nuisibles; et je me bornerais à conseiller les eaux sédatives, à faible minéralisation, comme Néris et Plombières.

DE L'INFLUENCE

DES GRANDES COMMOTIONS POLITIQUES ET SOCIALES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES MALADIES MENTALES (1)

Par le docteur LUNIER,
Inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France.

Conclusions. — Les événements de 1870-1871 ont déterminé plus ou moins directement, du 1er juillet 1870 au 31 décembre 1871, l'explosion de 17 à 1800 cas de folie. Pendant cette même période, les asiles français ont reçu 1,300 malades de moins que dans la période correspondante de 1869-1870. — Les événements de 1870-1871 ont donc eu pour résultat immédiat de diminuer considérablement le nombre des admissions dans les asiles, et par suite, le chiffre des restants en fin d'année. — Le chiffre des aliénés qui aurait dû être, toutes choses égales d'ailleurs, de 40,056 au 1er janvier 1872, n'était, en réalité, que de 37,451, ce qui constitue une différence de 2,605 sur les prévisions normales.

La diminution du nombre des admissions du 1er juillet 1870 au 11 décembre 1871, doit être attribuée à diverses causes directes ou indirectes, parmi lesquelles il faut citer : *a*, la perturbation apportée par les événements dans le fonctionnement du service; *b*, la parcimonie de quelques administrations départementales; *c*, la suspension de certaines influences étiologiques qui, dans les moments de calme et de prospérité, produisent souvent l'aliénation mentale.

Les caractères d'acuité des aliénations mentales observées en 1870-71, et par suite leur terminaison rapide par la mort, mais beaucoup plus souvent par la guérison, a contribué également, dans une certaine mesure, à diminuer le chiffre des restants à la fin des années 1870 et 1871. — Mais dès la fin de l'année 1871, le chiffre des admissions tendait à reprendre sa marche ascensionnelle, et en 1872, il a présenté un accroissement tout à fait exceptionnel (2,785); en 1873, l'augmentation n'a plus été que de 872, proportion qui se rapproche beaucoup de la moyenne. — Cette recrudescence dans le chiffre des admissions, qu'il y a lieu d'ailleurs d'attribuer à des causes fort diverses, et le caractère de chronicité, et par suite d'incurabilité que présentaient les maladies d'un très-grand nombre de nouveaux admis, ont eu pour effet d'augmenter dans de très-fortes proportions, à partir de 1872, le chiffre des restants en fin d'année, qui était de 40,236 à la fin de 1872, et de 41,108 à la fin de 1873. Selon toutes les probabilités, ce dernier chiffre diffère bien peu de celui qu'on eût obtenu sans les années désastreuses que nous venons de traverser.

Les événements de 1870-1871 ont ralenti momentanément, mais n'ont pas arrêté l'accroissement progressif du chiffre relatif des aliénés placés dans les établissements spéciaux, qui était de 1 sur 989 habitants en 1869, et de 1 sur 964 au 1er janvier 1874. — L'augmentation du nombre des aliénés, depuis le commencement de 1872, s'est fait sentir à peu près également, d'ailleurs, sur tous les points de la France.

Les maladies mentales déterminées par les événements de 1870-1871 ont été plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. La recrudescence constatée dans les entrées depuis le commencement de 1872, semble au contraire avoir porté particulièrement sur les femmes; mais dans l'un et l'autre cas, la différence est peu sensible. — La prédisposition héréditaire n'a joué qu'un rôle relativement peu important dans la genèse des aliénations mentales déterminées par les événements de 1870-1871. Elle n'a été notée que dans 24 cas sur 100; tandis que, dans les conditions ordinaires, on constate son influence, à des degrés divers, 63 fois sur 100.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, F. Savy.

Parmi les causes déterminantes des maladies mentales attribuées aux événements de 1870-1871, les unes n'ont agi qu'indirectement, en provoquant des émotions qui sont souvent, en temps ordinaire, des causes de folie, mais qui, pendant les années 1870-1871, ont été plus nombreuses et plus nettement accentuées; les autres ont agi directement sur l'individu. Ces dernières n'ont été observées que dans les départements occupés ou menacés de près par l'ennemi; les autres, au contraire, ont été notées dans tous les points de la France. — Les causes déterminantes qui ont été le plus fréquemment observées sont : l'inquiétude produite par l'approche de l'ennemi, la crainte ou le chagrin d'être rappelé sous les drapeaux, le départ pour l'armée d'une personne chère, les fatigues physiques et morales de la guerre, et notamment du siége de Paris, les émotions éprouvées pendant une bataille ou un bombardement, des changements de position ou de fortune résultant des événements, le chagrin causé par la nouvelle de nos revers, l'excitation politico-sociale, l'occupation du pays par l'ennemi. — Bien que les causes qui ont déterminé la folie chez nos malades aient été surtout de nature dépressive et débilitante, on a observé chez eux presque toutes les formes et variétés d'aliénation mentale qu'on rencontre habituellement dans les asiles. Les formes expansives ont même été plus fréquemment observées que les formes dépressives.

Si donc les perturbations que les causes physiques déterminent dans les fonctions de l'encéphale présentent à peu près constamment les mêmes caractères, celles qui produisent les causes morales n'ont généralement aucun rapport ou n'ont que des rapports fortuits avec les causes qui les ont déterminées. — L'étude attentive des cas de récidive démontre que chez le même individu : A, la même cause morale peut déterminer des formes de délire absolument différentes; B, des causes complétement dissemblables produisent tantôt les mêmes formes de folie, tantôt des formes différentes.

Chez plusieurs de nos malades, néanmoins, ceux notamment qui avaient fait quelques excès de boissons, ou étaient profondément anémiés, certains symptômes de la maladie rappelaient, jusqu'à un certain point, les causes qui l'avaient déterminée. Parmi des phénomènes morbides qui ont été le plus fréquemment observés, il faut citer la stupeur, l'anxiété panophobique, la sitiophobie, les idées du suicide, la mégalomanie, les hallucinations de l'ouïe et les conceptions délirantes de persécution.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

Le professeur Traube, qui vient de mourir (2), avait su, sans faire d'importantes découvertes, prendre une place honorable dans la Faculté, et aussi dans les rangs de l'école critique qui a surtout compté de nombreux adeptes à Berlin. Il dirigeait la clinique propædeutique médicale comme ordinaire, après l'avoir dirigé comme professeur extraordinaire jusqu'en 1872.

La clinique propædeutique professée dans une chaire spéciale est une chose dont nous n'avons point l'analogue dans nos Facultés

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 septembre.

(2) Sans la révolution de 1848, Traube ne fut jamais parvenu à une position même secondaire dans l'enseignement universitaire : il était israélite, et, à ce titre, trouva les portes de l'université de Berlin fermées devant lui. De 1842, époque où il passa sa thèse et son examen d'État, jusqu'en 1848, il fit des cours libres sans être même privat-docent.

1848 fit disparaître dans toute l'Allemagne des lois, échos des préjugés publics, toutes ces dispositions absurdes à l'endroit des israélites, dont la Prusse protestante n'était pas plus exempte que la catholique Autriche. Alors seulement Traube put faire partie de la Faculté de médecine comme assistant à la clinique de Schœnlein et comme docent. Une courte notice publiée dans la *Gazette* (numéro du 20 avril 1876), sur la vie de Traube et ses travaux, rappelle ce fait caractéristique que l'on ne pouvait passer sous silence en parlant du corps enseignant universitaire en Allemagne. C'est une mesure qu'il faut historiquement placer à côté du *quartier des Juifs* (Judenstadt), dont tant de villes allemandes étaient pourvues.

de médecine françaises ; bien que nous en ayons déjà dit quelques mots à propos de Munich, permettez-moi d'y revenir aujourd'hui avec un peu plus de détail.

Le service de Traube était célèbre en Allemagne. Traube était passé maître dans l'art d'enseigner aux étudiants, les méthodes de maniement et d'examen des malades. La clinique propædeutique s'adresse en effet aux élèves qui commencent à étudier la médecine clinique. Quand ceux-ci sont plus avancés, ils fréquentent alors les cliniques supérieures.

Les cliniques de ce genre n'existent pas d'ailleurs dans toutes les Facultés allemandes ; le plus grand nombre en est même privé ; et en tout cas nulle part la chaire n'est ordinaire. A Munich, à Breslau, à Dorpat, ce sont de simples docents qui sont chargés de préparer les étudiants à l'audition des cliniques supérieures, et d'ordinaire les malades qui servent à leur enseignement sont les malades des consultations, dans les policliniques.

A Leipsig, il y a une chaire de clinique propædeutique, occupée par le professeur extraordinaire Heubner, qui jouit aussi, dans cet enseignement, d'une réputation légitime.

Nous avons vu que M. Ziemssen aurait voulu que tous les hôpitaux généraux des Facultés allemandes fussent dotés d'une clinique propædeutique. Beaucoup de médecins et de professeurs à Berlin ont approuvé l'article du professeur de Munich. La situation de l'étudiant qui commence à fréquenter les hôpitaux, dit-on ici, est presque toujours, cliniquement parlant, des plus difficiles. Quand l'élève en médecine se trouve perdu, au milieu d'étudiants plus avancés, et en présence d'un maître qui fait une leçon absolument comme si chacun de ses auditeurs était à même de tout comprendre, il est certain que cet élève perdra tout d'abord une bonne partie de son temps. L'interrogatoire d'un malade, son examen rationnel, aboutissant à un diagnostic sérieux, l'examen chimique de l'urine, des vomissements, etc., l'auscultation pulmonaire et cardiaque, la percussion, sont des choses minutieuses à enseigner, difficiles à apprendre, et le professeur de clinique supérieure ne peut être astreint à rendre chaque jour une bonne partie de son enseignement élémentaire dans le seul but que les plus ignorants de ses auditeurs puissent savoir de quoi il est question dans la leçon ; à faire ce cours élémentaire, c'est ici le professeur de clinique, qui perdrait son temps.

C'est donc pour *préparer* l'étudiant que la méthode propædeutique a été créée et que la chaire de propædeutique a été instituée. Une fois que l'étudiant saura manier le malade, l'interroger, comprendra le travail intellectuel qui se passe dans la tête du médecin pour faire un diagnostic, et connaître suffisamment la chimie clinique, il sera admis à entendre le professeur de clinique, et nulle partie de cet enseignement plus relevé ne sera pour lui lettre morte.

Telles sont les raisons qui motivent l'enseignement propædeutique.

Ces raisons, qui ont évidemment leur valeur, et qui ne manqueront pas d'attirer l'attention des lecteurs, n'ont cependant point convaincu tout le monde médical universitaire en Allemagne, puisque les cliniques de ce genre ne sont après tout qu'une exception dans l'organisation des Facultés. Pour d'autres professeurs allemands en effet, ces cliniques ne sont qu'une *doublure* des cliniques médicales ordinaires. Quelle idée, disent ceux-ci, se fait-on donc d'une clinique médicale et de l'enseignement qui doit s'y donner, pour retirer au professeur, afin d'en faire l'objet d'un enseignement spécial, ce qui concerne les méthodes d'examen, l'apprentissage médical matériel de l'étudiant? Que restera-t-il à ce professeur? Et dans un enseignement médical non élémentaire ne voit-on pas tous les jours les maîtres forcés, pour des élèves relativement assez avancés, de descendre dans des détails très-pratiques, très-minutieux, de reprendre sans cesse, afin d'offrir eux-mêmes de constants exemples, les méthodes d'examen clinique? Tous les professeurs, sans distinction de titre, d'appellation, de méthode, sont obligés de faire de la clinique propædeutique pour leurs élèves, il n'est donc pas nécessaire d'ériger un pareil enseignement en chaire spéciale, et surtout d'en faire l'objet d'une réforme générale comme le veulent M. Ziemssen et ses adeptes. Ainsi raisonne-t-on et conclut-on d'autre part.

La belle organisation de nos hôpitaux de Paris avec le savant corps de ses médecins et de ses chirurgiens, coopérant à l'instruction des étudiants répartis dans tous les services, assure d'une manière vraiment incontestable, la supériorité de notre enseignement clinique, et partout se trouve ainsi donnée cette instruction élémentaire pour laquelle les Allemands se mettent en frais d'invention, de méthode et de terminologie nouvelle. Mais nulle part outre-Rhin, pas plus dans le Nord que dans le Sud, en Autriche qu'en Prusse, l'organisation universitaire n'a associé les hôpitaux municipaux à l'enseignement médical. Berlin cependant comme Vienne, compte cinq ou six hôpitaux, au nombre desquels il faut ranger l'hôpital Béthénien placé d'une façon particulière sous le patronage du roi et de la reine de Prusse actuels, dont le bel agencement permettrait parfaitement de recevoir les étudiants ; malgré cela, l'hôpital général, la Charité, qui contient 1,500 lits est seul réservé aux professeurs et aux étudiants. Nous avons entendu plus d'une fois d'ailleurs, depuis notre départ, vanter par plus d'un maître allemand l'organisation de l'enseignement clinique général de notre Faculté de médecine de Paris.

Les policliniques particulières sont fort nombreuses à Berlin. La Faculté de Berlin ne fournit pas, comme à Vienne, des locaux à ses nombreux docents pour faire leurs cours théoriques et pratiques, en sorte que beaucoup d'entre eux sont forcés de recevoir leurs élèves dans leur propre appartement. La Faculté de médecine de Berlin passe d'ailleurs pour avoir, sur ce point, un réglement fort peu libéral et que l'on ne rencontre généralement point dans les universités allemandes. On a fait un certain bruit en Prusse autour d'un décret ministériel (24 avril 1875), par lequel une somme de 50,000 marcs serait destinée à faciliter l'enseignement et les études des privat-docents. Les docents de la Faculté de médecine ont été les moins favorisés dans la répartition qui ne leur a apporté d'avantages d'aucune sorte ; les docents de la Faculté de philosophie auraient été plus heureux. A distance, et quand on voit les choses de loin, on admire volontiers sans chercher le point qui mérite la critique, et en France notamment, nous avions souvent entendu vanter la situation excellente des privat-docents dans l'université allemande, il faut convenir cependant que, quand on voit les choses de près, cette situation des docents, sur lesquels repose, après tout, le recrutement entier des professeurs extraordinaires et ordinaires par conséquent, est loin d'être si favorisée, puisqu'ils sont réduits, ici en particulier, à leurs seules ressources pour se procurer des locaux d'enseignement, des laboratoires, les moyens matériels de recherches, etc. Un tel état de choses qui tient, paraît-il, plus à la volonté de certaines personnes haut placées dans la Faculté, qu'à l'esprit des règlements, ne saurait en tout cas être maintenu longtemps.

Berlin offre de même quelques particularités d'organisation et de règlements intérieurs qu'on ne retrouve pas dans toutes des Facultés de l'Allemagne. Ainsi les examens de la Faculté médicale sont terminés par une thèse, imprimée généralement dans un moyen format. C'est une courte dissertation faite et présentée par l'étudiant pour obtenir le titre de docteur, et qui est en général loin d'avoir l'importance de la plupart des thèses françaises. Elles étaient rédigées il y a quelque trente ans en langue latine, aujourd'hui elles le sont en langue allemande. En Autriche, ainsi que nous l'avons dit, l'étudiant ne présente pas de thèse à la fin de ses études. Dans d'autres Facultés allemandes la thèse n'est point imprimée ; l'élève présente un mémoire manuscrit sur lequel il est argumenté. M. Mommsen qui, comme on sait professe l'histoire à la Faculté de philosophie de Berlin, aurait voulu que dans toutes les universités de l'empire allemand, l'obtention du diplôme de docteur fut soumise à la présentation d'une thèse exactement dans les mêmes conditions que dans nos Facultés françaises. Ces plans de réforme générale ne sont du reste point abandonnés.

Des prix de Facultés sont donnés aux étudiants à l'université de Berlin, comme dans les autres universités. Chaque année les sujets de prix sont publiés pour la section de théologie, de droit, de philosophie (zoologie, philosophie, histoire, physique, chimie, etc.) et de médecine.

La valeur de ces prix varie de 280 à 300 francs. Les mémoires sont rédigés, à Berlin, en allemand pour la zoologie, la physique et

la philosophie; ceux d'histoire, de droit, et de théologie en latin; ceux de médecine indistinctement en langue latine ou allemande.

Il pourra paraître intéressant de mettre sous les yeux des lecteurs quelques-unes des questions, proposées comme sujets de ces prix dans la seule section de médecine naturellement.

A Berlin, pour le semestre d'hiver 1875-1876, le texte de ces questions est le suivant :

I. Phosphoro in corpus animale introducto variæ organorum alterationes ortuntur. Quarum notissima degeneratio hepatis progrediens. Attamen non liquet, quomodo hæcce degeneratio progrediatur, præsertim utrum tela interstitialis ab initio corrupta sit an solum parenchyma cellulare. Etiam inter autores lis est de natura de generationis adiposæ parenchymatis, quatenus metamorphosi cellularum hepaticarum et quatenus retentione adipis in cellulas depositi producatur. Postulat igitur ordo medicorum disquisitiones anatomicas, experimentis in animalibus firmatas, quibus alterationes tam telæ interstialis quam parenchymatis cellularis hepatis phosphori actione affectæ clarius exponantur.

II. Instituantur experimenta ad cognoscendas mutationes, quæ corporibus organicis in anteriore oculi camera obviis efficiuntur.

III. Illustr. Claude Bernard, cum cuniculos, quorum medullam spinalem inter vertebram cervicalem quintam et sextam dissecuerat, complures horas post operationem vivos servaret, notabilem in animalibus vivis temperaturæ deminutionem, et in animalibus hoc tempore necatis musculorum et nervorum irritabilitatem tam diudurare observavit, ut animalia calidi in animalia frigidi sanguinis transmutasse sibi visus sit. Similia experimenta Clus Schiff instituit, ab illis Claude Bernard eo tantum discrepantia, quod in Cli Schiff experimentis temperaturæ deminutio non sectione medullæ, sed ingestione alcoholis in organismum effecta est. Quæ quidem experimenta non solum ipsa gravissima sed étiam maximi momenti videntur propter id, quod in cruendis musculorum et nervorum in animalibus calidi sanguinis qualitatibus afferunt, auxilium.

Neuter autem Clorum virorum hæc experimenta hactenus ulterius prosecutus est, aut condiciones, quibus irritabilitatis duratio in animalibus calidi sanguinis post mortalis justo major sit, accuratius definit. Ordo medicorum igitur tironibus physiologiæ experimentalis studio incumbentibus hancce proponit quæstionem. Condiciones, quibus in animalibus calidi sanguinis irritabilitas post mortem justo diutius servari potest, accuratius definiendæ; optimus modus, quo temperaturæ deminutio, quæ in illis experimentis maximi momenti esse videtur, effici potest, indicandus; experimenta denique addenda sunt, ad qualitates nervorum et musculorum hoc modo justa diutius vivorum servatorum et cum musculis et nervis animalium frigidi sanguinis comparatorum, spectantia.

La ville de Berlin a fondé elle-même un certain nombre de prix, dont la valeur numéraire est prélevée sur son budget.

A Bonn, il n'y a ce semestre qu'une question : Dentium et pulpæ structura penitior et nervorum terminatio investigetur. »

A Greifswald : Quinam effectus tum in toto corpore tum in singulis ejus partibus aeris generibus diversis in telam conjunctivam injectis gignantur, experimentis ita demonstretur, ut imprimis quæ genera inflammationem in telis excitent ad liquidum perducatur.

A Halle : I. Quæ parturientibus et puerperis et morbis cordis organicis orientur pericula investigentur, et causæ eorum inquirantur.

II. Unde liquor, amnii ovi humani originem ducat inquiratur.

Dans d'autres universités, le texte des questions est donné en langue allemande.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 15 janvier 1877, pour deux emplois de professeur agrégé à l'École de médecine et de pharmacie militaires.

Ces deux emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

Médecine opératoire et appareils.

Anatomie topographique.

Ne pourront être admis à concourir que les médecins-majors des deux classes et les médecins aides-majors de première classe.

Les candidats adresseront au ministre une demande régulière qui, sous peine de rejet, devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande sera transmise au ministre par la voie hiérarchique avant le 1er décembre prochain, terme de rigueur.

— M. Morio, pharmacien de première classe de la marine, vient d'être promu, après concours, au grade de pharmacien professeur.

— Le ministère de l'agriculture et du commerce vient de publier le résumé du mouvement de la population en France pendant l'année 1874. Nous extrayons de ce document les chiffres suivants :

Naissances : Enfants légitimes, sexe masculin, 453,405; sexe féminin, 430,953. — Enfants naturels : sexe masculin, 35,217; sexe féminin, 34,077. — Total général des naissances : 953,652. — Le chiffre des mort-nés s'est élevé à 44,613, dont 26,188 pour le sexe masculin et 18,425 pour le sexe féminin.

Décès : Sexe masculin, 400,866; sexe féminin, 380,843; total des décès, 781,709.

Dans dix départements (Basses-Alpes, Aube, Calvados, Eure, Gers, Lot-et-Garonne, Orne, Tarn-et-Garonne, Var, Yonne), le chiffre des décès a été supérieur à celui des naissances; dans tous les autres départements, la différence est en faveur des naissances. Le chiffre total de l'excédant des naissances sur les décès est de 171,943.

Pendant cette même année 1874, il a été contracté 303,113 mariages.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 109. — MARDI 19 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 19 SEPTEMBRE 1876. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

CRITIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LA GLYCÉMIE. — LA GLYCÉMIE A SA SOURCE DANS LA FONCTION GLYCOGÉNÉSIQUE DU FOIE

Par M. Claude BERNARD.

J'ai montré, dans ma dernière communication (1), que le sang s'appauvrit en sucre en traversant les divers organes du corps; aujourd'hui, je vais prouver qu'il s'enrichit, au contraire, de la même substance, en traversant le tissu du foie.

I. — LE SANG DES VEINES SUS-HÉPATIQUES EST PLUS SUCRÉ QUE LE SANG ARTÉRIEL ET QUE LE SANG DE LA VEINE PORTE.

Dans mes premiers travaux sur la glycogénie animale, j'ai déjà donné, pour preuve de la formation du sucre dans le foie, ce fait que le sang émergeant des veines sus-hépatiques renferme plus de sucre que celui qui entre dans l'organe par la veine porte et par l'artère hépatique (2). A cette époque, je faisais l'expérience sur un animal vivant ou venant d'être sacrifié par la section du bulbe rachidien. Je pratiquais la ligature de la veine porte à son entrée dans le foie, puis j'ouvrais largement l'abdomen, et je recueillais séparément le sang des veines sus-hépatiques et celui qui s'était accumulé dans la veine porte devenue turgescente au-dessous de sa ligature. Je constatais de cette manière que le sang des veines sus-hépatiques donnait jusqu'à 7 grammes de sucre pour 1000 par la fermentation avec la levûre de bière, tandis que le sang de la veine porte ne dégageait pas de gaz et ne fermentait pas d'une manière appréciable (3).

Des analyses faites ultérieurement avec la liqueur de Fehling me donnèrent, dans les mêmes circonstances, de 3 à 7 grammes de sucre pour 1000 dans le sang sus-hépatique, et de 6 à 8 centigrammes pour la veine porte, le sang artériel en renfermant de 1 à 1gr50 pour 1000.

Ainsi, quand on recueille le sang du foie, après avoir lié la veine porte et ouvert largement l'abdomen, on trouve que le sang des veines sus-hépatiques est incomparablement plus sucré que le sang des artères et que celui qui vient de l'intestin par la veine porte.

Mais lorsque, plus tard, j'eus découvert qu'après la mort le sucre se détruit rapidement dans le sang des vaisseaux, tandis qu'il continue à se former dans le foie, je reconnus que le procédé opératoire décrit ci-dessus était défectueux et qu'il fallait le remplacer par une autre manière d'opérer, qui permît d'arriver aux veines hépatiques sans troubler aussi profondément la circulation hépatique ou la circulation générale.

II. — LE SANG DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE S'ENRICHIT SUBITEMENT EN SUCRE, AVANT D'ENTRER DANS LE CŒUR, AU NIVEAU DU DÉVERSEMENT DES VEINES SUS-HÉPATIQUES.

Le procédé opératoire nouveau, auquel je me suis arrêté aujourd'hui, a pour but d'établir que, sur un animal vivant dont la circulation reste normale, le sang qui sort par les veines sus-hépatiques dépasse, par la richesse en sucre, le sang artériel et tous les sangs veineux des autres organes.

Pour extraire sur le vivant le sang des veines sus-hépatiques, je pénètre dans la veine cave au moyen du cathétérisme vasculaire, avec une sonde de gomme élastique, que j'introduis soit de haut en bas par la veine jugulaire externe droite, soit de bas en haut par la veine crurale. A l'aide de ce mode opératoire, j'ai pu voir non-seulement que le sang des veines sus-hépatiques est le sang le plus sucré du corps, mais que le sang des veines caves supérieure et inférieure ne reçoit aucune autre source de matière sucrée.

A. *Veine cave supérieure.* — Sur un jeune chien de forte taille et en digestion de viande, on ouvre la veine jugulaire et l'on recueille 25 grammes de sang; ce dosage donne 91 centigrammes de sucre pour 1000. Par la plaie de la même veine, on fait pénétrer une sonde de gomme élastique que l'on pousse dans la veine cave supérieure jusqu'au-dessous du tronc brachio-céphalique veineux; puis on aspire à l'aide d'une seringue 25 grammes de sang, que l'on analyse immédiatement. On trouve 90 centigrammes pour 1000 de sucre, ce qui est un nombre identique à celui de la veine jugulaire.

Cette expérience est importante, parce que le sang de la veine cave supérieure, dans le point où nous l'avons pris, ne représente pas seulement le sang veineux de la tête et des membres, mais il contient, en outre, le chyle qui est venu à

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 14 septembre.
(2) Voir mes *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*, 1855.
(3) Voir à ce sujet les *Analyses confirmatives* de Lehmann, Leconte, Poggiale, etc. (*Comptes rendus*), et mes *Leçons de physiologie*, de 1855, page 479.

s'y déverser par le canal thoracique dans la veine sous-clavière gauche. On voit ainsi que le déversement du chyle n'a pas été une source d'enrichissement en sucre pour le sang de la veine cave supérieure. En effet, la lymphe et le chyle contiennent du sucre qui, comme celui du sang veineux, provient du sang artériel dans le réseau capillaire, et l'absorption du sucre dans l'intestin s'opère spécialement, ainsi qu'on le sait, par les rameaux de la veine porte.

Lorsqu'on extrait le chyle ou la lymphe par des fistules appliquées au canal thoracique, on peut, ainsi que nous l'avons constaté nous-mêmes, obtenir des chiffres de sucre assez forts, quoique au-dessous de ceux du sang artériel pris au même moment (1); mais on se trouve alors dans des conditions qui ne sont pas absolument normales. L'ouverture d'un vaisseau dans le système circulatoire, sur l'animal vivant, amène toujours une suractivité locale dans la circulation et dans l'absorption des liquides; c'est pourquoi, pour rester dans les conditions strictement physiologiques, il faut éviter, autant que possible, de recueillir les liquides de cette manière. Nous préférons, ainsi que nous l'avons dit, pénétrer à l'aide d'une sonde dans un gros vaisseau, que l'on ferme par une ligature, de manière que le mouvement sanguin dans le point où l'on opère n'éprouve ni retard ni accélération notables dans son cours.

Toutes ces expériences, on le voit, ne demandent pas seulement l'exactitude des procédés de dosage de la matière sucrée, mais elles exigent encore des conditions opératoires très-délicates. Nous insistons toujours sur ces conditions spéciales, afin de prémunir les expérimentateurs contre les causes d'erreur si nombreuses qui les entourent et afin d'éviter, par une bonne critique des procédés opératoires, des contradictions expérimentales qui sont aujourd'hui un des principaux obstacles à la marche de la science physiologique.

En résumé, nous avons vu, par les résultats qui précèdent, que le sang de la veine cave supérieure n'apporte au cœur que du sang pauvre en sucre. Il n'en est pas de même pour la veine cave inférieure, ainsi que nous allons le voir.

B. *Veine cave inférieure.* — Au moment où la veine cave inférieure se constitue dans le bassin par la réunion des veines iliaques primitives, elle contient, ainsi que nous le savons déjà, du sang qui est moins sucré que le sang artériel correspondant. En remontant plus haut, jusqu'au niveau de l'abouchement des veines rénales, on trouve encore le sang veineux inférieur par sa teneur en sucre au sang de l'aorte; mais au niveau du déversement des veines sus-hépatiques, le sang de la veine cave s'enrichit subitement en sucre, de manière à établir l'équilibre sucré entre le sang artériel et le sang veineux.

L'expérience à l'aide de laquelle j'obtiens ce résultat capital, qui suffit à lui seul pour prouver la fonction glycogénésique du foie, est une des plus simples et n'apporte aucun trouble notable dans la circulation hépatique. Elle s'accomplit à l'aide du procédé opératoire que nous avons déjà indiqué pour faire l'analyse comparative des sangs artériel et veineux du membre postérieur. On découvre et l'on incise les vaisseaux cruraux dans le pli de l'aine; on introduit dans le bout supérieur de la veine crurale une sonde en gomme élastique, que l'on pousse avec les précautions convenables jusqu'au niveau du déversement des veines sus-hépatiques dans la veine cave, un peu au-dessus du diaphragme. Alors on aspire lentement avec une seringue la quantité de sang dont on veut faire l'analyse relativement à sa teneur en sucre. La partie difficile de l'opération est de savoir quand on est parvenu au niveau des veines sus-hépatiques. J'ai remarqué qu'en général on y est arrivé lorsqu'on a enfoncé une longueur de sonde pouvant être mesurée du pli de l'aine droite jusqu'à la base de l'appendice xiphoïde. Si l'animal est calme et que la circulation veineuse ne soit point troublée par les efforts respiratoires ou par des mouvements violents, on obtient des résultats très-nets dans le dosage comparatif du sang de la veine cave à diverses hauteurs; mais, pour plus de certitude dans l'opération et pour empêcher les reflux par en bas du sang hépatique dans la veine cave, on peut pratiquer une petite ouverture aux parois abdominales, immédiatement au-dessous et dans l'angle de la dernière fausse côte. Avec l'index de la main gauche porté sur la veine cave, au-dessous de l'insertion des veines rénales, on peut alors reconnaître et diriger l'extrémité de la sonde, en empêcher, par une compression ménagée, les reflux sanguins, de manière à obtenir le sang des veines sus-hépatiques, sans mélange de celui des parties inférieures de la veine cave.

Nous citerons, parmi un grand nombre d'expériences, toutes faites sur des chiens, un certain nombre de résultats qui sont des plus décisifs.

Première expérience :

	Sucre p. 1000.
Sang de la veine cave inférieure dans le bassin. . .	0,88
Sang de la veine cave inférieure au niveau des veines rénales.	1,00
Sang de la veine cave inférieure au niveau des veines sus-hépatiques.	2,66

Deuxième expérience :

Sang de la veine cave inférieure au-dessous des veines rénales.	1,08
Sang de la veinecave inférieure au niveau des veines sus-hépatiques.	2,00

Troisième expérience :

Sang de la veine cave inférieure au niveau des veines sus-hépatiques.	2,50 à 3
Sang artériel.	1,70

Au lieu de pénétrer par la veine crurale pour arriver aux veines sus-hépatiques, on peut encore, ainsi que nous l'avons dit, pénétrer par la veine jugulaire externe droite et descendre de là dans la veine cave inférieure jusqu'au-dessous du cœur, ou bien pénétrer dans le cœur lui-même en pratiquant le cathétérisme du ventricule à l'aide d'une sonde appropriée.

Voici les résultats de quelques expériences obtenues par ce dernier mode opératoire :

Première expérience :

	Sucre p. 1000.
Sang de la veine jugulaire.	0,67
Sang du cœur droit.	1,56
Sang artériel.	1,06

Deuxième expérience :

Sang artériel.	1,17
Sang du ventricule droit.	1,81

(1) Sur un chien, en digestion de viande, nous avons extrait 15 grammes de chyle du canal thoracique. Chez un animal venant d'être sacrifié, nous avons obtenu 1 gr. 34 pour 1000 de sucre. Sur un autre chien en pleine digestion, nous avons extrait le chyle au moyen d'une fistule pratiquée au canal thoracique, à son abouchement dans la veine sous-clavière. Le dosage a donné 1 gr. 70 pour 1000 de sucre.

Troisième expérience :

	Sucre pour 1000.
Sang de la veine jugulaire droite.	0,91
Sang de la veine cave supérieure.	0,90
Sang de la carotide droite.	1,10
Sang du cœur droit.	1,25

Ainsi, on le voit, au niveau de l'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure, la teneur en sucre du sang augmente subitement de plus du double. Souvent on voit cette augmentation déjà manifeste dans la veine cave abdominale, mais cela tient à des reflux du sang hépatique produits par les mouvements respiratoires, et non au mélange du sang veineux rénal qui, de même que le sang de la veine cave, est plus pauvre en sucre que le sang artériel.

Le sang pur des veines sus-hépatiques est, au contraire, plus riche en sucre que le sang artériel, ainsi que nous le voyons dans la troisième expérience de la première série. Mais, comme il arrive que ce sang hépatique se mélange avec celui des veines caves inférieure et supérieure, qui sont plus pauvres en sucre, il en résulte qu'il subit une dilution qui donne au sang du ventricule droit à peu près la teneur en sucre de celui du ventricule gauche, ce qui prouverait que le poumon n'agirait pas comme les capillaires généraux et ne provoquerait pas une destruction sensible du sucre.

Conclusions. — Nous avons suivi le plan que nous nous étions tracé. Nous avons localisé la formation du sucre, nous sommes remontés à la source du sucre du sang, et nous avons vu que la glycémie prend son origine dans une fonction glycogénésique du foie. Le sucre, qui se détruit partout dans le corps, se régénère donc en même temps dans le tissu hépatique d'une manière constante.

Nous verrons ultérieurement que toutes les oscillations de la glycémie sont liées à la fonction glycogénésique hépatique. Quand le déversement sucré du foie dans le sang s'accroît, la glycémie augmente et l'animal peut devenir diabétique ; quand elle diminue ou cesse, la glycémie s'atténue ou s'éteint en entraînant souvent à sa suite les symptômes les plus graves et la mort. Mais, avant de suivre toutes les conséquences de ces variations dans le phénomène glycémique, il importe d'aborder le problème physiologique lui-même et d'étudier le mécanisme de la fonction glycogénésique du foie. Ce sera l'objet de mes prochaines communications.

HOTEL-DIEU. — M. Rigal.

Atrophie musculaire progressive.

I

Aujourd'hui, je veux vous entretenir d'un malade couché au n° 3 de la salle Sainte-Jeanne et qui présente un cas très-intéressant d'atrophie musculaire progressive protopathique.

C'est un homme de trente-sept ans, polisseur de marbres, malade depuis environ quatre ans. Ses antécédents de famille sont excellents ; on ne trouve chez aucun de ses proches la moindre maladie qu'on puisse rapprocher de celle dont il est lui-même affecté. Il n'a jamais fait d'excès de boissons, et ne présente aucune empreinte de syphilis ni d'une maladie constitutionnelle quelconque. Il déclare qu'il y a quatre ans, il fut pris tout à coup de faiblesse dans la main gauche. Ce symptôme, d'abord peu appréciable, alla croissant de plus en plus pendant quelques semaines, et finit par devenir tel qu'il devint impossible au malade de tenir les tables de marbre qu'il était chargé de polir. Ce premier symptôme lui fit croire qu'il avait une espèce de paralysie de la main. Au bout de quelques semaines, il remarqua que les muscles de l'éminence thénar avaient considérablement maigri, et, bientôt après, cet amaigrissement envahit les muscles de l'éminence hypothénar. La main prit alors une disposition en griffe particulière, et le premier métacarpien se rejeta en arrière, de façon à se mettre sur la même ligne que les autres. Plus tard, s'amaigrirent tour à tour les muscles interosseux, puis les muscles de l'avant-bras. Cet état dura deux ans, au bout desquels les phénomènes observés à droite se reproduisirent sur le membre gauche, où ils suivirent une marche tout à fait analogue.

Au bout de deux ans, et alors que les muscles de la main gauche commençaient à être affectés, cet homme a vu l'atrophie envahir les masses musculaires du tronc ; après s'être d'abord manifestée à gauche, elle s'est étendue au côté droit. Cette atrophie a toujours suivi une marche extrêmement lente et jamais elle ne s'est accompagnée du moindre état douloureux. J'appelle votre attention sur ce point. Disons cependant que le malade a éprouvé de temps en temps quelques douleurs fugaces dans les membres, fort légères et sans aucune importance.

En même temps, cet homme remarquait que bon nombre de ses muscles, qu'ils fussent envahis ou non par l'atrophie, étaient affectés de spasmes, de contractions fibrillaires. D'abord limités au membre supérieur droit, ces phénomènes apparurent au bout de quelques mois dans l'épaule gauche. Du côté gauche également, les mouvements de la jambe ne tardèrent pas à présenter une modification notable ; le malade s'aperçut qu'il ne pouvait plus relever la pointe du pied, de telle sorte que celle-ci était toujours tombante et donnait à la marche une tournure particulière. Ce trouble de la locomotion était dû à une atrophie du jambier antérieur et des extenseurs des orteils.

Les choses sont restées dans cet état, atrophie des deux membres supérieurs et des muscles de la région antérieure de la jambe gauche, pendant quatre ans. Pendant ce temps, le malade a couru les hôpitaux ; il a subi divers traitements sans voir survenir d'amélioration sensible ; enfin, il est entré à l'Hôtel-Dieu dans le courant d'avril.

En ce moment, voici ce que nous constatons : l'état général est bon. Le malade mange bien, il dort bien et n'a pas la moindre fièvre. On est frappé de l'amaigrissement des membres supérieurs, amaigrissement qui résulte d'une atrophie des muscles.

Tout d'abord, la main est aplatie par le fait de la disparition des muscles des éminences thénar et hypothénar. L'avant-bras a subi la même modification dans ses régions antérieure et postérieure ; le long supinateur a seul conservé toute son intégrité. L'atrophie a également envahi le coraco-brachial, le biceps, le brachial antérieur et le deltoïde. Le grand pectoral lui-même est affecté, bien que le muscle n'ait pas disparu en entier. Au membre supérieur droit, les muscles de la main, de l'avant-bras, du bras et de l'épaule, n'existent, pour ainsi dire, plus. Au tronc, on ne constate aucune déformation apparente ; les épaules, notamment, ne sont pas sensiblement ailées.

Comme nous l'avons dit, la démarche est particulière. Le malade marche sur la pointe du pied, qu'il lance en avant, et qui retombe dès qu'il le soulève. Cela tient à ce que les muscles de la région antérieure de la jambe, extenseurs des orteils et jambier antérieur, sont atrophiés.

En même temps, nous constatons que les fibres du grand pectoral, du sterno-mastoïdien, du trapèze, sont animés de petits mouvements spasmodiques, qui sont exagérés par les plus légères excitations, par la percussion, par le pincement du muscle. Ces contractions existent d'ailleurs aussi bien dans les muscles atrophiés que dans ceux qui ne sont pas encore envahis par la maladie.

Quand on explore la contractilité électrique de ces muscles, on trouve qu'elle est sensiblement diminuée et que l'électrisation des masses musculaires provoque à peine quelques mouvements, mais, caractère important, cette diminution de la contractilité électrique est en raison directe du degré de l'atrophie.

Je vous ferai remarquer que, chez ce malade, on n'observe aucune espèce de trouble de la sensibilité. Le malade se rend parfaitement compte des sensations qu'on cherche à provoquer en pinçant la peau ou en la piquant, au niveau des parties atrophiées. La main a une coloration violacée, elle est froide; cet abaissement de température est manifestement appréciable au thermomètre; il est probablement dû à ce que la circulation capillaire est beaucoup moins active qu'à l'état normal dans cette région.

L'intelligence est absolument libre et la respiration très-facile. Il en est de même de la déglutition et des mouvements de la langue, qui sont entièrement conservés. Enfin, la miction et la défécation s'exécutent d'une façon tout à fait normale; les muscles de la paroi abdominale ne paraissent pas atteints par l'atrophie.

La contractilité électrique des muscles de la région antérieure de la jambe est considérablement atténuée, presque nulle. Seulement, comme les extenseurs des orteils et le jambier antérieur ont pour mission de soulever un levier relativement lourd, le pied, il en résulte que l'atrophie n'est peut-être pas portée aussi loin que l'on pourrait le croire, et que la faradisation de ces muscles est seulement insuffisante à déterminer des mouvements étendus, bien qu'un certain nombre de fibres musculaires soient encore saines.

Quant à la main, elle est dans une attitude de flexion permanente, qui mérite le nom de main en griffe, et que l'électrisation de ces parties est impuissante à faire varier.

Maintenant que nous avons examiné le malade, voyons en quoi les symptômes qu'il nous présente diffèrent ou se rapprochent de ceux que l'on observe généralement dans cette maladie, qu'on a désignée sous le nom d'amyotrophie protopathique ou d'atrophie musculaire progressive.

Un des premiers phénomènes sur lesquels j'appellerai votre attention, c'est cette atrophie disséminée des masses musculaires. Cette dissémination est le caractère type de cette affection, le faciès de la maladie, selon l'expression de Duchenne (de Boulogne). Chez certains malades, l'atrophie est beaucoup plus étendue qu'ici et suit d'ailleurs une marche variable. Tantôt on observe d'abord la diminution des muscles de l'éminence thénar, puis de l'éminence hypothénar, des muscles de l'avant-bras, de l'épaule; tantôt elle commence par le tronc et n'envahit que plus tard les muscles du membre supérieur. Ailleurs, elle débute par les muscles de la masse sacro-lombaire. Chez notre malade, vous avez vu que l'envahissement avait gagné successivement le membre supérieur gauche, puis le droit, et que les muscles de la jambe avaient été pris les derniers. Cet envahissement successif des masses musculaires constitue, en effet, la marche constante de l'atrophie musculaire progressive.

Vous avez remarqué également que la contractilité électrique était conservée dans les muscles qui n'ont pas complétement disparu. C'est encore un fait ordinaire, mais la faradisation doit être pratiquée avec soin, si l'on veut recueillir tous les enseignements qu'elle est susceptible de donner.

Avec le temps, cette contractilité électrique des membres diminue, et cet affaiblissement graduel est en rapport direct avec la diminution des fibres musculaires. C'est encore un des caractères les plus importants de cette maladie.

Vous avez également constaté combien les muscles étaient agité de petites secousses, de petites contractions fibrillaires. Ce symptôme ne manque presque jamais; Duchenne (de Boulogne) a rapporté, à la vérité, quelques observations où il n'existait pas d'une manière appréciable, mais il ne manque pas de faire observer que ce sont des cas exceptionnels. Ce phénomène consiste dans de petites secousses successives, qui se produisent dans le muscle et déterminent de légers soulèvements de la peau. Ces contractions peuvent parfois être assez énergiques pour déterminer quelques mouvements appréciables de leviers osseux, sur lesquels s'insèrent les muscles, surtout quand ces leviers sont légers, comme le doigt de la main. Notre malade nous a présenté un exemple de ce fait, car il déclare avoir vu des mouvements spasmodiques se produire dans les doigts et gêner la préhension des divers objets.

Ces contractions fibrillaires, ainsi que je vous l'ai déjà fait observer, peuvent avoir lieu dans tous les muscles, non-seulement alors que ceux-ci sont atrophiés ou en voie de le devenir, mais même quand ils sont absolument sains. D'ailleurs, elles ne s'observent pas seulement dans la maladie de Duchenne, et M. Charcot les a signalés dans certaines maladies qui n'avaient rien de commun avec celle que nous étudions en ce moment. Duchenne (de Boulogne) cite même le fait d'un médecin, qui, pendant quatre ans, présenta des contractions fibrillaires dans divers muscles du tronc, sans que cependant ceux-ci présentassent une amyotrophie consécutive.

Chez notre malade, il existe des déformations de membres, des attitudes vicieuses des pieds et des mains. C'est là un fait constant qui résulte directement de l'atrophie. Ces attitudes et ces déformations portent d'abord sur la conformation des membres. Ici vous voyez que, par suite de l'atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, la main est aplatie, et ce même aplatissement se retrouve à l'avant-bras, dont les régions musculaires antérieure et postérieure ont totalement disparu. D'autre part, l'attitude vicieuse des membres est souvent due à la prédominance d'action des muscles antagonistes, et c'est à ce défaut d'équilibre entre les fléchisseurs et les extenseurs des doigts qu'il faut attribuer cette disposition en griffe de la main que je vous ai signalée. Ailleurs, si l'atrophie porte sur le trapèze, il en résulte une déviation de la tête, une sorte d'état paralytique dû également au défaut d'antagonisme avec le muscle du côté opposé. Si, au contraire, ce sont les muscles de la paroi abdominale qui sont affectés, il en résultera une courbure extrêmement prononcée de la colonne vertébrale, qui a sa cause dans la prédominance d'action des extenseurs du tronc, qui, comme vous le savez, sont les antagonistes des muscles abdominaux.

Il résulte encore de cet état une gêne considérable des mouvements volontaires synergiques qui s'exécutent dans les membres affectés. C'est ainsi que les mouvements de la main sont très-limités, et que leur peu d'étendue est d'ailleurs en rapport direct avec le type de l'atrophie; chez certains malades, les mouvements de supination, de pronation, d'extension ou de flexion du membre supérieur sont absolument impossibles.

D'autre part, les grands mouvements d'ensemble, ceux qui

nécessitent l'intervention de plusieurs muscles, sont également considérablement entravés. Ainsi, quand l'atrophie porte sur le grand dentelé, les mouvements d'élévation du bras deviennent très-gênés, en même temps que la pointe de l'omoplate est attirée en arrière en forme d'aile.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

SUR L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES ET LES GAZ INTRA-VASCULAIRES (1)

Par le docteur Louis Couty.

Conclusions. — L'air, pénétrant dans les veines « ne tue pas le cerveau » : il n'arrive pas aux artères vertébrales, et, s'il y arrivait, les phénomènes seraient inverses de ceux observés. — L'air « ne paralyse pas le cœur droit; mécaniquement comme chimiquement, il excite, accélère ses contractions, et le cœur s'arrête le dernier après les muscles volontaires et respiratoires.— L'arrêt circulatoire n'est pas dû à « l'obstruction des capillaires pulmonaires »; les gaz produisent un ralentissement et non un arrêt complet : physiologiquement, cette théorie rend incompréhensible le mode de distension, les tracés kymographiques, l'action curative de la saignée; à l'autopsie, l'air, dans quelques cas, n'arrive même pas aux capillaires pulmonaires; il ne saurait donc les obstruer.

Quatre périodes et quatre séries de cas d'entrée de l'air, suivant que les accidents symptomatologiques sont mortels ou bornés à une, deux, trois premières périodes; la marche est toujours la même, constante, nécessaire.

Première période : « diminution de l'ondée aortique », accélération cardiaque. — Deuxième période : « chute de la tension la plus considérable » : accélération respiratoire, syncope avec chute, cri, pâleur, etc. — 3e Période : « ondée aortique nulle ou à peu près », contracture des muscles striés et lisses, convulsions et évacuations par anémie cérébrale; puis anémie bulbaire et respiration rare, apoplectique, — 4e Période : « Tension nulle », mort du cerveau, puis arrêt respiratoire, en dernier lieu arrêt cardiaque. — Tous les troubles généraux sont dus à la diminution ou à l'arrêt de l'ondée aortique, trouble primitif et constant; ils n'ont rien de spécial à l'entrée de l'air, « ce sont les symptômes de l'arrêt circulatoire ».

L'air arrête l'ondée pulmonaire par un trouble de la mécanique cardiale; arrivant au cœur droit lentement ou brusquement, « il s'y accumule »; gaz élastique et non liquide incompressible, il « distend » les parois du ventricule en vertu de la différence des pressions intra et extra-veineuses. De la « distension » dépendent tous les troubles consécutifs. — 1° La force de contraction restant la même et la résistance augmentant avec la surface des parois droites distendues, les contractions auriculo-ventriculaires normalement incomplètes le deviennent davantage, surtout dans l'oreillette. — 2° Ces parois se contractent sur un gaz, et non sur un liquide; elles le compriment, au lieu de le pousser; deuxième cause d'affaiblissement de l'ondée. — 3° Les orifices sont largement béants; l'oreillette fait refluer le sang dans les veines caves; et « surtout le ventricule chasse l'air jusque dans les veines crurales, encéphaliques », par des ondées inverses volumineuses.

L'air dans les veines produit la mort par une sorte d'« asystolie aiguë due à la distension des cavités droites, avec insuffisance tricuspide, telle que l'ondée pulmonaire peut être d'emblée supprimée». — Les gaz artériels ou intra-vasculaires, produits par les efforts respiratoires? par les fermentations putrides? Les gangrènes, et surtout par les variations de pression, ralentissent la circulation capillaire : « d'où, 1° anémie cérébrale, convulsions, ralentissement du cœur, augmentation de la tension et excitation du grand sympathique; 2° plus tardivement, paralysie ou mort, « foyers de nécrobiose médullaire ». — Les gaz dans les veines tuent immédiatement par le cœur, par le système circulatoire; les gaz dans les artères tuent lentement par le système nerveux.

Moyens thérapeutiques : l'un, mécanique, la saignée; l'autre, chimique, les inhalations d'oxygène.

(1) In-8° avec 3 planches de tracés. — Paris, Georges Masson.

DES TROUBLES INTELLECTUELS

DUS A L'INTOXICATION LENTE PAR LE GAZ OXYDE DE CARBONE (1)

Par le docteur P. Moreau (de Tours).

Conclusions. — L'action lente de l'oxyde de carbone sur l'économie provoque une série de troubles intellectuels ayant une marche qui leur est propre. — Cette affection s'observe principalement, sinon exclusivement, chez des femmes. — Elle est caractérisée par l'absence de toute prédisposition héréditaire, au moins dans la plus grande majorité des cas, par des vertiges, des éblouissements, de l'oppression, des syncopes, des hallucinations de la vue (hallucinations rares dans les genres de folie de cause interne, la folie névrosique exceptée), des hallucinations de l'ouïe, des conceptions délirantes et par une sorte de vague qui enveloppe toutes les pensées d'indécision, de pénible incertitude (obtusion intellectuelle pseudo-monomanie de M. Delasiauve), enfin par du délire des persécutions. — Si les accidents ne sont pas trop anciens, si la personne atteinte est jeune, si elle renonce de bonne heure à son métier, la guérison a lieu et les rechutes ne sont plus à craindre. Dans le cas contraire, démence rapide et incurable.— L'alcoolisme peut aggraver le délire, mais sans le modifier dans ses caractères fondamentaux. — Le traitement consiste dans la soustraction à l'action des gaz délétères, dans une hygiène bien entendue, les toniques, les reconstituants : combattre les hallucinations suivant les règles ordinaires (belladone, opium). Emploi du bromure de potassium et du bromhydrate de quinine, bains tièdes prolongés, affusions vertébrales, etc., dans la période aiguë.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (2).

III

A Gœttingue, les concurrents ont à étudier la question suivante : « Nombre d'aliénés, et particulièrement la variété des extatiques, supportent pendant fort longtemps un état voisin de l'inanition sans danger sérieux pour la vie : les concurrents auront à donner sur ce sujet des observations exactes, et à présenter des analyses sur la quantité de l'urine rendue par cette variété d'aliénés; ils auront, en outre, à discuter les causes qui expliquent dans ces cas pathologiques la conservation de la vie. »

Les Facultés allemandes ont aussi des prix fondés par des donateurs généreux : à l'université de Halle, par exemple, un fondateur a créé deux prix d'une valeur de 1,700 et 680 marcs.

Les quelques questions que nous venons d'indiquer suffisent pour donner une idée exacte de la nature des recherches de pathologie, de physiologie et d'anatomie qui sont indiquées aux divers concurrents.

L'université philosophique et littéraire de Berlin est un magnifique édifice situé sur *Unter den Linden*, presque en face la statue de Frédéric II et le palais du roi de Prusse; elle a vraiment une place d'honneur parmi les monuments importants de Berlin, comme l'enseignement public a la première place dans les institutions allemandes. L'hôpital de la Charité contient 1,500 lits et est situé dans un emplacement hygiéniquement convenable au nord-ouest de la ville, au-dessus de la Sprée; l'air, le jour y abondent, et il contient de vastes jardins, dans l'un desquels ont été bâtis des annexes aux services de chirurgie, baraquements en bois, assez élevés au-dessus du sol. L'institut d'anatomie pathologique du professeur Wirchow est situé dans l'hôpital même; c'est là que sont faites toutes les autopsies de l'hôpital. Nous avons vu que cette disposition est générale dans toutes les Facultés de médecine allemandes : l'institut d'anatomie pathologique fait en quelque sorte partie de l'hôpital-faculté. Tel institut dont l'agencement est exactement le même que

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, P. Asselin.
(2) Suite. — Voir le numéro du 16 septembre.

celui des établissements du même genre à Graz, à Munich, etc., dont nous avons parlé assez longuement, pour avoir été augmenté dans ces dernières années, n'est d'ailleurs pas plus considérable que ceux de ces villes. D'autres instituts importants ont été établis :

L'anatomie a coûté. . . . . 489,000 marcs.
Les instituts de physique et de physiologie. . 1,800,000 » (1).

L'institut de chimie est de même fort important; mais rien n'approche de la magnificence déployée à Graz pour les instituts de chimie, d'anatomie, de physiologie et de physique, ou à Vienne, pour l'institut de chimie; il faut, dans l'Allemagne du Nord, voir Leipsig pour trouver un établissement digne de leur être comparé.

D'ailleurs, à Griefswald, à Bonn comme à Leipsig, il y a eu aussi un grand mouvement de constructions scientifiques; au Nord, comme dans le Sud, les Facultés scientifiques ont été abondamment dotées.

En ce qui concerne les dotations des instituts pour une année scolaire, nous empruntons les chiffres suivants à des communications orales et écrites et à l'ouvrage du professeur Billroth. Pour 1875, les budgets des Facultés suivantes étaient établis de cette sorte :

FACULTÉS DE MÉDECINE.	DOTAT. ANN. DES INSTITUTS (2).
Berlin.	294,722 francs.
Kiel.	256,343 —
Bonn.	211,451 —
Kœnigsberg.	195,253 —
Griefswald.	161,641 —
Gœttingue.	135,118 —
Halle.	142,570 —
Breslau.	110,675 —
Marbourg.	80,956 —
Vienne.	416,872 —
Prague.	196,325 —
Graz.	137,685 —
Insbruck.	88,185 —

Ces chiffres ont, comme on le voit, leur valeur, mais en ce qui concerne les Facultés moyennes, ils sont encore loin d'être ceux qui seraient nécessaires pour tous les besoins et l'absolue prospérité des instituts. Beaucoup de ces instituts sont encore, dans certaines villes, en d'anciens locaux, qui ne peuvent fournir une installation conforme aux principes modernes des constructions et établissements scientifiques; c'est là un inconvénient auquel il faudrait tout d'abord remédier.

Dans un des chapitres les plus intéressants des *Medicinischen Wissenchaffen*, on trouve un exposé complet des réformes pécuniaires qui devraient être faites pour la dotation des instituts d'une Faculté de ville moyenne; nous demandons aux lecteurs de nous laisser présenter ici un abrégé de ces demandes, il fera comprendre quelle importance on accorde sans cesse ici à ces questions, alors même que l'on aurait pu croire les parties intéressées au moins momentanément satisfaites. Nous ne nous occuperons dans cette lettre que des dotations d'instituts, rejetant tout ce qui a trait au traitement des professeurs dans une lettre spéciale.

1° Pour le Musée zoologique, l'Institut de zootomie, et le Musée d'anatomie comparée : 5,000 francs.

2° Pour le jardin de l'Institut de botanique, l'herbier : 12,500 francs.

3° Pour la minéralogie, la géologie et la paléontologie : 2,500 francs.

4° Pour l'Institut de physique : 3,750 francs.

5° Pour l'Institut de chimie (travaux de chimie physiologique, pathologique, pharmaceutique et agricole) : 10,000 francs.

6° Anatomie humaine; matériel d'enseignement, musée; enseignement de l'histologie : 7,500 francs.

7° Institut physiologique : 5,000 francs.

(1) Soit en francs : anatomie, 611,250; physiologie, 2,250,000.

(2) Nous convertissons de suite les marcs et les florins en francs dans le texte.

8° Institut de pharmacologie : 1,250 francs.

9° Institut de médecine sociale (dotation pour les travaux d'hygiène, de médecine légale et police sanitaire) : 1,250 francs.

10° Dotation de la bibliothèque (sciences naturelles et médecine): 10,000 francs.

11° Dotations des services de clinique (ces dotations servent uniquement à l'achat des instruments destinés aux travaux des professeurs et de leurs assistants) :

Clinique médicale : 2,500 francs.
Clinique chirurgicale : 5,000 francs.
Clinique obstétricale : 1,250 francs.
Clinique ophthalmologique et otologique : 1,250 francs.

12° Entretien des Instituts cliniques (1) : 175,000 francs.

13° Fonds de réserve pour tous les instituts de la Faculté (dans le cas où le budget annuel serait insuffisant), 25,000 francs.

En résumé, pour une Faculté de médecine moyenne, le budget annuel nécessaire à l'entretien et à la prospérité des instituts, tant cliniques qu'anatomiques, physiologiques et autres, ne doit pas être moins de 270,000 francs en chiffres ronds. Comme nous le verrons ultérieurement, la somme affectée au traitement du personnel enseignant ne doit point être moindre.

Revenons maintenant à ce mouvement de constructions scientifiques et d'instituts dont nous signalions quelques pages plus haut, la puissance dans l'Allemagne du Nord. A Leipsig, en dehors de l'*Université* elle-même, magnifique édifice situé sur *Augustus platz*, près du Musée de peinture et du théâtre, au centre même de la ville, en dehors du *Paulinum* dans lequel est placée la bibliothèque et une riche collection anatomique (2), en dehors, disons-nous, de ces constructions, particulièrement destinées aux Facultés de droit, de philosophie et de théologie, se trouve la Faculté de médecine.

En mettant à part quelques bâtiments de l'Hôpital-Général, la Faculté de médecine de Leipsig *tout entière*, instituts et services de clinique, est à l'heure présente installée d'une manière tout à fait neuve et d'après les seuls principes modernes de construction et d'installation. C'est à Leipsig que professeurs et architectes du Sud et du Nord sont venus pour faire leur instruction en ces matières; c'est ici que l'on est venu chercher des modèles pour la création des laboratoires; en parlant de Graz, nous nous sommes suffisamment étendu sur ce sujet : un tel exemple a, du reste, amplement profité aux imitateurs qui ont presque dépassé la cité scientifique modèle.

La Faculté forme vraiment à elle seule tout un quartier : les instituts d'anatomie, d'anatomie pathologique, de physiologie, sous la direction du professeur Ludwig, qui a quitté la chaire de Vienne pour venir ici; l'Institut de chimie sous celle du professeur Kolbe, l'Institut de physique, sont groupés auprès les uns des autres et présentent un des plus beaux et riches ensembles qui se puissent voir : dimensions et distribution intérieure, tout est véritablement digne d'admiration. Ces splendides édifices n'ont que deux étages, et chaque étage se trouve aussi avoir une hauteur, une spaciosité vraiment remarquables pour les laboratoires particuliers et communs; ces longues et hautes salles, si convenablement aménagées, offrent aux divers travaux des étudiants, anatomie, physiologie, microscope, tout le confort que l'on peut désirer. Tous les services du ressort de chaque institut sont réunis sous le même toit. L'Institut d'anatomie a des ateliers et des ouvriers dépendant de lui seul, et qui préparent les squelettes et toutes les pièces nécessaires à l'enseignement, selon les indications des maîtres eux-mêmes. La Faculté de médecine a même son *Institut de photographie*, installé dans les bâtiments de l'anatomie; toute une série de reproductions habilement faites, et sur diverses échelles, servent même à l'enseigne-

(1) A Vienne, en 1874, l'entretien des services cliniques, à l'Hôpital-Général, particulièrement consacrés à l'enseignement universitaire était de 200,000 florins (œ. w.), soit 500,000 francs. Dans une ville de province, avec université moyenne, 250 lits suffiraient pour l'enseignement clinique; chaque lit coûtant 250 florins d'entretien, les dépenses totales seraient d'environ 70,000 florins.

(2) Le Paulinum est un ancien cloître de dominicains qui forme presque une petite ville : on a découvert récemment sur plusieurs voûtes de magnifiques resques du quinzième siècle, où le peintre a représenté l'histoire de sainte Catherine.

ment pratique. Marcs et thalers n'ont, du reste, point été épargnés pour faire de cette Faculté une des premières, sinon la première de l'Allemagne. Nous pouvons consigner ici les sommes qui ont coûté au gouvernement saxon ces diverses constructions scientifiques (1) :

Institut d'anatomie pathologique.	150,000	francs.
Institut d'anatomie (double institut). . .	720,000	—
Institut de physique.	380,000	—
Institut de physiologie.	220,000	—
Institut de chimie.	380,000	—

Bien que, depuis la réformation, la Saxe soit dans le nord de l'Allemagne, le pays où il ait été le plus fait pour l'instruction publique à tous les degrés, les générosités budgétaires de cet ordre et de cette importance ne sont point aujourd'hui particuliers à son gouvernement (2).

A Bonn et à Greisfswald, les nouveaux instituts ont coûté des sommes également très-fortes :

A Bonn, l'Institut d'anatomie.	450,000	francs.
L'Institut de chimie.	640,000	—
La Clinique d'accouchements. .	750,000	—
A Greifswald, l'Institut d'anatomie. . . .	175,000	—
L'Institut d'anatomie pathol. . .	230,000	—
L'Institut de chimie.	260,000	—
L'hôpital académique.	600,000	—

L'Hôpital-Général est situé près de ces instituts; il a été bâti en grande partie de 1868 à 1871 sur les données de M. Wunderlich, professeur de clinique médicale, et de M. K. Thiersch, professeur de clinique chirurgicale, par l'architecte de la ville de Leipsig, M. Dost.

C'est ici que nous avons vu appliquer pour la première fois, d'une manière générale et constante, non à titre d'essai, le système de construction hospitalière, qui répartit les malades dans tout un ensemble de services séparés, constitué par des bâtiments en bois, établis sur fondation en maçonnerie et placés au milieu de vastes jardins. On a abandonné l'ancien système des bâtiments réguliers avec emmagasinement des malades par centaines, et l'on n'a point cru devoir aller jusqu'au système de la tente, qui ne saurait d'ailleurs, ici surtout, être appliqué en toute saison. D'importantes statistiques chirurgicales ont fait ressortir les avantages du système appliqué à l'Hôpital-Général de Leipsig. En tout cas, on remarquera l'origine exclusivement médicale des plans qui y ont été appliqués; ici on attribue quelque importance aux avis des médecins en matière de constructions hospitalières. Il est tel pays en Europe où les plus savants maîtres ne sauraient se vanter d'une influence cependant si légitime. A la Charité de Berlin, ce système n'a été appliqué qu'en partie et à titre d'essai ; dans nulle autre des Facultés de médecine que nous ayons visitées, nous n'avons remarqué une telle installation.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

231. Obissier. Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la portion périnéale de l'urèthre chez l'homme.

232. De la Foulhouze. Recherches sur les rapports anatomiques du cerveau avec la voûte du crâne chez les enfants.

233. Zimmermann. Des abcès multiples du tissu cellulaire à la suite d'érysipèle.

234. Bourdon. Des rétrécissements de l'œsophage.

235. Léo. Contribution à l'histoire de la maladie de Ménière et du vertige auriculaire simple.

236. Barailhé. Contribution au traitement des kystes hydatiques du foie.

237. Gadey. Essai sur le puerpérisme infectieux.

238. Dutrait. Traitement de l'ostéo-arthrite du pied (carie du pied) par la cautérisation intra-articulaire.

239. Guillemet. Contribution à l'étude de l'hydramnios.

240. Jarry. Étude des révulsifs et en particulier du vésicatoire dans le traitement de la pleurésie.

241. Lasserre. Des conditions étiologiques et la pathogénie de l'urticaire.

242. Paynel. Contribution à l'étude de la tétanie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours. — Un concours s'ouvrira à Alger, pour les internes en médecine et chirurgie, le lundi 6 novembre 1876. Les épreuves consistent en : 1° une composition écrite sur les généralités de pathologie interne ou externe (trois heures seront accordées pour cette épreuve); 2° une exposition orale pour laquelle il sera accordé dix minutes, après un temps égal de réflexion, sur une question élémentaire d'anatomie; 3° une épreuve orale et pratique sur la petite chirurgie et l'application des bandages; 4° une épreuve orale sur les éléments de la matière médicale, sur la pathologie et les incompatibilités pharmaceutiques.

Conditions d'admission. — Les candidats pour l'internat en médecine et en chirurgie doivent être munis de quatre inscriptions prises devant une Faculté ou une École de France ou d'Algérie. Les internes en médecine ne doivent être pourvus d'aucun diplôme qui leur donne le droit d'exercer la médecine. Cette clause est obligatoire pour toute la durée des fonctions.

Émoluments. — Les internes sont nommés pour une durée de trois ans et entrent en fonctions le 1er décembre de l'année de l'examen. Le traitement est de 1,200 francs pour ceux de première classe et de 1,000 francs pour ceux de deuxième classe. Une indemnité annuelle de 800 francs est accordée aux internes provisoires. Les candidats prennent l'engagement formel de se soumettre à tous les règlements existants ou à intervenir. Les fonctions des internes consistent à assister les médecins traitants pendant la visite, faire les pansements, tenir les cahiers de visite et établir le relevé des médicaments. Ils sont, en outre, astreints à monter une garde de vingt-quatre heures à tour de rôle. Le nombre des internes titulaires est fixé à huit, celui des internes provisoires est illimité. Les candidats devront se faire inscrire personnellement, ou par écrit, au secrétariat de la commission administrative de l'hôpital civil, à Mustapha, au plus tard le 31 octobre 1876, et produire leur acte de naissance et un certificat de moralité ayant moins d'un mois de date. (*Alger médical.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse, par le docteur P. Reclus. — 1 vol. in-8° avec 5 planches. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la greffe animale et de ses applications à la chirurgie, par le docteur Armaignac. — 1 vol. in-8° avec 2 planches. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du spirophore, appareil de sauvetage pour le traitement de l'asphyxie, et principalement de l'asphyxie des noyés et des nouveau-nés, par le docteur Woillez. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du pain, par le docteur Violet. — In-8° avec figures dans le texte. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

(1) Non loin de là, dans la Turmerstrasse, il faut visiter en détail le Gymnase de la ville, terminé en 1863, et qui a coûté 180,000 francs : l'enseignement secondaire n'a guère à se plaindre non plus de la manière dont les gouvernements et les municipalités comprennent leur devoir en ces matières.

(2) V. pour comparaison, le *Rapport de M. le doyen Wurtz à M. le ministre de l'instruction publique sur l'état des bâtiments et des services matériels à la Faculté de médecine*, 1872.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / Arseniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Valérianate d'atropine

Formule du docteur MICHÉA, approuvée par l'Académie de médecine de Paris.

Depuis 1854, le Valérianate d'Atropine est employé avec un grand succès sous formes de granules de un demi-milligramme, formule du docteur Michéa, *approuvée par l'Académie de médecine de Paris, dans le traitement de l'Epilepsie, l'Asthme essentiel ou spasmodique, la Migraine, la Toux nerveuse, l'Hystérie, les Palpitations du cœur, les Convulsions, l'Oppression et la Coqueluche.* Le grand nombre de guérisons obtenues par ce médicament me fait un devoir de le faire connaître. Les doses varient depuis un demi-milligramme jusqu'à 2 milligr. dans les 24 heures. D'un demi-milligramme on passe à un milligramme au commencement de la seconde semaine de traitement. Au bout de quinze jours, on laisse reposer le malade pendant deux semaines. Puis l'on revient à l'emploi du remède, qui est encore suspendu au bout de quinze jours. La durée du traitement, ainsi repris et interrompu, varie de 2 à 6 mois pour obtenir une guérison radicale. (V. Instruction.)

A la Pharmacie LEMAIRE, 14, rue de Grammont, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Huile de Foie de morue de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Névralgies calmées à l'instant

même par les PILULES antinévralgiques du docteur CRONIER. — 3 fr. la boîte. — Dépôt : Paris, pharmacie Levasseur, 23, rue de la Monnaie.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal, Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal, Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : CLIN et Cᵉ, 14, Rue Racine, Paris.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dʳ Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dʳ Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. » (*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dʳ Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque Capsule du Dʳ Clin renferme 0,20 } Bromure de Camphre pur
Chaque Dragée du Dʳ Clin renferme 0,10 }

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cⁱᵉ**, 14, rue Racine, Paris

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cⁱᵉ, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Eau de Contrexéville

(Source du Pavillon).

Seule déclarée d'intérêt public. — Contre la Gravelle, la Goutte et les Maladies des voies urinaires.

Établissement ouvert du 15 mai au 15 septembre.

DÉPOT CENTRAL : 23, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Perles Larrieu au Cachou,

Cubèbe et Oléo-Résine de Copahu très-pure. Ce médicament constitue le plus puissant traitement antiblennorrhagique. — Dépôt toutes pharmacies. — 13, rue Turbigo, Paris, et chez Adrian, 11, rue de la Perle.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1ʳᵉ classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, nº 20.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phⁱᵉ, 82, rue Rambuteau, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'entrée en lice de M. Piorry dans la discussion sur le spirophore, dans la séance de mardi dernier, a provoqué M. Woillez à monter de nouveau à la tribune pour défendre son invention contre les observations critiques et les objections dont elle a été l'objet. Il a saisi cette occasion pour répondre du même coup aux observations de MM. Colin, Leroy de Méricourt, Devergie, et enfin à celles de M. Piorry. La situation de la question a été parfaitement posée par M. Woillez. La valeur théorique et physiologique du spirophore n'est pas contestée. C'est son utilité et son efficacité pratiques qui sont seules mises en cause. Mais nous devons reconnaître qu'elle n'a pas fait un pas de plus. Sans doute, comme le dit justement M. Woillez, jusqu'à ce que l'épreuve décisive, — l'application sur le vivant, — ait été faite, on n'est pas admis d'avance à le repousser comme inutile ou inapplicable. Mais, par la même raison, on ne saurait davantage affirmer son efficacité pratique. Le plus sage est donc d'attendre cette épreuve. Nous ne voyons pas jusque-là ce qu'on pourrait gagner à prolonger cette discussion. Cependant M. Piorry s'est fait inscrire pour la prochaine séance. Aurait-il encore quelque chose de nouveau à nous apprendre?

M. Dieulafoy a fait une lecture, écoutée avec une faveur méritée, sur l'hérédité de l'hémorrhagie cérébrale. On trouvera sa note textuelle dans le corps du journal.

M. Jolly a clos la séance par une lecture physiologico-philosophique sur l'homme. C'est un chapitre détaché d'un livre en voie de publication sur l'*hygiène morale*, dont plusieurs morceaux très-goûtés ont déjà été communiqués à l'Académie et mis sous les yeux de nos lecteurs, entre autres ses dissertations sur l'imagination, sur l'imitation, etc. Nous y avons retrouvé les mêmes mérites littéraires et le même esprit philosophique. Mais pour y faire à l'intelligence et à la raison humaine leur place légitime au sommet de la grande œuvre de la création, pour y mettre en relief les attributs essentiels et caractéristiques de l'homme, *homo ratione præditum* de Cicéron, était-il nécessaire de ravaler l'intelligence des bêtes au rôle infime qu'il leur a fait jouer, — par respect sans doute pour la mémoire de Descartes? Nous avons cru entendre s'élever, du fond de leur tombeau, les protestations des Condillac, des Georges Leroy, des Dupont de Nemours, des Frédéric Cuvier, celles de son ancien collègue Fée, auxquelles se serait mêlée la voix, vivante encore heureusement, du spirituel auteur de l'*Esprit des bêtes*. Aussi M. Jules Guérin, au dernier mot de cette lecture, s'est-il levé pour revendiquer, avec Charlet, en faveur du chien!

— Dans le courant de cette séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un trésorier en remplacement de M. Gobley. M. Poggiale a été élu à l'unanimité. Nous souhaitons, dans l'intérêt de l'Académie, que la caisse ne lui soit pas trop légère.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Croup, trachéotomie. — Au quatrième jour perte de connaissance; — cécité; — agitation; — mort en quelques heures. — Infarctus pulmonaires et sous-cutanés. — Thrombose de l'artère basilaire.

Dans mes recherches sur l'*endocardite végétante des maladies aiguës fébriles*, j'ai parlé du *croup* comme étant la maladie qui offre les exemples les plus caractérisés de cette lésion, et, avec cette endocardite, des infarctus viscéraux disséminés qui jouent un grand rôle sur la marche funeste de cette maladie. J'ai montré que tous les noyaux d'apoplexie pulmonaire, les lobules grisâtres purulents du poumon, et les abcès qui sont mentionnés depuis douze ans dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, n'étaient que des infarctus métastatiques dus à des embolies capillaires[1], et j'en donnai pour preuve les autres infarctus viscéraux trouvés sur les cadavres. Cette question encore peu connue de bien des médecins, mérite, par son importance, qu'on s'y arrête chaque fois que l'occasion s'en présente. Voici un cas dans lequel je trouve la vérification de mes récents travaux, et je vais vous en parler. Il s'agit d'une petite enfant opérée du croup, et qui est morte par le cerveau, avec des embolies capillaires sous-cutanées et pulmonaires, peut-être cérébrales, et qui a eu en outre une thrombose de l'artère basilaire, des sylviennes et des cérébelleuses obstruant en partie la circulation cérébrale.

OBSERVATION. — La nommée L..., âgée de quatre ans, entre le 13 mai 1875, salle Sainte-Catherine.

Cette enfant a été prise de mal de gorge, le 7 mai elle s'est mise

à tousser. La toux est devenue croupale, la voix s'est éteinte, et on l'a amenée ici sans avoir eu d'accès de suffocation, dans un état d'anesthésie presque complet. Trois heures après, l'anesthésie était complète, et il a fallu l'opérer.

Les choses se sont bien passées pendant trois jours, mais au quatrième il y a eu une petite éruption scarlatineuse et une fièvre très-vive, puis au cinquième jour, elle a offert de l'hébétude, de la cécité, avec un peu de strabisme, du coma avec carphologie et elle est morte dans la journée sans convulsions ni paralysie.

Autopsie. — Les *sinus de la dure-mère* sont remplis de sang liquide ainsi que les veines méningées où l'on observe de nombreuses bulles d'air.

La *pie-mère* est fort injectée, sans suffusion séreuse ventriculaire. La *substance cérébrale* est saine partout, sauf un peu de piqueté sanguin. A la base du cerveau dans l'artère basilaire et les sylviennes et les cérébelleuses, se trouve un caillot filamenteux ramifié ne remplissant pas tout le vaisseau. Dans l'artère basilaire, ce caillot est tout à fait blanchâire, décoloré, résistant, élastique, et dans les sylviennes et cérébelleuses, il est rouge bricorique, plus récent; oblitérant tout le vaisseau, il ne paraît pas avoir d'adhérence avec la tunique interne de l'artère.

Le *cœur* présente un peu d'endocardite mitrale et tricuspide et de la thrombose ventriculaire formée de fibrine blanchâtre opaque, molle, granuleuse, imbriquée dans les colonnes charnues du cœur. Il y a également un peu de thrombose auriculaire et un caillot ambré se prolongeant dans l'artère pulmonaire.

Les *poumons* sont fortement hyperémiés, couverts d'ecchymoses pleurales; et sur un seul point, à la base, sous la plèvre : un noyau dur formé d'une partie rosée circonscrit par une infiltration sanguine noire. A la coupe, ce noyau présente une forme légèrement pyramidale à base tournée vers la plèvre et le sommet vers le cœur, il a le volume d'un noyau de cerise.

Son tissu est grisâtre, granuleux, et tout autour une zone d'apoplexie pulmonaire.

Le *foie* présente des taches de décoloration jaune profonde. Dans le rein la substance corticale est grisâtre, hypertrophiée, ramollie.

Le *larynx* présente une muqueuse rouge excoriée, couverte de détritus nombreux, avec gonflement de l'épiglotte et des cartilages aryténoides.

Sous *la peau* des membres inférieurs, dans la couche graisseuse sous-cutanée se trouvent plusieurs infarctus rouges ecchymotiques plus larges qu'une lentille et indiqués à l'extérieur par une légère tache bleuâtre.

Dans cette observation rare, ce qui doit frapper l'attention c'est la mort par le cerveau. C'est là un fait exceptionnel dans l'histoire du croup. On en a publié un ou deux exemples, et je n'en ai vu que deux dans ma pratique. Celui-ci fait le troisième. Dans les deux premiers, la mort est venue au milieu de convulsions et était due à la thrombose des sinus de la dure-mère, ainsi qu'il arrive à la fin de beaucoup de maladies aiguës. Mais ici la mort s'est produite autrement, et rien qu'avec de l'hébétude, du strabisme et quelques heures de coma.

Comme il y a presque toujours, chez les sujets qui meurent du croup, avant ou après la trachéotomie, des infarctus du poumon ou des infarctus des viscères et du tissu cellulaire sous-cutané par embolie capillaire, je pensai que chez notre malade il devait y avoir une embolie cérébrale. Je ne l'ai pas trouvée, mais il est possible que mes recherches aient été insuffisantes. Une embolie capillaire dans les artérioles du cerveau n'est pas chose facile à découvrir. Mais, s'il n'y a pas eu d'embolie appparente, il y a eu thrombose des artères basilaires, sylviennes et cérébelleuses, et dans ces artères a pu se trouver un corpuscule de fibrine échappé du cœur, ayant produit la thrombose. C'est un doute que j'exprime, mais je n'affirme rien pour ne pas faire d'hypothèse.

Quoi qu'il en soit, pour ne parler que de ce que l'on pouvait voir sans contestation, il y avait thrombose fibrineuse opaque de l'artère basilaire, se terminant par une thrombose cruorique des artères sylviennes et cérébelleuses. L'oblitération de la basilaire n'était pas complète, mais celle des sylviennes et cérébelleuses était entière. C'en était assez pour produire une grande gêne à la circulation cérébrale et produire les accidents de cécité de strabisme de troubles intellectuels et de coma qui ont précédé la mort.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr G. Caussidou.)

IV

Sur ce dernier point, notre expérience diffère de celle de Porta. Il a institué, comme tout le monde le sait, un grand nombre d'expériences laborieuses sur l'action de la ligature en boyau de chat chez les animaux inférieurs, outre l'opération qu'il pratiqua sur l'homme et que je vous ai citée; il en est arrivé à conclure que, dans tous les cas, une ligature quelconque, fortement serrée autour d'une artère, produit un ramollissement de sa tunique celluleuse (l'externe) et la division du vaisseau par un travail spécial qu'il distingue de l'ulcération, bien qu'on ne voie pas clairement en quoi consiste la différence. Quoi qu'il en soit, la nature exacte de ce travail importe peu à notre sujet. Le point important c'est que, dans l'opération de Porta, les artères étaient toujours divisées et, quand elles sont divisées, l'hémorrhagie secondaire est évidemment à craindre. Dans mon opération, on voit qu'elles ne sont pas divisées, et c'est là, je crois, la règle quand on lie les artères de cette manière. Maintenant, si la tunique externe n'est pas divisée, l'hémorrhagie secondaire n'est possible que dans le cas où il y a de petits orifices, comme en présentait la carotide chez mon malade, et ils ne peuvent donner naissance à l'hémorrhagie que quand les tissus environnants suppurent. Si ces derniers demeurent solidement réunis, le seul résultat sera, comme le montre cette préparation, l'extravasation de quelques gouttes de sang.

Ces différences entre les opérations que j'ai décrites, faites avec le fil en boyau de chat phéniqué, et celles indiquées dans le grand ouvrage de Porta sont évidemment de deux sortes, la préparation différente du fil de boyau et la réunion plus rapide des parties profondes de la plaie. Quant au premier point, on ne peut rien imaginer de mieux pour une ligature que le boyau de chat longtemps trempé dans de l'huile phéniquée; il est parfaitement résistant, parfaitement flexible et parfaitement malléable. Il n'existe aucune irritation, n'absorbe aucun liquide putrescible et, bien qu'il se dissolve graduellement, il comprime cependant suffisamment l'artère pour obturer sa lumière d'une manière permanente. L'ayant employé dans de grandes opérations pendant deux ans environ, je puis certifier ce dernier fait et je puis dire que je ne lui ai jamais vu produire la moindre irritation, ni vu sortir de la plaie aucun des petits nœuds et que je le considère comme un moyen hémostatique bien supérieur à la torsion et à l'acupressure. En somme, je lui ai trouvé tous les avantages de la ligature de soie sans aucun de ses inconvénients.

Si le fil en boyau de chat est mal préparé, il n'a plus toutes ces bonnes qualités. S'il est trop ramolli, ce qui arrive facilement quand on le trempe dans l'eau, il se relâche et n'é-

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 septembre.

treint pas le vaisseau d'une manière permanente. S'il est trop peu ramolli, ce qui arrive facilement, si on l'humecte dans la bouche, il est probablement trop dur et trop irritant et peut absorber les liquides putrescibles.

Mais je n'imagine pas que la ligature en boyau de chat, pas plus qu'en toute autre substance, puisse être appliquée à une artère avec un succès complet, et par là j'entends que sa lumière soit fermée sans interruption de sa continuité, à moins que l'artère elle-même ne se trouve aussi à l'abri que possible de tout inflammation, c'est-à-dire à moins que les tissus qui l'environnent ne soient rapidement réunis par première intention. Une artère exposée au milieu d'une cavité suppurante, doit toujours, à mon avis, se ramollir et s'ouvrir; et c'est très-probablement parce qu'ils n'ont pas obtenu cette réunion rapide des parties profondes de la plaie que Porta dans plusieurs de ses expériences et de ses opérations, que Sir A. Cooper dans l'opération qu'il exécuta après son premier succès, n'obtinrent pas ce succès complet. Tout au moins, le fait que de tels résultats sont possibles doit avoir une certaine portée dans la question de savoir si l'opération de Brasdor non modifiée est ou n'est pas applicable aux anévrysmes de l'artère innominée. Car je crois que dans les faits que j'ai produits nous avons des preuves suffisantes que si la carotide et la première partie de la sous-clavière sont oblitérées, la coagulation de la tumeur tout entière en sera la conséquence naturelle; tandis que la ligature de la carotide et de la troisième portion de la sous-clavière peuvent à la rigueur amener la guérison, sans qu'on ait le droit d'y compter absolument.

Ainsi donc, dans les anévrysmes de l'innominée qui paraissent continuer à s'accroître après la ligature périphérique de la carotide, le chirurgien doit, à mon avis, proposer la ligature de la sous-clavière dans la première partie de son trajet.

Le diagnostic entre les anévrysmes de l'artère innominée et ceux de l'aorte n'est jamais facile et il est quelquefois impossible. Il est également impossible de dire, si, dans un anévrysme que l'on juge siéger sur l'innominée, l'aorte est impliquée ou ne l'est pas, ou bien de dire si l'anévrysme appartient à la forme latérale ou périphérique. Je ne puis m'arrêter à discuter ces questions, d'autant plus que je ne crois pouvoir rien ajouter aux règles de diagnostic qui ont été posées par d'autres que par moi. Je ne crois pas non plus que ce soit fort nécessaire, car je crois que les indications de l'opération doivent être plutôt tirées de la marche de la maladie que des idées nécessairement incertaines que nous pouvons nous faire sur les questions indiquées plus haut. Si un anévrysme affectant l'artère innominée s'étend manifestement du côté de la trachée et le long du trajet de la carotide, son développement dans cette direction sera presque certainement arrêté par la ligature de la carotide. Et nous serions d'autant plus assurés de ce résultat, si nous pouvions penser que l'aorte ne participe pas à la maladie et que l'anévrysme appartient à la forme sacciforme ou latérale. La limitation du bruit à un certain point et sa diminution à mesure que le stéthoscope s'éloigne de ce bruit, l'absence de bruit au voisinage des valvules, la différence du pouls d'un côté à l'autre et l'absence des symptômes généraux d'une dilatation de l'aorte ou d'une tumeur voisine de la crosse, sont les traits principaux d'un cas aussi favorable.

Quant à la ligature de la carotide gauche pour anévrysme de la crosse de l'aorte, je ne doute pas qu'il y ait des cas où elle puisse rendre des services, bien qu'il n'y ait pas de raisons théoriques de croire que cette opération puisse amener la guérison. Les cas de Rigen et Tillanus, qui sont les plus généralement cités, ne sont pas suffisamment définis pour servir de preuve dans l'espèce. Le succès de Pirogoff est incomplet. Le malade de Morrison, bien que fort amélioré pour un temps, finit par mourir, et le malade de M. Heath est encore en observation, quoiqu'il y ait eu ici une amélioration temporaire très-frappante. Il n'en est pas moins vrai que, chez tous ces opérés, le soulagement apporté par l'opération a été si marqué, qu'il justifie complétement la conduite adoptée; et dans un cas comme celui de M. S. Lane, où l'anévrysme semble avoir tout entier ou presque tout entier occupé la carotide, il est certain que l'opération est formellement indiquée.

Je conclus, par l'analogie des autres cas d'obturation périphérique que j'ai produits, que l'amélioration dépend alors de la diminution de volume de la tumeur qui résulte de l'oblitération de la partie du sac qui était précédemment distendue par le courant sanguin destiné à la carotide gauche. L'opération donne donc des probabilités d'amélioration dans tous les cas où l'on peut constater l'extension de la tumeur par en haut, vers la trachée à gauche, et, par analogie de raisonnement, la ligature périphérique est également indiquée à droite quand la tumeur se trouve du côté opposé de la trachée; et c'est de cette manière que j'explique l'amélioration qui suivit la ligature de la carotide droite et de la troisième portion de la sous-clavière pour un anévrysme de l'aorte dans l'observation de double-ligature périphérique simultanée de Heath. Dans beaucoup d'autres cas d'anévrysmes thoraciques se développant par en haut, la diminution de la dyspnée spasmodique et l'amoindrissement de la tumeur, immédiatement après la ligature de la carotide, ne semblent pouvoir s'expliquer que de cette manière.

Une autre méthode, qui a été fort employée dans ces dernières années pour des anévrysmes de l'aorte et des gros troncs, est la galvano-puncture. Dans le cas traité par moi par la double ligature périphérique, dont j'ai déjà parlé, et qui était à la fois un anévrysme de l'aorte et de l'innominée, ce traitement fut employé avec un résultat fatal, mais en même temps, comme le montrent la préparation et la figure, il eut pour effet de produire un dépôt considérable de caillots dans le sac.

En réalité, on peut facilement démontrer, par l'expérience directe, qu'un courant constant qui passe à travers un liquide albumineux tel que du sang ou du blanc d'œufs, y détermine un coagulum qui varie suivant qu'on emploie le pôle positif ou le pôle négatif et suivant aussi l'intensité et la durée du courant; le pôle positif produisant avec rapidité un coagulum albumino-fibrineux solide et le pôle négatif une large masse écumeuse formée de petits caillots mélangés, sous forme de mousse, par les gaz engendrés dans la décomposition du sang, et autour desquels le travail de coagulation peut se continuer.

DU ROLE DE L'HÉRÉDITÉ

DANS LA PRODUCTION DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE

Par M. Dieulafoy, médecin des hôpitaux.

Je me propose, dans cette note, d'appeler l'attention sur le rôle considérable que pourrait jouer l'hérédité dans la production de l'hémorrhagie cérébrale. Je donnerai d'ailleurs un tableau complet des observations que j'ai recueillies jusqu'à ce jour, je me contente, pour le moment, de citer les faits suivants qui se passent de commentaires.

Au mois de juin de cette année, Mme G..., âgée de cinquante et un ans, d'origine espagnole, est prise, sans pro-

dromes, d'hémiplégie gauche avec perte de connaissance et, meurt en trois heures. Dans la famille, on me raconte que la mère de Mme G..., a été frappée, à l'âge de cinquante-deux ans, d'une hémiplégie qui a persisté quatorze ans, jusqu'au moment de sa mort, et que deux oncles de Mme G..., l'un marin, l'autre abbé, ainsi qu'une tante, sœur de sa mère, ont été atteints de la même maladie. Voilà donc une famille dans laquelle cinq membres de la souche maternelle, collatéraux ou descendants, ont été frappés d'hémiplégie, avec ou sans apoplexie. L'hérédité est manifeste. La gravité des accidents, la rapidité de la mort ou la survie, n'ont été subordonnées qu'à la localisation de la lésion cérébrale.

A l'hôpital Beaujon, au nº 9 de la salle Sainte-Monique est couchée une femme R..., âgée de soixante-dix-huit ans, qui a été prise, sans prodromes, d'une hémiplégie gauche actuellement en voie d'amélioration. Sa sœur également hémiplégique n'a survécu qu'un an à l'accident, leur mère morte beaucoup plus jeune, n'avait pas été paralysée; mais leur oncle, frère de leur mère, exerçant les fonctions de juge, avait été frappé en pleine audience d'une attaque d'apoplexie rapidement mortelle, et leur cousin germain, le fils de ce juge, avait été à son tour atteint d'hémiplégie. C'est encore un exemple dans lequel la lignée maternelle a été frappée quatre fois dans ses collatéraux descendants.

J'observe, en ce moment, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, nº 37, un homme n'ayant que quarante-trois ans, hémiplégique du côté gauche depuis deux mois. Sa mère frappée à l'âge de soixante-six ans d'une attaque avec hémiplégie qui entraîna la mort en dix jours, et la bisaïeule de notre malade, la grand mère de sa mère, avait été également emportée par une apoplexie.

Dans le même hôpital, même salle, nº 25, un nommé M..., âgé de cent seize ans, paralysé du côté gauche, nous raconte que sa mère à l'âge de cinquante et un an est morte en deux heures, à la suite d'une apoplexie, et que son grand-père, le père de sa mère, avait été enlevé en quelques jours dans les mêmes circonstances.

A l'Hôtel-Dieu, au nº 2 de la salle Sainte-Marie, est couchée une femme âgée de cinquante ans, hémiplégique du côté gauche, son frère a été paralysé du même côté, et sa mère également hémiplégique a guéri, après six mois de maladie.

Dans le même hôpital, salle Saint-François, nº 1, une femme âgée de soixante-neuf ans et hémiplégique du côté gauche pour la troisième fois; son père, à l'âge de cinquante-cinq ans avait été paralysé à droite.

A l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, R... âgé de soixante-douze ans, hémiplégique du côté gauche, a perdu sa mère, en vingt-quatre heures, à la suite d'une attaque d'apoplexie.

A l'hôpital Lariboisière, au nº 3 de la salle Saint-Charles, L..., soixante-deux ans, hémiplégique à droite, a perdu sa mère emportée, à l'âge de soixante-cinq ans, par une attaque d'apoplexie.

Même hôpital, salle Saint-Landry, nº 15 bis, est un nommé R..., voyageur de commerce, âgé seulement de trente-neuf ans, ce garçon est hémiplégique du côté gauche pour la seconde fois; sa mère vient d'être frappée il y quelques semaines, à l'âge de soixante-seize ans, d'hémiplégie légère à gauche, et sa grand'mère maternelle était morte à l'âge de soixante-quinze ans d'une apoplexie foudroyante.

Même hôpital, salle Sainte-Claire, nº 24, est couchée la nommée B..., cette femme, âgée de quarante-six ans, est hémiplégique à droite depuis deux mois. Sa mère, femme H..., est paralysée depuis bien des années du côté gauche; sa tante et son oncle maternels ont été également paralysés d'un côté du corps; et son fils, actuellement âgé de vingt-six ans a été frappé d'hémiplégie gauche à l'âge de dix-sept ans. Ce nouvel exemple nous montre la lignée maternelle, atteinte cinq fois à des âges bien différents dans ses collatéraux et descendants. De plus il a remarqué que l'hémorrhagie cérébrale chez ce garçon de dix-sept ans, comme chez B..., de l'observation précédente, a devancé de plusieurs années; l'hémorrhagie cérébrale de la mère, prouve que l'impulsion morbide, venue de la grand'mère, a frappé la seconde génération avant d'atteindre la première, ce qui du reste est assez commun dans l'histoire des maladies héréditaires. Que de fois, en effet, nous voyons mourir de phthisie pulmonaire des jeunes gens dont les parents semblaient indemnes de toute lésion tuberculeuse, mais chez lesquels la diathèse plus longtemps silencieuse n'en a pas moins éclaté, huit, dix ans, quinze ans plus tard.

Les faits que je viens de rapporter, quand on veut bien les rechercher, se multiplient dans de telles proportions que l'hémorrhagie cérébrale, avec ses conséquences : apoplexie, hémiplégie, contracture, m'a paru héridítaire à l'égal des maladies les plus héréditaires, au même degré que la phthisie pulmonaire. Il est des familles dans lesquelles on peut suivre l'hérédité de l'hémorrhagie cérébrale à travers plusieurs générations, au moins aussi nettement qu'on suit la trace de la phthisie ou du cancer, et nous venons de citer trois observations dans lesquelles la maladie a successivement frappé jusqu'à quatre et cinq membres de la même lignée.

Il est évident que pour juger ces faits à leur juste valeur, et pour rester dans les limites probables de l'hémorrhagie cérébrale, il faut exclure avec soin tous les états pathologiques qui peuvent la simuler et qui fausseraient les chiffres d'une statistique sévère. Il faut éloigner les hémiplégies et les apoplexies résultant d'embolie ou d'athérome cérébral, de tumeurs intra-crâniennes et de lésions syphilitiques. Il faut encore mettre hors de cadre les hémorrhagies qui surviennent à titre de symptôme ou de complication dans le cours de certaines pyrexies et maladies infectieuses, dont la genèse n'a rien à voir avec la question qui nous occupe. Cette partie du diagnostic est quelquefois difficile, j'en conviens; mais, en tenant compte du mode du début de la maladie, de l'existence et de la persistance de prodromes si fréquents dans les tumeurs cérébrales; en pratiquant avec soin l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux, presque toujours lésés dans l'embolie; en interrogeant les accidents pathologiques de l'individu; en négligeant, enfin, les cas douteux, pour ne prendre comme base que les faits certains, on arrive à reconnaître l'importance dominante de l'hérédité dans la production de la *maladie hémorrhagie cérébrale*.

Du reste, cette grande question de l'hérédité qui joue, en pathologie comme ailleurs, un rôle si tristement considérable, n'a pas lieu de nous surprendre ici. Les causes, plus ou moins insignifiantes, invoquées autrefois pour expliquer la pathogénie de l'hémorrhagie du cerveau, ont fait place à des connaissances anatomo-pathologiques qui ont singulièrement éclairé la genèse de cet accident. Nous savons, depuis les recherches de MM. Charcot et Bouchard, que le système vasculaire cérébral peut être atteint surtout dans des petites artères d'une lésion dite péri-artérite diffuse, à marche lente, dont la conséquence est l'altération des parois vasculaires (1). Les artérioles sont envahies par un tissu de nature scléreuse qui

(1) Bouchard, *Recherches sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales*. Paris, 1866. — Charcot, *Leçons sur les maladies des vieillards*, p. 62. — Charest et Bouchard, *Archives de Physiologie*, 1868.

débute par les tuniques les plus externes, tandis que les éléments musculaires contractiles s'atrophient consécutivement par place, et disparaissent sans substitution graisseuse. Ces raréfactions partielles diminuent la résistance des vaisseaux et deviennent mécaniquement la cause d'ectasies et d'anévrysmes miliaires.

Ces petits anévrysmes qui ont, en moyenne, un demi-millimètre de diamètre, et dont la plupart sont visibles à l'œil nu, avaient été signalés par Cruveilhier et étudiés plus tard par Meynert et Heschel, mais leur rôle pathogénique, d'abord méconnu, n'a été mis en relief que depuis les travaux de MM. Charcot et Bouchard. On sait maintenant comment ils se forment, comment ils se rompent, comment s'effectue l'extravasation sanguine, et on a saisi sur le fait toutes les phases de la lésion depuis la péri-artérite initiale jusqu'à l'hémorrhagie terminale. Cette altération et ce processus ne ressemblent en rien aux lésions athéromateuses de l'endartérite, et, tandis que l'athérome cérébral est surtout lié à l'histoire des ramollissements, la péri-artérite scléreuse prépare et provoque l'hémorrhagie.

Eh bien! cette péri-artérite cérébrale, avec ses anévrysmes miliaires consécutifs, n'est, en résumé, qu'une déviation de nutrition, qu'une substitution de tissu, atteignant les éléments contractiles et élastiques des parois vasculaires. L'impulsion vicieuse donnée par l'activité nutritive, au moment de la formation de l'individu, sommeille pour un temps et se manifeste à des époques différentes. Ici, comme dans toutes les maladies héréditaires, comme dans la paralysie générale, comme dans la phthisie ou le cancer, la période latente a une durée indéterminée de plusieurs années, de vingt, quarante, soixante ans et plus encore, et l'échéance qui, fort heureusement, n'est pas toujours fatale, varie suivant les circonstances favorables ou défavorables à l'éclosion de la maladie.

Cette période latente de l'évolution morbide, nous en ignorons la durée, car, le jour où le premier symptôme apparaît, il est certain que la lésion était déjà avancée dans son développement. Il ne faut donc pas se méprendre sur la valeur de ce qu'on nomme *l'état latent*; pour le pathologiste, la maladie éclate avec le premier symptôme, tandis que l'anatomo-pathologiste la fait remonter au début même de la lésion. Mais à quel moment apparaît la lésion? C'est un problème difficile à résoudre. Quand il s'agit de maladie héréditaire, on peut se demander si la lésion n'est pas contemporaine de la création de l'individu. La création, dit Claude Bernard, n'étant « qu'une impulsion nutritive qui trace d'avance la durée de la vie, et qui donne, en même temps, l'empreinte du type » (1). Il est probable que cette impulsion nutritive se transmet, avec ses bons et ses mauvais effets, en imprimant son cachet mordide au moment même de la formation. La lésion, malgré ses progrès incessants, se dérobe à nous pour un temps, jusqu'au moment où, devenue incompatible avec le fonctionnement régulier des organes, elle détermine l'apparition des symptômes qui révèlent l'existence de la maladie.

Cette révélation est brusque dans l'hémorrhagie cérébrale, le plus souvent les prodromes font défaut, et il est de règle que l'individu passe sans transition de la santé à l'apoplexie ou à l'hémiplégie.

Longtemps on a trop supposé que l'hémorrhagie cérébrale était réservée à la vieillesse. Cette maladie est fréquente, il est vrai, à un âge avancé, mais il ne faut pas oublier que, d'après la statistique de Heschel, c'est vers cinquante-cinq ans qu'on rencontre le plus souvent les anévrysmes miliaires, que Meynert a signalé l'hémorrhagie cérébrale chez un jeune homme de vingt-quatre ans, que M. Charcot l'a rencontrée chez un garçon de vingt ans, et que, dans ma dernière observation, l'un des cinq membres de la même famille frappé d'hémorrhagie n'avait que dix-sept ans. Plusieurs raisons ont accrédité cette idée, que l'hémorrhagie du cerveau est l'apanage de l'âge très-avancé. C'est, d'abord, que les principaux travaux sur la matière ont été faits dans des hospices de vieillards; c'est, ensuite que plusieurs statistiques, celles de Burrows, de M. Gintrac, et la statistique municipale de Paris, portent sur les accidents apoplectiques, en bloc, comme le fait observer M. Brouardel(1), et non pas sur l'hémorrhagie cérébrale isolée.

(1) *De la physiologie générale*, page 250.

De ce travail, me serait-il permis de tirer les conclusions suivantes :

1° La maladie hémorrhagie cérébrale est héréditaire.

2° Elle détermine, dans une même famille, tantôt l'apoplexie, tantôt l'hémiplégie; et la gravité des accidents, la mort rapide ou la survie ne sont subordonnés qu'à la localisation de la lésion cérébrale; elle apparaît, en général, à un âge avancé, néanmoins elle frappe assez souvent aux diverses périodes de la vie, plusieurs membres d'une même famille, et il n'est pas rare, dans une lignée, qu'une génération plus jeune soit atteinte avant une génération plus âgée.

DES CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SANG

DANS LES ANÉMIES (2)

Par M. le docteur G. HAYEM.

I

Dans cette première note, nous ne nous occuperons que des caractères histologiques des globules rouges dans les anémies.

Les globules rouges ont été étudiés au point de vue de leurs dimensions, de leur forme et de leur couleur :

I. *Dimensions.* — A. *Sang normal.* — Le sang normal contient constamment des globules de dimensions diverses. On peut distinguer, à ce point de vue, trois variétés de globules : les grands, les moyens, les petits. Les grands ont un diamètre moyen de $8^{\mu},5$; les plus grands atteignent $8^{\mu},8$ (en chiffre rond 9^{μ}). Les moyens ont $7^{\mu},5$ de diamètre; les petits $6^{\mu},5$; et les plus petits du sang normal 6^{μ}.

On compte, en général, sur 100 globules : 75 moyens, 12 grands et 12 petits, ce qui donne pour le diamètre moyen des globules du sang parfaitement normal, $7^{\mu},5$.

B. *Sang des anémiques.* — Il faut distinguer l'*anémie aiguë*, résultant de la perte subite d'une quantité importante de sang, des *anémies chroniques* qui durent depuis un certain temps, ou s'accentuent d'une manière progressive.

Dans l'anémie aiguë les dimensions des globules restent normales; il en est sensiblement de même du rapport entre les variétés de ces éléments.

Au contraire, dans les anémies chroniques ayant acquis une certaine intensité, les dimensions moyennes des globules sont toujours modifiées. Ces modifications sont le résultat : 1° de la présence dans le sang d'éléments dont le diamètre est anormal; 2° d'une altération plus ou moins appréciable dans la proportion des diverses variétés de globules.

1° Le sang des anémiques contient presque toujours un certain nombre de globules plus petits que les plus petits globules du sang normal. Le diamètre de ces petits éléments varie de $2^{\mu},2$ à 6^{μ}; les petits globules qui ne mesurent que $2^{\mu},2$ à $2^{\mu},5$ sont rares et toujours peu nombreux, tandis qu'il est fréquent d'en trouver un bon nom-

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(2) Notes présentées à l'Académie des sciences, dans les séances des 3 et 10 juillet 1876.

bre mesurant 3$^{\mu}$,3; 3$^{\mu}$,8; 4$^{\mu}$; 5$^{\mu}$. Les plus communs sont ceux qui mesurent de 4$^{\mu}$,5 à 6$^{\mu}$.

Dans les mêmes circonstances et presque aussi fréquemment, on trouve des globules plus volumineux que ceux du sang normal. Ces éléments qu'on pourrait appeler *globules géants*, ont des caractères tout particuliers. Ils mesurent en moyenne 10 à 12$^{\mu}$; mais j'en ai trouvé de plus larges encore, atteignant 14$^{\mu}$. Leur forme est régulièrement discoïde, comme celle des éléments normaux; mais ils sont moins nettement aplatis au centre et beaucoup moins épais que les globules sains. D'ailleurs les globules des anémiques, quel que soit leur diamètre, paraissent souvent moins nettement excavés et moins épais que les globules normaux.

2° Les rapports que nous avons signalés plus haut entre les globules grands, moyens et petits dans le sang normal, sont, dans le sang des anémiques, plus ou moins profondément modifiés. Presque toujours, en effet, on constate dans ce dernier sang une abondance insolite de globules moyens et petits, parmi lesquels il existe une proportion plus ou moins forte de plus petits globules que les plus petits du sang normal.

La proportion des globules géants étant toujours très-faible (de $\frac{1}{2}$ à 4 pour 100), ces modifications de diamètre produisent un résultat important, en quelque sorte fondamental, que nous formulerons ainsi :

Dans tous les cas d'anémie chronique d'une certaine intensité, la moyenne des dimensions globulaires est toujours inférieure à la normale. Elle peut tomber à 7$^{\mu}$; 6$^{\mu}$,8; 6$^{\mu}$,5 et même 6$^{\mu}$.

Cette diminution du diamètre moyen entraîne un amoindrissement correspondant de la masse formée par les globules, ce qui revient à dire que chez les anémiques, pour un même nombre de globules, le volume de la masse globulaire est sensiblement moindre. En ne tenant pas compte de l'amincissement des globules des anémiques, et en prenant comme épaisseur générale des globules qu'on supposerait non aplatis au centre le chiffre de 1$^{\mu}$,5, on peut calculer approximativement la diminution de la masse globulaire chez les anémiques.

Le globule normal, ayant en moyenne 7$^{\mu}$,5, représente une masse d'environ 66$_{\mu}$c. — Le globule de 7$^{\mu}$ a pour volume environ 57$^{\mu}$c. — Celui de 6$^{\mu}$,5 a pour volume environ 49$^{\mu}$c. — Celui de 5$^{\mu}$ a pour volume environ 42$^{\mu}$c.

En conséquence, dans l'anémie, lorsque le diamètre moyen des éléments tombe à 7$^{\mu}$, 100 globules correspondent en volume à environ 80 globules sains, lorsqu'il descend à 6$^{\mu}$,5, 100 globules ne valent plus que 75 globules normaux; enfin, lorsque ce diamètre n'est plus que de 6$^{\mu}$ (ce qui est rare), 100 globules ne représentent plus que 65 globules sains.

II. *Forme.* — En général les globules altérés des anémiques éprouvent des déformations plus ou moins notables qui semblent indiquer un défaut de consistance. Les déformations portent particulièrement sur les globules moyens et petits. Lorsqu'ils sont peu accentués, les globules, au lieu d'être parfaitement circulaires, prennent une forme ovalaire allongée. Quand elles sont très-prononcées, elles donnent aux hématies des apparences très-variables qui sont comparables aux formes d'un bâtonnet, d'une raquette, d'un corps ovalaire étiré en pointe à l'une de ses extrémités ou aux deux, etc.

III. *Couleur.* — Outre les modifications précédentes, les globules rouges des anémiques présentent souvent un affaiblissement plus ou moins marqué de leur teinte propre.

Cette diminution de coloration porte rarement sur tous les globules; elle atteint de préférence ceux qui sont déformés ou dont les dimensions sont anormales. Elle est constante et très-marquée dans les globules géants, de sorte que ces éléments sont à la fois volumineux, amincis et d'une très-faible teinte. Ils ont de plus un aspect finement granuleux indiquant une altération profonde. La proportion des globules pâles est très-variable suivant les échantillons du sang. Tantôt, on note cette altération dans quelques globules seulement, soit dans 10 à 20 pour 100; dans d'autres cas la décoloration est appréciable dans la plupart des globules et ceux qui ont une teinte normale sont rares. Enfin on observe communément, dans les anémies anciennes et profondes, une diminution plus ou moins notable de la couleur des globules dans tous ces éléments sans exception.

Bien que ces observations aient eu pour objet des cas d'anémie d'origines très-diverses (chlorose, pertes de sang répétées, cachexie paludéenne, anémie saturnine, cachexie cardiaque, cachexie cancéreuse, tuberculose, etc.), nous n'avons trouvé aucune altération globulaire, spéciale à telle ou telle variété d'anémie. Les recherches précédentes, établissent donc, en résumé, que dans toutes les anémies chroniques, quelle qu'en soit l'origine, les globules rouges sont altérés dans leur volume, leur couleur et leur consistance; que, pour un nombre donné de ces éléments, la masse globulaire est non-seulement moins considérable que celle d'un nombre correspondant de globules normaux, mais encore que cette masse amoindrie contient moins de matière colorante qu'une masse équivalente de globules sains.

Ainsi nous disions tout à l'heure que, relativement au volume, 100 globules d'un sang anémique ne valaient souvent que 75 globules normaux; il faut ajouter qu'au point de vue de leur richesse en matière colorante, ils ne correspondent qu'à 50 ou même à 25 globules sains.

Ce dernier fait sera mis plus nettement en évidence dans nos communications ultérieures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 septembre 1876. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1875, dans les départements d'Eure-et-Loir, des Pyrénées-Orientales et dans les arrondissements de Mirecourt, Neufchâteau et Saint-Dié (Vosges), et de Dinan, Guingamp, Loudéac et Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord).

2° Un rapport négatif pour le département du Lot (commission des épidémies).

3° Une demande en autorisation d'exploiter pour l'usage médical des sources thermales et minérales connues sous la dénomination de Hammam-bou-Hadjar (département d'Oran), une source d'eau minérale située dans la commune de Jurançon (Basses-Pyrénées), et six sources minérales dans les communes de Beaumont, Rocles et Sanilhac (Ardèche).

4° Des rapports sur les eaux minérales de Préchacq et de Gamarde (Landes), de la Motte-les-Bains (Isère) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. le docteur Camus, lauréat de l'Académie.

2° Un mémoire de M. le docteur Fleury sur les mort-nés et la mortalité du premier âge à Roanne (Loire).

3° Un mémoire de M. le docteur Lagnier, intitulé : *De l'élevage des enfants en bas-âge à la Grand'Combe, des causes de leur mortalité et des moyens de la restreindre.*

PRÉSENTATIONS

M. Gosselin dépose sur le bureau, au nom et de la part de M. le docteur Gallard, une brochure ayant pour titre : *Traitement de la métrite interne.*

La parole est à M. Woillez sur la question du spirophore.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE SPIROPHORE DE M. WOILLEZ.

M. Woillez répond aux diverses objections qui lui ont été faites à propos du spirophore par M. M. Colin, Le Roy de Méricourt, Devergie, et, en dernier lieu, par M. Piorry.

Au point où la discussion est arrivée, dit M. Woillez, la question se réduit à ces deux termes :

1° Le spirophore, de l'aveu unanime, est basé sur une condition physiologique excellente, en ce qu'il reproduit exactement les mouvements respiratoires normaux, comme le démontrent les expériences sur le cadavre.

2° Son application sur le vivant serait entourée de difficultés, et ne pourrait avoir, suivant quelques contradicteurs, qu'une efficacité douteuse.

L'accord paraissant exister sur le principe physiologique, M. Woillez ne reviendra pas sur ce point. Mais il lui semble étrange que l'on dénie d'avance l'utilité pratique d'un principe qui n'est pas seulement théorique, mais qui a eu ses applications favorables au point de vue expérimental. Les expériences ayant réussi sur le corps de l'homme mort, on peut affirmer que les mêmes effets seront obtenus sur les mêmes corps humains en état de mort apparente.

Cette application à l'homme vivant n'a pas encore été faite, et jusqu'à ce qu'elle l'ait été, on est en droit de dire que l'on ne saurait se prononcer définitivement sur l'utilité pratique du spirophore. Mais ce n'est pas une raison pour affirmer d'avance que l'appareil n'est pas applicable sur le vivant et doit être rejeté comme inutile, ainsi que l'a dit M. Piorry.

M. Woillez, reprenant une à une les différentes objections et difficultés qui lui ont été opposées, s'attache, dans le cours de cette allocution, à montrer qu'elles ne sont pas aussi sérieuses que le pensent ses collègues.

Il appelle particulièrement l'attention de l'Académie sur cette condition d'importance majeure de l'emploi du spirophore, dont on ne lui a pas paru suffisamment tenir compte. C'est la rapidité avec laquelle il agit pour faire pénétrer l'air dans les poumons; 18 à 20 litres d'air pur par minute, 180 à 200 litres d'air en dix minutes, pénètrent et se succèdent dans la profondeur des poumons. Ce résultat expérimental, incontestable, démontre qu'en peu de minutes, le noyé doit être rendu à la vie s'il n'est pas réellement mort; tandis que par toutes les autres méthodes on n'obtient souvent cet heureux résultat qu'après une heure et plus de tentatives. Aussi, aux objections que ses critiques ont faites au spirophore de ne pas agir assez vite, M. Woillez oppose cet argument : que la perte légère de temps due à la mise en train de l'appareil est amplement compensée par la rapidité de son action.

En résumé, dit-il en terminant, après la période expérimentale de l'emploi du spirophore, qui a parfaitement réussi, nous en sommes arrivé à la période d'expérimentation pratique, pour laquelle cet appareil ne me paraît pas avoir les désavantages qu'on lui reproche. Il faut en attendre les résultats. S'ils répondent aux succès physiologiques déjà obtenus, ce qui me paraît très-probable, il est clair que, même malgré ses imperfections actuelles et temporaires, le spirophore s'imposera de lui-même partout où le danger de la submersion se présente à poste fixe.

M. PIORRY demande la parole sur le même sujet pour la séance prochaine.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un trésorier, en remplacement de M. Gobley.

M. Poggiale, ayant réuni l'unanimité des suffrages, est proclamé élu.

M. Poggiale remercie ses collègues et prend l'engagement de faire tous ses efforts pour se rendre digne de la confiance dont ils viennent de l'honorer.

LECTURES

M. DIEULAFOY lit une note intitulée : *Du rôle de l'hérédité dans la production de l'hémorrhagie cérébrale.* (Voir plus haut.)

M. JOLLY, par l'organe de M. AM. LATOUR donne lecture d'un travail sur l'*homme*, extrait d'un livre sur l'*hygiène morale* qui va être incessamment publié.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Par décret en date du 27 août 1876, M. le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, est nommé membre de la commission supérieure des expositions internationales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus, par le docteur F.-L. PICHOT. — In-8° de 150 pages. Paris, 1876. — Prix : 3 francs. — Henri Rey.

De la péritonite iodopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus à travers l'ombilic, par le docteur GAUDEROU. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude du lymphadénome, par le docteur DARASSE. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1876, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les tumeurs fibreuses péripelviennes, par le docteur SALESSES. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Tableaux d'histoire naturelle (première partie). — **Zoologie médicale avec atlas et zoologie appliquée (I. Helminthes).** — **Memento des examens du doctorat**, par E. SAUNIER. — Petit in-12 de 60 pages. Prix : 75 centimes. — Paris, 1876, A. Coccoz.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 111. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1876. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rhumatisme et Grossesse.

Le rhumatisme qui se mêle ou se combine avec tant d'états morbides divers, qui siége un peu partout, et se manifeste sous les formes les plus protéiques, est un sujet inépuisable d'études. Il n'est presque pas un état diathésique, morbide ou physiologique, en prenant le mot dans son acception la plus large, dans lequel il ne puisse intervenir pour une part plus ou moins importante. L'espèce d'état diathésique constitué par la grossesse, comme le traumatisme puerpéral, comme le traumatisme général, ne pouvait se soustraire à son action. Il n'a certainement pas échappé à l'attention des accoucheurs que le rhumatisme intervient souvent, sous des formes diverses, dans la période de la gestation. Mais quelle est l'influence qu'il en reçoit dans sa manière d'être, dans sa marche et sa durée, comme dans ses caractères spéciaux. C'est là un sujet intéressant d'études. Mais hâtons-nous de dire qu'il n'est pas resté inexploré jusqu'à présent. C'est un des points, — et ce n'est pas le moins important, — de la vaste question que Lorain avait embrassée dans ses recherches cliniques sur les manifestations diverses de ce qu'il a désigné sous l'expression générale de rhumatisme génital. Déjà sous la suggestion des idées ingénieuses émises sur ce sujet par ce regretté professeur, plusieurs thèses et plusieurs travaux intéressants ont été publiés, soit sur les arthrites qui surviennent après la grossesse, soit sur les manifestations rhumatismales de la puerpéralité. Un ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Jules Tison, vient de reprendre, au point de vue de la grossesse seulement, cette intéressante étude.

Le fait que l'état de grossesse peut prédisposer au rhumatisme ne paraît pas douteux. Dans les observations de grossesses compliquées de rhumatismes que M. Tison a pu réunir dans son travail, s'il en est quelques-unes dans lesquelles il est facile de rattacher l'explosion du rhumatisme à ses causes communes, dans le plus grand nombre cette filiation échappe, et on est bien obligé de s'arrêter à l'idée d'une relation probable entre le développement de cette affection et la grossesse coïncidante. Mais est-ce au fait même de la grossesse, ou bien à l'une des affections dont les organes génitaux sont si fréquemment le siége pendant l'état de gravidité, qu'il faut rapporter cette dépendance? Lorain était d'avis que ce n'était pas la grossesse par elle-même, mais les écoulements leucorrhéiques plus ou moins abondants qu'elle occasionne qui constituaient la condition prédisposante au rhumatisme, assimilant ainsi ce genre d'influence à celui qu'exerce la blennorrhagie sur le rhumatisme. M. Tison se range à cet égard à l'opinion de son ancien maître, qu'il appuie sur diverses observations recueillies par ses prédécesseurs dans cet ordre de recherches, MM. Vaille, Vachée, Thierry, etc., sans toutefois méconnaître la part qui peut revenir, dans une certaine limite, à ce que nous avons appelé la diathèse gravidique, c'est-à-dire au changement profond que la fécondation amène dans l'état général et dans la santé de la femme.

M. Tison, à l'aide d'observations dont quelques-unes sont nouvelles et d'autres consignées déjà depuis plus ou moins de temps dans la science, a pu constituer la symptomatologie propre du rhumatisme gravidique, assez peu caractéristique par elle-même, il faut le dire. Mais ce qui le caractérise mieux, c'est la marche et surtout la longue durée de l'affection. Sur 23 cas rapportés dans son travail, la durée a été :

5 fois de 1 mois à 1 mois 1/2.
4 fois de 2 mois à 3 mois.
4 fois de 4 mois à 5 mois.
4 fois de 5 mois à 6 mois.

Il a vu des femmes rhumatisantes prises d'une nouvelle attaque dans le cours d'une grossesse, et il était facile alors, en comparant l'attaque actuelle aux attaques antérieures, d'apprécier les modifications apportées par la gestation. Voici l'un de ces cas, très-remarquable à ce point de vue, dont il a pu recueillir l'observation récemment dans le service de clinique de M. le professeur Hardy à l'hôpital Necker.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, entrée le 21 mai dernier à l'hôpital. Elle avait eu dès sa jeunesse des palpitations de cœur, qu'elle a toujours conservées depuis. En 1869, elle a eu un rhumatisme articulaire aigu, qui a duré une quinzaine de jours. Devenue enceinte au commencement d'avril 1875, elle a été reprise, dès le deuxième mois de sa grossesse, de douleurs articulaires aux pieds et aux genoux, avec sueurs continues et abondantes et soif inextinguible.

La maladie dura deux mois avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Quand les douleurs cessaient dans les

membres inférieurs, c'était pour se porter peu après sur les membres supérieurs. Pendant les deux mois suivants, elle peut se lever, mais il lui était impossible de se livrer à ses occupations habituelles. Ce ne fut seulement que deux mois avant d'accoucher qu'elle se sentit bien rétablie. Elle eut de bonnes couches, et elle nourrissait son enfant depuis quatre mois quand elle fut prise, le samedi 20 mai, de nouvelles douleurs à la plante des pieds, puis dans les genoux et ensuite dans les coudes et dans les doigts. On lui avait prescrit le sulfate de quinine et l'enveloppement des articulations douloureuses par une étoffe vulcanisée et imperméable.

Quatre jours après, les douleurs articulaires étaient à peu près disparues, mais la fièvre persistait néanmoins. L'auscultation révéla un bruit de souffle systolique sans augmentation de matité à la région précordiale. M. Hardy ayant reconnu à ces signes une endocardite, remplaça le sulfate de quinine par la digitale et ordonna un vésicatoire sur la région précordiale.

On voit dans ce fait trois attaques successives de rhumatisme articulaire aigu, la première avant, la deuxième pendant et la troisième après la grossesse. Or, tandis que la première n'a duré que quinze jours et la troisième quelques semaines, la deuxième, c'est-à-dire celle qui a eu lieu pendant la gestation, a duré cinq mois.

Au point de vue de la terminaison, l'influence de la grossesse ne s'est pas montrée moins manifeste. La maladie s'est terminée fréquemment, dans ce cas, par l'ankylose. Sur les 23 observations précitées, il y a eu ankylose compté 11 fois, dont 3 avec déformation nerveuse; 4 fois il est resté de la roideur et du gonflement; 3 fois les malades sont sorties sans être guéries, et 5 fois il y a eu guérison complète.

D'après ce qui vient d'être dit, on voit que le pronostic ne manque pas d'une certaine gravité, la guérison n'ayant eu lieu que dans le quart des cas environ, et l'ankylose dans près de la moitié. Dans le cas de guérison, la durée du rhumatisme a été, comme on a pu le voir, généralement longue, de 3 à 4 et jusqu'à cinq mois.

Enfin, au point de vue du traitement, une indication en quelque sorte spéciale ressort de l'analyse de ces faits, c'est la nécessité de se mettre toujours en garde contre la possibilité de l'ankylose, de recourir de bonne heure à l'usage des gouttières et même des appareils inamovibles, d'y maintenir les membres dans une bonne position, aux vésicatoires et aux badigeonnages avec la teinture d'iode pour combattre la tendance au gonflement et à l'empâtement articulaire; de surveiller et de traiter au besoin par les astringents les écoulements soit uréthraux, soit vaginaux; enfin de recourir aux médications toniques et reconstituantes pour maintenir l'état des forces générales et de la nutrition dans leur intégrité.

Métrite chronique avec rétroversion et adhérences. — Effets d'une injection astringente ayant fait croire un instant à l'existence d'une dysménorrhée membraneuse.

Nous avons vu dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, dirigé en ce moment par M. Le Dentu, un fait d'une importance minime, peut-être, par lui-même, mais qui ne nous en a pas moins paru digne d'être mentionné ici, à cause des conséquences pratiques qu'on peut en tirer.

Une jeune femme, couchée au n° 7 de la salle Saint-Charles, éprouvait déjà depuis plusieurs années des douleurs abdominales habituelles, qui s'accroissaient sous l'influence des fatigues auxquelles l'astreignait son service de domestique. Ces douleurs se faisaient surtout sentir tous les mois, à l'époque des règles, sans être accompagnées d'ailleurs d'aucune perte. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constata l'existence, dans le petit bassin, d'une tumeur assez volumineuse, que l'on reconnaît être constituée par l'utérus hypertrophié et en état de rétroversion, le fond dirigé vers le rectum et le col contre la vessie; il était maintenu immobile dans cette situation par les adhérences qui s'étaient formées consécutivement à l'inflammation dont il avait été le siége. Cette situation rendait l'exploration de l'état du col très-difficile, cette portion de l'organe ne pouvant être embrassée par le spéculum.

Un jour en l'examinant pendant une de ces périodes douloureuses, M. Le Dentu fut surpris d'une particularité. Le cul-de-sac du vagin était en partie rempli par une matière membraniforme qu'il ramena au dehors. Sa première pensée fut de se demander s'il ne se trouvait pas en présence d'un de ces cas de dysménorrhée membraneuse, qui ont été si bien étudiés et si bien décrits dans ces derniers temps, qui consistent, comme on le sait, dans l'exfoliation et l'expulsion périodique de la membrane muqueuse utérine, à chaque époque menstruelle. Mais l'examen de cette production n'a pas confirmé cette idée. On n'y a retrouvé au microscope pas plus qu'à l'œil nu aucun des caractères histologiques propres à la membrane muqueuse. C'était une sorte de pseudo-membrane blanchâtre, fibrineuse. En interrogeant la malade on n'a pas tardé à avoir l'explication de la présence de cette fausse membrane dans le cul-de-sac vaginal. Elle a appris, en effet, qu'avant son entrée à l'hôpital, elle s'était fait des injections avec une solution d'alun, probablement très-concentrée. Elle avait déterminé ainsi une vaginite avec desquamation de la muqueuse.

C'est, pour le dire en passant, un exemple de l'inconvénient qui peut résulter de la trop grande facilité avec laquelle les malades se pratiquent souvent d'elles-mêmes ou d'après un avis banal des injections astringentes, dont ni la quantité ni les doses ne sont suffisamment indiquées.

Quant à la métrite chronique avec rétroversion dont cette malade est atteinte, elle va être soumise à un traitement, dont le repos sera sans doute un des principaux éléments.

Cas d'irido-choroïdite séreuse. — Iridectomie.

Pendant que nous sommes dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, nous n'en sortirons pas sans mentionner le résultat d'une opération d'iridectomie que nous avons vu pratiquer par M. Richet, durant son exercice du semestre d'été, sur un malade atteint d'irido-choroïdite séreuse.

Un homme âgé de quarante-sept ans, sujet aux maladies des yeux depuis son enfance, éprouvait tous les ans à la même époque c'est-à-dire dans le courant du mois de mars ou d'avril, une série de conjonctivites d'abord palpébrales, puis bulbaires, qui avaient fini par entraîner une kératite et enfin les désordres qui l'avaient déterminé à entrer à l'hôpital. — C'est un fait à inscrire en passant comme appartenant à l'histoire des maladies et des constitutions médicales saisonnières, qu'il est très-fréquent de voir tous les ans en mai et avril, sous l'influence des vents plus ou moins violents et des changements brusques de température qui sont propres à cette époque de l'année, survenir des accidents analogues à ceux qu'éprouvait cet homme, notamment des conjonctivites oculo-palpébrales catarrhales. — Depuis quelques temps ces troubles oculaires périodiques étaient devenus plus fréquents et plus persistants, apparaissant et disparaissant à des intervalles plus rapprochés. Enfin en dernier lieu l'œil gauche, s'étant enflammé de nouveau, était devenu volumineux, au point de déborder les pau-

pières et fortement vascularisé. La cornée de forme conique était saillante? Il y avait de la photophobie avec du larmoiement. En examinant le globe occulaire, on trouvait sur la partie inférieure gauche de la cornée une ulcération superficielle. Le reste de la cornée était blanchâtre, louche; la sclérotique présentait une teinte bleuâtre avec de légères bosselures (staphylome antérieur).

A travers la cornée on voyait le liquide de la chambre antérieure un peu trouble (aquo-capsulite). La pupille était resserrée, irrégulière. Il existait enfin des adhérences de l'iris à la face antérieure du cristallin, qui, lui-même, présentait un certain degré d'opacité à sa partie inférieure et à sa circonférence. La papille était très-difficile à voir; elle n'apparaissait qu'à travers un nuage.

Dès le jour même de son entrée à l'hôpital, M. Richet prescrivit une application de sangsues, le calomel à doses réfractées et des onctions avec l'atropine. Sous l'influence de cette médication antiphlogistique, l'inflammation de la conjonctive et de la cornée ayant cédé en partie, il devint plus facile de se livrer à une exploration ophthalmologique, qui fit voir la papille sans exsudation, ni excavation.

Convaincu dès lors qu'il n'avait pas affaire à un glaucome, ainsi qu'on aurait pu le présumer dès l'abord, mais bien à une irido-choroïdite séreuse avec épanchement considérable de sérosité dans la chambre antérieure, M. Richet, dans le double but de diminuer la tension oculaire et de prévenir le retour de l'inflammation, se détermina à pratiquer l'opération de l'iridectomie. Au lieu de la faire à la partie externe, comme il le fait habituellement, il l'a faite à la partie inférieure, point où il existait déjà une opacité. C'est cette opération que nous avions vu pratiquer, mais dont il ne nous avait pas été possible de suivre et de connaître les résultats. Une note insérée récemment dans le *Recueil d'ophthalmologie* (fascicule de juillet) par M. P. Redard, interne du service, et à laquelle nous avons emprunté quelques-uns des détails qui précèdent, nous apprend que, depuis cette opération, l'affection oculaire s'est modifiée considérablement; que les accidents inflammatoires ont disparu; et que le malade, revu depuis à plusieurs reprises, est complétement satisfait de son état.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

On peut citer l'expérience suivante tirée d'un travail publié par le docteur J. Duncan et le docteur Fraser sur *l'Électrolyse dans les anévrysmes* :

« L'artère fémorale gauche d'un gros chien fut exposée et divisée, et, dans chaque bout, on introduisit une canule en rapport avec le tube en caoutchouc d'un récipient de verre simulant un anévrysme. L'entrée du sang fut aisément réglée à l'aide de pinces (clips) attachées au tube, et on obtint une température un peu supérieure à 80° Fahr. en plaçant le globe de verre dans un bain d'eau chaude. En relâchant les pinces, le sang pénétra librement dans l'anévrysme artificiel, et, dès que l'air qu'il contenait eût été chassé, le courant galvanique fut fermé. Des bulles de gaz s'élevèrent bientôt à la partie supérieure de l'anévrysme et entourèrent les électrodes qui y étaient placés. A travers la paroi de verre, nous pouvions commodément observer des masses d'écume augmenter peu à peu et s'accumuler autour de chaque pôle, d'où un petit amas de bulles se détachait de temps à autre et était entraîné d'abord en traînées irrégulières qui indiquaient la marche du sang dans l'anévrysme, puis tout à coup s'engageait dans l'orifice qui communiquait avec le bout périphérique du vaisseau divisé. Nous avions déjà constaté que dans cet appareil le sang pouvait se coaguler spontanément au bout de quelques minutes. Après huit minutes, on pouvait encore percevoir les pulsations dans le tube de sortie, quand le courant galvanique était ouvert; et l'entrée du sang était suspendue en fermant le tube de caoutchouc. Les électrodes furent retirés, et, en dévissant les hémisphères, on trouva un peu de sang liquide et un gros caillot ayant à peu près la configuration de l'anévrysme de verre. A la surface on voyait deux trous ronds à la place où étaient les électrodes. Immédiatement autour du pôle positif il y avait un anneau noir, et au-delà de cet anneau un caillot solide emprisonna des bulles de gaz. La place qu'avait occupé le pôle négatif était entourée d'écume mélangée à du sang caillé. Ces deux caillots différaient complétement du sang normalement coagulé et tous deux avaient une consistance et une ténacité plus grandes. On fit une section dans ce caillot plein de bulles aux points où les électrodes l'avaient pénétré, et l'on put voir que les caillots électrolytiques s'étendaient à un pouce dans la masse et avaient une forme conique. Le caillot du pôle négatif avait un diamètre de 0,75 de pouce à sa base et avec une réaction nettement alcaline; le caillot positif avait 0,5 de pouce à sa base et il était fortement acide. On voyait également sur cette section quelques lignes noires, qui étaient apparemment en rapport avec le pôle positif d'où elles partaient en décrivant un trajet onduleux et capricieux pour se perdre dans la masse générale du sang. L'examen microscopique du sang révéla plusieurs de ces curieuses modifications marginales des globules, que Rollet et Neumann ont décrites avec détail. »

L'expérience a également démontré que cette action électrique, cette coagulation de la masse du sang, dans laquelle il n'y a pas séparation de la fibrine d'avec les autres constituants, peut amener la guérison totale et définitive d'un anévrysme. Preuve nouvelle, si une preuve nouvelle était nécessaire, que le procédé de coagulation lente par laquelle se produit ce que Broca appelait un caillot *actif*; c'est-à-dire la fibrine séparée des autres constituants du sang et déposée par couches, n'est pas le seul mécanisme, quoiqu'il puisse être le plus inoffensif, de la guérison d'un anévrysme. Pour preuve que les caillots produits par l'électricité peuvent amener aussi efficacement la guérison d'un anévrysme que ceux qui sont produits par d'autres moyens, je vais lire l'extrait de Bland de l'observation d'Abeille; il s'agit de la guérison d'un anévrysme de la sous-clavière; sur lequel j'aurai à revenir. Quand je parlerai du traitement de ces anévrysmes.

« Cas 60. — Volume d'un œuf de poule. Sous l'influence de l'éthérisation, on enfonça dans la tumeur quatre aiguilles d'acier à une profondeur de trois quarts de pouce, et la pile fut mise en action pendant cinq minutes seulement à la fois. Pendant une minute environ la malade resta insensible, mais elle se mit alors à crier et présenta des mouvements convulsifs dans toutes les parties du corps. Le bras du côté malade fut surtout le siége de convulsions nombreuses et violentes. La tumeur commença bientôt à diminuer et devint plus tendue et plus résistante; les pulsations disparurent graduellement et le pouls radial reparut (disparut?). Cet état dura trente-sept minu-

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 septembre.

tes, la malade était couverte d'une sueur profuse; jamais opération ne causa pareille torture. Quand la tumeur fut durcie et privée de toutes pulsations, les aiguilles furent retirées et on fit des applications froides; on fit une compression représentant un kilogramme sur l'artère au-dessus de la tumeur et maintenue pendant dix heures. Le jour suivant, il y avait une légère vibration dans la tumeur; le pouls radial avait complétement disparu; tout le bras, l'avant-bras et la main étaient froids et engorgés, ils étaient aussi le siége de douleurs et d'élancements. Saignée le quatrième et le cinquième jour; mouvements des doigts perdus. Le troisième et le quatrième jour le pouls radial reparut, mais très-faiblement, et la malade avait une céphalalgie intense pour laquelle on lui fit une saignée répétée le lendemain. Les eschares situées aux points des piqûres se détachèrent avec une suppuration insignifiante. A partir du quatrième jour la tumeur diminua de volume, et le douzième elle avait diminué de moitié.

Le trente-septième jour, la tumeur ne faisait plus saillie, et elle avait complétement disparu au bout de trois mois. La malade fut revue deux ans après; la tumeur n'avait pas reparu et le pouls était un peu plus faible que du côté opposé. »

D'un autre côté, il faut reconnaître qu'aujourd'hui on est très-incertain sur la valeur de la méthode, et qu'il y a de grandes différences dans les effets immédiats d'une opération donnée; que ceux qui sont les plus ardents défenseurs de l'emploi de l'électricité et de ses effets sur le corps humain sont loin de s'entendre sur d'importantes questions, telles que : Quel pôle faut-il employer? Quel est le meilleur appareil? La coagulation doit-elle être produite rapidement ou lentement? L'action doit-elle être continuée longtemps ou non, fréquemment répétée ou unique? Les aiguilles métalliques doivent-elles ou ne doivent-elles pas être recouvertes d'une substance isolante pour préserver les parties superficielles de l'action de l'électricité? Mais ces questions s'éclairciront à mesure que nous aurons une plus grande expérience de la méthode. Si je m'en rapporte à mes connaissances pratiques limitées sur ce sujet, j'inclinerais à croire que l'action des deux pôles est préférable et que le pôle positif ne doit pas être employé trop longtemps surtout quand la batterie est puissante; qu'il faut employer une action modérée et qu'elle doit être continuée longtemps (avec l'anesthésie) jusqu'à ce qu'on ait obtenu, un effet physique nettement accusé; enfin que les parties molles qui recouvrent la tumeur doivent être protégées en recouvrant la tige de l'aiguille avec la vulcanite.

Nous devons reconnaître de plus, en cherchant à nous rendre compte de la valeur de l'électricité, que les caillots auxquels elle donne naissance sont souvent peu stables et sont exposés à se redissoudre dans le courant sanguin. Il semble du moins que c'est un phénomène fréquent dans cette méthode de traitement de voir les pulsations d'un anévrysme cesser quelque temps pour reparaître peu après. C'est ainsi qu'il y a peu de temps, avec l'aide de M. Althaus, j'ai appliqué le courant galvanique à un malade du docteur Ballard atteint d'anévrysme de la crosse de l'aorte. Après plusieurs applications infructueuses du pôle négatif, nous introduisîmes les deux pôles dans le sang du sac et maintînmes un courant faible pendant un temps considérable. Cela eut pour effet de diminuer beaucoup les pulsations et de produire une consolidation très-avancée. Cet effet était fort apparent dans les parties les plus superficielles de la tumeur et surtout en un point où la partie la plus proéminente du sac s'était approchée de la peau au point de donner naissance à ces suggillations de sang séreux, avant-coureurs de la rupture du sac. Le malade éprouva un grand soulagement, et ce qui est fort remarquable, c'est que, quand il fut revenu à lui (il avait été chloroformé), il fut étonné de trouver que la tumeur avait cessé de battre. Comme il avait été incommodé, nuit et jour pendant un an au moins, par les battements de la tumeur volumineuse qu'il avait dans la poitrine, il semble impossible qu'il se soit mépris; et sa femme, qui aussi bien que lui est une personne intelligente, confirma son assertion qu'il n'y avait plus de pulsations dans la tumeur. Après deux heures de tranquillité, un accès de toux sembla avoir ramené les pulsations, mais elles cessèrent au bout d'une heure pour revenir encore, et, quand nous le revîmes le lendemain, elles étaient seulement un peu plus faibles qu'avant l'opération.

De même, dans un cas d'anévrysme de la sous-clavière traité par le docteur Clifford Allbutt, sur lequel j'aurai à revenir plus tard, les pulsations disparurent complétement, pour un jour ou deux, et revinrent ensuite lentement.

On pourrait citer beaucoup d'exemples du même fait, pendant que, d'autre part, il y a eu des cas dans lesquels les caillots produits par l'électricité semblent avoir eu la même stabilité que ceux qui sont formés naturellement. Cela me semble n'être pas tant une objection contre la méthode elle-même, que la preuve que nous ne connaissons pas encore ses détails. Les incertitudes que je viens de signaler me semblent cependant être une raison suffisante pour repousser l'électro-puncture, du moins dans l'état actuel de nos connaissances, dans les cas d'anévrysmes externes situés sur des artères accessibles, où les procédés ordinaires de compression et de ligature offrent des moyens de guérison plus sûrs et plus inoffensifs.

Mais quiconque a lu la partie de la littérature médicale afférente à notre sujet, même quand il n'aurait aucune expérience personnelle de la méthode, doit avoir acquis la conviction que par des manipulations convenables, on peut déterminer la formation de caillots, dans la partie du sac sur laquelle on agit, sans réaction inflammatoire grave, ou sans risque sérieux d'hémorrhagie, d'embolie ou de gangrène capable d'ouvrir la tumeur.

DES CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SANG

DANS LES ANÉMIES (1)

Par M. le docteur G. Hayem.

II

L'examen anatomique du sang doit, pour être complet, comprendre : 1° l'étude histologique des éléments; 2° la détermination de la couleur ou du pouvoir colorant du sang; 3° la numération des éléments dans un volume connu.

Après avoir décrit les caractères histologiques des globules rouges dans les anémies, nous résumerons les résultats de nos recherches sur le pouvoir colorant du sang.

Dans les études anatomiques entreprises sur les anémies, on s'est préoccupé surtout, jusqu'à présent, de la numération des éléments du sang, et l'on croit généralement que cette opération permet d'apprécier très-exactement le degré de l'anémie. Cependant, d'après les faits rapportés plus haut; il est évident que, du moment où les globules rouges sont altérés, tout procédé tenant uniquement compte de leur nombre est imparfait. Nous montrerons même que la numération fournit souvent des résultats qui sont en contradiction formelle avec l'état réel des malades. Il est donc nécessaire de chercher à évaluer par un autre moyen la proportion de substance globulaire active contenue dans le sang, c'est-à-dire la proportion d'hémoglobine.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 septembre.

L'hémoglobine étant la seule matière colorante du sang (car on peut négliger la faible matière colorante du plasma), il suffit, pour atteindre le but que nous indiquons, de déterminer exactement la couleur de ce liquide ou mieux son *pouvoir colorant.*

On entend par pouvoir colorant du sang, l'intensité de coloration que peut produire, dans une certaine quantité de liquide, un volume de sang déterminé.

C'est John Duncan qui, le premier, croyons-nous, eut l'idée, en 1867, d'étudier le pouvoir colorant des globules à l'aide de solutions de sang salées. Les recherches fort intéressantes de cet auteur, faites sur la chlorose, le conduisirent à penser que, dans cette maladie, les globules éprouvent individuellement des altérations, et que chacun d'eux contient moins d'hémoglobine qu'à l'état normal. Duncan fit de cette lésion des globules rouges, un caractère propre à la chlorose.

Nous avons repris cette étude, en nous servant de nouveaux procédés et en étendant ce genre de recherches à toutes les anémies.

Afin de rendre la détermination du pouvoir colorant du sang facile et expéditive, nous utilisons le mélange sanguin préparé pour la numération des globules. Après avoir pris la goutte nécessaire pour faire cette numération, on verse le mélange sanguin dans une cellule de verre, formée par un anneau de verre blanc collé sur une lame également de verre blanc. En appliquant cette sorte de cuvette sur une feuille de papier écolier ordinaire, la couche de sang dilué qu'elle contient présente une teinte particulière, qui varie nécessairement suivant la richesse du sang en hémoglobine.

Comme, d'autre part, on a fabriqué à l'aquarelle un certain nombre de rondelles coloriées du même diamètre que la cellule du verre et représentant une échelle de teintes aussi analogues que possible à celles des divers mélanges sanguins, il ne reste plus qu'à déterminer, par comparaison, à quelle teinte correspond la couleur du mélange contenu dans la petite cuvette.

Au premier abord, ce procédé ne paraît pas être très-rigoureux, et, à la vérité, il est loin d'être sans défaut; mais il a l'avantage de n'exiger qu'une goutte de sang et par conséquent de pouvoir être mis en pratique, sans aucun inconvénient, chez tous les malades. De plus, l'expérience m'a démontré qu'il est d'une précision parfaitement suffisante, ce qui tient surtout à la netteté des différentes colorations qu'il s'agit d'apprécier.

Nous ajouterons que nous avons essayé en vain de nous servir de l'instrument d'optique appelé *colorimètre* et qu'on utilise particulièrement dans l'industrie des sucres. Ce colorimètre nécessiterait l'emploi d'une certaine quantité de sang, qu'il faudrait se procurer par la saignée. Il ne serait donc pas applicable aux recherches cliniques, et cet inconvénient ne serait probablement pas compensé par une exactitude plus grande.

Après avoir obtenu une échelle de teintes, il restait à déterminer la valeur de chaque teinte. Nous avons choisi comme point de départ, comme étalon en quelque sorte, la plus forte coloration que puisse donner chez l'adulte le sang du bout du doigt; c'est la teinte que présente habituellement le sang veineux. Nous avons eu ainsi le nº 1 de notre échelle, c'est-à-dire celui qui correspond à la proportion d'hémoglobine la plus forte du sang normal.

Nous appelons R la quantité d'hémoglobine et nous posons $R=1$ pour représenter le maximum de matière colorante contenue dans le sang normal. Ce maximum correspond à 6 millions de globules sains par millimètre cube.

En faisant varier nos dilutions de sang normal dans des proportions convenables, nous avons pu estimer la valeur de chacune de nos teintes par rapport à 1. De plus, en faisant, comme contre-épreuve, la numération des globules dans chaque dilution, nous avons pu inscrire, à coup sûr, à côté de la valeur de chaque teinte par rapport à 1, le nombre correspondant de globules normaux.

L'examen du sang, fait d'après ces principes et par ce procédé, chez plusieurs individus sains et un grand nombre de malades, nous a permis d'arriver aux principales conclusions suivantes :

La quantité d'hémoglobine contenue dans le sang varie, à l'état pathologique, dans des proportions considérables soient, comme nous l'avons posé plus haut, R la quantité d'hémoglobine et 1 la valeur de R dans le sang le plus riche. La quantité d'hémoglobine, soit R, peut osciller de 1 à 1/1,5 c'est-à-dire 0,66, sans qu'il y ait anémie.

A l'état normal, on trouve le plus souvent $R = 0,85$ ou 0,90.

L'anémie commence lorsqu'on trouve $R < 1/1,5$.

Quand on embrasse tous les degrés et toutes les variétés d'anémie dans un tableau d'ensemble, on voit que R varie de 1/1,5 à 1/8, soit de 0,66 à 0,125, ce qui constitue un vaste champ d'oscillation, dans lequel on peut trouver toutes les proportions intermédiaires entre les deux chiffres extrêmes.

Dans les anémies profondes, la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang est donc environ huit fois moins forte qu'à l'état normal.

N'ayant pas observé de mort par anémie, il nous est actuellement impossible d'indiquer le minimum de la valeur de R, c'est-à-dire la proportion d'hémoglobine qui cesserait d'être compatible avec la vie. Dans les anémies de moyenne intensité, R oscille entre 1/2 et 1/4, soit entre 0,50 et 0,25.

Cela posé, lorsqu'on met en regard de la richesse du sang en hémoglobine le nombre des globules rouges, on obtient des valeurs qui sont loin d'être proportionnelles, et ce rapprochement permet d'apprécier l'importance de l'altération individuelle des globules. C'est sur ce dernier point que portera notre prochaine communication.

REVUE DE LA PRESSE

Hypertrophie de la tête du pancréas. Compression et atrésie du canal cholédoque; ictère. Mort (A. Tibaldi). — La nommée R. P..., trente-cinq ans, habitant la banlieue de Milan, entre à l'hôpital le 14 novembre 1875.

Pas d'antécédents diathésiques héréditaires; réglée à seize ans; deux accouchements normaux; ménopause à vingt-cinq ans. Jamais de maladies antérieures, sauf un état fébrile, qui l'obligea de passer quelque temps à l'hôpital. La maladie actuelle a commencé il y a deux mois par une douleur épigastrique accompagnée d'anorexie, de malaise général, de fièvre et d'ictère.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant : peu d'amaigrissement; teinte ictérique générale, surtout marquée sur les muqueuses; rien du côté des organes des sens; enduit jaunâtre sur la langue; thorax cylindrique; fausses côtes paraissant abaissées, surtout à droite; respiration costo-supérieure. Rien d'anormal du côté du cœur. La matité hépatique remonte sur la ligne mamelonnaire jusqu'à la cinquième côte; la matité splénique jusqu'au septième espace intercostal gauche; respiration rude; expiration soufflante et prolongée en avant; ventre volumineux, à parois peu tendues. Le bord tranchant du foie est lisse, de consistance normale, et surpasse de trois doigts une ligne transversale partant de l'ombilic. Urines rares, d'un jaune verdâtre; peau sèche, surtout au niveau des articulations. Pouls faible et lent, température normale.

A la palpation, on trouve une tumeur partant du bord du foie et s'étendant jusqu'à la fosse iliaque; elle est lisse, ellipsoïde, à parois tendues; son diamètre transverse est celui d'une grosse orange, elle se continue sans ligne de démarcation avec le foie; on ne peut la sentir par le toucher vaginal.

A la percussion, on trouve que la zone de matité hépatique s'étend à droite jusqu'au point de se confondre avec celle du cœur et du foie. En bas, il existe de la matité dans tout l'espace qui sépare l'appendice xiphoïde de l'ombilic; sur la ligne mamillaire, elle descend jusqu'à la fosse iliaque. Sur la ligne médiane, on trouve une sonorité tympanique s'étendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la zone de matité; selles décolorées.

Diagnostic. — Les symptômes précédents ne permettaient pas de mettre en doute un *ictère* par *rétention.* La tumeur, surajoutée au foie, paraissait être la vésicule biliaire, et l'état de cet organe, ainsi que la marche de la maladie, ne permettaient pas de penser à une cirrhose. La compression du canal cholédoque peut être produite par une tumeur du foie ou par une altération des organes voisins. Le cancer de la vésicule biliaire est très-rare et se développe presque toujours après soixante-dix ans. Il est bosselé et inégal à la surface.

Les kystes hydatiques se développent moins rapidement et présentent souvent le frémissement hydatique. En outre, pour supposer l'existence d'une telle tumeur, et expliquer l'ictère en présence duquel on se trouvait, on eût dû penser que la vésicule mère communiquait avec les voies biliaires, et que toute la tumeur était en connexion avec le canal cholédoque, à tel point qu'elle avait pu l'oblitérer, ce qui est très-rare. Les tumeurs du voisinage du foie qui peuvent produire la lésion sont : le cancer et la tuberculose du grand épiploon ; le cancer du pylore et l'hypertrophie du pancréas. Nous ne parlons pas des trois premières. Quant aux affections primitives du pancréas, elles sont si rares et si peu connues qu'il était difficile de s'y arrêter. De même, la marche rapide de la maladie, l'absence d'accès des coliques hépatiques antérieures ne permettaient guère de penser à un calcul biliaire.

En résumé, on ne trouvait parmi les causes extrinsèques capables de produire l'occlusion du canal cholédoque par compression, que l'hypertrophie de la tête du pancréas. Parmi les causes intrinsèques, aucune ne pouvait être absolument éliminée, mais aucune ne présentait un degré de probabilité remarquable.

Traitement. — Bicarbonate de soude. Eau de Carlsbad. Purgatif de temps en temps.

24 novembre. — T. A. 38°2.

Les jours suivants, la température monte à 39°5.

Mort par cachexie, le 27.

Autopsie. — Faite trente-huit heures après la mort. Suffusion sanguine dans les parties déclives; un peu d'œdème cérébral; sérosité dans les ventricules, toile choroïdienne colorée en jaune.

A l'ouverture de l'abdomen : foie occupant toute la moitié droite; vésicule biliaire distendue et de consistance normale; longue de 28 centimètres, large de 8; canal cholédoque ayant, dans sa partie supérieure, un diamètre de 2 centimètres, dilaté en ampoule. Tête du pancréas doublée de volume, contenant un petit noyau ramolli, d'aspect purulent à son centre. Le tissu cellulaire péri-pancréatique est induré et adhère au canal cholédoque, sur lequel il paraît avoir exercé une forte traction, de manière à l'oblitérer presque complétement.

Par l'examen microscopique, on trouve une hyperplasie du tissu connectif interstitiel du pancréas, avec dilatation des conduits qui correspondent à sa tête. Ceux-ci contiennent des cellules d'épithélium cylindriques mélangés à de la mucine et à des globules de pus, mais nulle part on ne trouve de néoformations carcinomateuses.

L'affection pancréatique primitive avait probablement déterminé une atrésie des conduits pancréatiques et du canal de Wiersung avec un processus analogue du côté des voies biliaires. (*Annali universali di medicina e chirurgia,* juin 1876.)

Tumeur cérébrale intéressant les tubercules quadrijumeaux (Duffin). — Un homme de vingt-cinq ans, fortement constitué, ressentit, il y a plusieurs mois, différents symptômes, parmi lesquels une sensation de traction dans la région postérieure du cou était le principal. Il eut, à différentes reprises, des vertiges, de l'obnubilitation des sens et une céphalalgie, qui devint bientôt assez intense pour le priver de sommeil. Il ne pouvait se lever sans assistance, mais quand il était couché il pouvait, sans difficulté, mouvoir ses quatre membres. Dans ce cas, la tête était toujours rejetée en arrière; les muscles spinaux étaient tendus; il y avait une double névrite optique; la vue était complétement perdue, l'ouïe mauvaise et il se plaignait de bourdonnements perpétuels d'oreille; la circulation était lente, irrégulière, les vomissements fréquents; et quinze jours à peu près avant la mort, il fut atteint de délire d'abord, puis tomba dans le coma.

Autopsie. — On trouva, à la place des tubercules quadrijumeaux et de la glande spinale, un gliome. Un prolongement de la tumeur dans le quatrième ventricule gagnait l'aqueduc de Sylvius jusque dans le quatrième. Probablement sous l'influence de la pression, une portion notable du chiasma des nerfs optiques et du pédoncule cérébral avait disparu. On pouvait reconnaître la valvule de Vieussens.

La tumeur, séparée des parties qui l'environnaient, fut examinée par Ferrier. Celui-ci signala dans une note écrite la difficulté de distinguer les effets directs ou indirects de la lésion. Par suite de la position de la tumeur dans les tubercules quadrijumeaux, on s'expliquait aisément l'abolition de la vision des deux côtés. Le vertige, les troubles de l'équilibre et la tendance à l'extension de la tête en arrière, constituaient les symptômes que l'on trouve habituellement dans les tumeurs du lobe du cervelet.

On se demande ce qui, dans ce cas, appartenait spécialement à la destruction ou à la compression des tubercules quadrijumeaux. Leur destruction expérimentale a pour résultat la disparition de la vision et des mouvements de l'iris. Les expériences de Ferrier, correspondant avec celles de Goldz, montrent dans ce cas des désordres dans l'équilibre, mais sans paralysie limitée. De même en les irritant, on obtient de la dilatation pupillaire, de l'épisthotonos quand l'excitation est forte. — (*Clinical society of London,* 26 mai 1876; *Medical Times and Gazette,* 15 july 1876.)

Fracture des cartilages costaux. — M. E. H. Bennett, professeur de chirurgie à l'université de Dublin, termine un travail sur la fracture des cartilages costaux par les conclusions suivantes.

Il y a trois catégories de fractures des cartilages costaux : dans la première rentrent les fractures récentes qui font partie de graves mutilations de la paroi thoracique et résultent de la division des côtes ou du sternum; dans la deuxième, les fractures consolidées dont la cause a été une violence directe et localisée; dans la troisième, les fractures par contractions musculaires. — La transformation que subissent les cartilages avant de s'ossifier, le clivage de leur substance hyaline intercellulaire, peuvent être admis non-seulement comme cause prédisposante, mais encore comme influence déterminant la direction du trait de fracture : trait transversal dans la grande majorité des cas. — La fracture, lésion principale ou secondaire, peut être oblique. — Le cal, dans ces fractures, se développe comme après les fractures osseuses : le cartilage fracturé prend part au travail de consolidation. — La raison des différences observées dans la consolidation de l'os et du cartilage, pour les fractures avec chevauchement, se trouve expliquée par le moindre développement du cal dans le second cas, et par la lenteur du processus réparatif, quelle que soit la variété de fracture. — (*Dublin journ. of med. sc.* et *Arch. de méd.*)

Amblyopies; amauroses aphasiques. — M. Galezowski termine une étude sur ce sujet par les conclusions suivantes :

Les amblyopies dont se plaignent les aphasiques sont plutôt dues au défaut de mémoire et d'une anamnésie des lettres et des mots qu'à la diminution de l'acuité visuelle. — Chez un certain nombre d'individus, on trouve de l'amblyopie avec hémiopie du côté droit des deux yeux. — Dans des cas tout à fait exceptionnels, on peut trouver de l'atrophie papillaire dans un seul œil, et habituellement dans l'œil gauche. — Les amblyopies peuvent guérir et la vue peut revenir plus ou moins complétement. — (*Arch. de méd.*)

Anévrysme de l'aorte ; pneumonie caséeuse. — M. le docteur Hanot résume ainsi qu'il suit un mémoire sur cette question :

L'anévrysme de la crosse de l'aorte s'accompagne assez souvent de graves lésions pulmonaires, telles que granulations tuberculeuses et pneumonie caséeuse. D'éminents auteurs, Stokes, Habershon, Hérard et Cornil, Bucquoy, établissent un rapport de cause à effet entre l'anévrysme et les lésions pulmonaires : ils subordonnent pour la plupart les lésions pulmonaires à la compression du nerf pneumogastrique par le sac anévrysmal. Ce seraient de véritables troubles trophiques pulmonaires d'origine nerveuse, préparés par une diathèse antérieure ou même indépendante de toute diathèse. Cette opinion, si rationnelle dans l'état actuel de nos connaissances, ne peut manquer longtemps de preuves définitives.

Dans certaines observations, le trait d'union entre l'anévrysme de la crosse de l'aorte et la pneumonie caséeuse s'explique plus aisément. L'anévrysme peut comprimer l'artère pulmonaire, et, en pareil cas, le rétrécissement de l'artère pulmonaire, comme il arrive ordinairement, pourra s'accompagner de pneumonie caséeuse. — (*Arch. de méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 septembre 1876, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique : MM. Davilier, régent de la Banque de France; Nast, ancien adjoint au maire du IXe arrondissement; Teissonnière, membre de la chambre de commerce; Thivier, administrateur du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement; Vayssié, avocat.

— *Exercice illégal de la médecine.* — Le tribunal correctionnel de Paris a prononcé, le 7 septembre, plusieurs condamnations contre des individus qui exerçaient illégalement la médecine.

L'un des condamnés, âgé de quarante-trois ans et se qualifiant étudiant, prétendait échapper à l'application de la loi, parce qu'il n'avait pas pris le titre de docteur et qu'il s'était borné, disait-il, à ordonner quelques remèdes, à des clients venus à ses consultations. Un autre, dont la spécialité était de soigner des panaris, affirmait ne pratiquer aucune opération et se borner à appliquer sur le mal une pommade ou onguent.

A côté de ces deux prévenus, une femme comparaissait pour avoir délivré un remède secret à l'aide duquel elle prétendait guérir les taches de naissance, loupes, kystes, etc.

Comme il arrive toujours, les prévenus étaient défendus à l'audience par des témoins guéris, et accusés par des témoins estropiés et furieux.

Le tribunal a prononcé des amendes de 500 francs par application de l'article 36 de la loi du 19 ventose, an XI, interdisant à tout individu d'exercer la médecine ou la chirurgie sans avoir le diplôme de docteur ou le certificat d'officier de santé.

— *Concours ouvert par le Comité médical des Bouches-du-Rhône, siégeant à Marseille, rue de l'Arbre*, 25. — Ce concours sera clos le 30 mars 1877.

Questions. — 1° De la fréquence du tænia à Marseille depuis trente ans, ses causes et son traitement. — 2° Chercher les moyens d'intéresser l'autorité à sévir contre l'exercice illégal de la pharmacie. — 3° Quels sont les principes toxiques de la moule; traitement des accidents maladifs qu'elle peut causer.

— Le congrès international d'hygiène et de sauvetage s'ouvrira, à Bruxelles, le 27 de ce mois, au palais des Académies (ancien Palais-Ducal). Il sera divisé en trois sections pour l'examen des questions mises à son ordre du jour : première section, hygiène; deuxième section, sauvetage; troisième section, économie sociale. Chaque section pourra être subdivisée.

La clôture du congrès aura lieu le 4 octobre, après que les rapporteurs auront, par section, présenté un résumé des travaux accomplis dans chacune d'elles.

— Les soixante bourses militaires instituées à l'École vétérinaire d'Alfort seront désormais réparties comme il suit entre les trois Écoles vétérinaires de France : École d'Alfort, 30; — École de Lyon, 15; — École de Toulouse, 15.

Les conditions d'admission déterminées par le décret du 18 février 1874, sont maintenues.

Dispositions transitoires : Les boursiers militaires qui sont actuellement à l'École d'Alfort y termineront leurs études. L'application du principe de répartition posé à l'article 1er ne sera faite que successivement pour l'attribution des bourses qui deviendront vacantes, savoir :

Une moitié des vacances annuelles à l'École d'Alfort; un quart des vacances annuelles à l'École de Lyon; un quart des vacances annuelles à l'École de Toulouse. Le ministre de la guerre et le ministre de l'agriculture et du commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, du présent décret.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Victor de Méric, auteur d'un grand nombre de travaux sur la syphilis. Notre distingué confrère, né en Alsace, s'était fixé à Londres depuis une trentaine d'années. Il avait pendant longtemps fait partie de la rédaction de la *Lancet*. M. de Méric était âgé de soixante-cinq ans.

— Le *Journal des Débats* annonce que la fièvre jaune vient d'éclater à Savannah.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de l'hydramnios, par le docteur GUILLEMET. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des paralysies traumatiques des membres inférieurs, consécutives à l'accouchement laborieux, par le docteur LEFEBVRE. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Introduction du système métrique dans l'ophthalmologie, par le docteur LANDOLT. — In-8° avec figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Les eaux de Gréoulx dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par le docteur LESCALMEL. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Du traitement topique de l'endométrite à l'aide du graphidomètre ou pinceau utérin, par le docteur MENIÈRE (d'Angers). — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 112. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 26 SEPTEMBRE 1876. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

Atrophie musculaire progressive (1).

II

Je vous ai dit que l'atrophie commençait indifféremment par tel muscle ou tel groupe de muscles. De cette variabilité du début résultent des conséquences particulières. En effet, si c'est le deltoïde, par exemple, qui est envahi le premier par l'atrophie, le malade s'en aperçoit très-vite à l'impossibilité qu'il éprouve à lever le bras; mais si ce sont les muscles du tronc qui sont primitivement affectés, il en résulte qu'il peut exister une atrophie considérable du pectoral, du trapèze, du rhomboïde, sans que la gêne des mouvements éveille l'attention du malade. Par conséquent, il ne faut pas, quand on procède à l'examen d'un individu que l'on soupçonne affecté d'atrophie musculaire progressive, s'en rapporter à son récit pour savoir si l'atrophie existe et si elle a envahi un certain nombre de muscles.

Indépendamment de ces faits, je vous ai signalé chez notre malade l'abaissement considérable de la température dans la région affectée par l'atrophie, et vous avez pu voir, vous-mêmes, combien la main était froide. Cette diminution de la chaleur, qu'il faut attribuer à la gêne de la circulation capillaire, est souvent appréciable au thermomètre; mais, en dehors de ce phénomène, il n'existe aucun trouble de la sensibilité. Duchenne (de Boulogne) aurait bien vu des cas dans lesquels la sensibilité cutanée était notablement diminuée, mais ces observations ne méritent pas une très-grande confiance, car, en même temps que l'analgésie ou l'anesthésie, il y avait presque toujours dans les membres des douleurs très-vives, ayant le caractère fulgurant, qui permettraient de supposer une altération consécutive des zones radiculaires postérieures de la moelle.

Autre point : l'affaiblissement des mouvements est il en proportion de l'atrophie musculaire? M. Charcot est de cet avis. Duchenne (de Boulogne) pense, au contraire, que les muscles affectés ne présentent pas des contractions qui soient absolument en rapport avec le degré de l'atrophie. Ce dernier prétend que, dans un muscle qui présenterait, par exemple, une atrophie d'un quart, la force musculaire n'est pas diminuée d'une quantité équivalente, et qu'il existe toujours un affaiblissement musculaire plus considérable que l'on ne devrait s'y attendre, en ne tenant compte que de l'étendue des lésions. Ce défaut de concordance entre la lésion et ses effets serait dû à un certain degré de parésie, dont le muscle serait, en outre, affecté. Je dois dire que, d'après la clinique et l'anatomie pathologique de cette affection, il est beaucoup plus probable que, suivant l'opinion de M. Charcot, l'affaiblissement musculaire est en rapport direct avec le degré de disparition des fibres qui constituent les muscles.

Vous avez vu comment a débuté l'atrophie chez notre malade. Ce fait rentre encore dans la généralité des cas; la maladie commence le plus souvent, en effet, par le membre supérieur, et ce sont ordinairement les muscles des éminences thénar et hypothénar, qui, avec les interrosseux, sont primitivement atteints. D'autres fois, au contraire, les muscles de l'avant-bras sont affectés les premiers, et notamment les muscles de la région postérieure. En d'autres circonstances, l'altération débute par le deltoïde ou par les muscles du tronc, et dans ce dernier cas, par ceux qui prennent leur insertion sur le scapulum, à savoir, le rhomboïde, l'angulaire de l'omoplate, le grand dentelé et le trapèze, qui s'atrophie surtout dans sa partie inférieure.

Il en résulte alors une disposition particulière : le bord interne de l'omoplate est porté en dehors et se trouve plus éloigné de la colonne vertébrale que du côté resté sain. Dans quelques cas, le long supinateur est envahi le premier par l'atrophie; tandis que, d'autres fois, il est seul préservé alors que tous les membres de l'avant-bras sont pris.

Un mode de début plus exceptionnel, c'est celui dans lequel la maladie commence par les membres inférieurs. En thèse générale, ces derniers sont peu touchés par l'atrophie musculaire, ou s'ils le sont, celle-ci ne porte que sur quelques groupes de muscles. Chez notre patient, bien que la maladie date déjà de deux ou trois ans, les muscles de la région antérieure sont seuls affectés. Il est rare également que l'atrophie s'étende à la face, et qu'elle envahisse les muscles masticateurs. Cependant, Duchenne (de Boulogne) aurait vu la maladie gagner les muscles abaisseurs de la mâchoire; dans ce cas, l'écartement du maxillaire inférieur devient impossible, et, par le fait de l'antagonisme des muscles élévateurs, notamment des ptéry-

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 septembre.

goïdiens, les malades présentent une occlusion permanente de la bouche. De là une attitude toute particulière. Pour se nourrir, les malades sont obligés de porter le maxillaire en avant et d'introduire les aliments entre les arcades dentaires. Dans quelques autres circonstances, on a vu l'atrophie se produire dans les muscles de la langue. On a dit alors que la maladie, de spinale, pouvait devenir bulbaire, et amener ainsi une paralysie glosso-labio-laryngée.

Remarquez que, chez notre malade, les fonctions digestives s'exécutent très-bien et qu'elles ne sont nullement altérées. Il en est ainsi chez la plupart des individus affectés de cette maladie.

Pendant longtemps, on a cru que l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive était extrêmement compliquée. Au contraire, les lésions qui caractérisent cette maladie sont ordinairement simples. Ce sont des lésions atrophiques qui portent avant tout sur les grosses cellules motrices et trophiques des cornes antérieures et sur leurs prolongements. Ces atrophies musculaires sont de deux sortes : l'atrophie pigmentaire et l'atrophie simple, dite aussi scléreuse. Dans la première forme d'atrophie, la cellule s'infiltre d'une grande quantité de granulations pigmentaires jaunes ou brunes. Ce pigment distend la cellule ou s'accumule seulement sur un point ; la cellule devient globuleuse, ses prolongements deviennent très-fragiles et se détruisent. Après être resté pendant assez longtemps volumineuse, la cellule s'atrophie, son contenu s'altère, on ne reconnaît plus ni protoplasma, ni noyaux, et finalement, elle se transforme peu à peu en un petit amas granuleux et irrégulier.

Dans la seconde forme, dite *atrophie simple*, la cellule est réduite dans toutes ses dimensions, elle conserve sa forme étoilée, possède encore son noyau et son nucléole, mais devient six à sept fois plus petite qu'à l'état normal, en même temps que ses prolongements se rétrécissent et s'atrophient.

Or, si l'on considère que chacune de ces cellules tient sous sa dépendance la nutrition d'un muscle dans sa totalité ou dans une partie, on comprendra facilement qu'une atrophie musculaire disséminée et progressive correspondra fatalement à une atrophie des cellules spinales disséminée et progressive elle-même.

En même temps que cette lésion trophique des cellules, il se produit parfois des modifications dans la névroglie de la substance grise. Ces lésions, qui ont été signalées par M. Hayem, consistent dans la multiplication des noyaux de la névroglie, dans la dilatation des capillaires et dans l'épaississement de leurs parois. Elles seraient alors la conséquence d'un processus inflammatoire qui est loin d'être constant.

Quant à l'atrophie des cellules, elle doit nécessairement amener des altérations dans les nerfs qui en émanent et dans les muscles auxquels ceux-ci se distribuent. Les lésions des cordons nerveux portent surtout sur les racines motrices et sont encore des lésions atrophiques. Les racines antérieures des nerfs rachidiens sont, en effet, diminuées de volume ; il en est de même des tubes nerveux, mais il est très-rare qu'ils soient envahis par la dégénérescence granulo-graisseuse. C'est à peine si l'on rencontre quelques tubes dont la myéline en soit affectée.

Dans les muscles, mêmes lésions atrophiques simples. Les fibres qui les constituent diminuent simplement de nombre et de volume, et conservent toujours leurs caractères, leurs striations normales.

Cependant, à côté de ces faits, on a cité des cas dans lesquels il existait quelques lésions irritatives dans les muscles. M. Hayem a signalé quelques observations dans lesquelles les noyaux du sarcolemme s'étaient multipliés d'une manière considérable et avaient fini par étouffer complétement la fibre musculaire.

Enfin, il est des cas dans lesquels on aurait observé une prolifération des vésicules adipeuses, caractérisée par la prédominance de la graisse dans les interstices des fibres musculaires. Cette substitution graisseuse aboutit même parfois à une véritable lipomatose luxuriante, qui permet aux muscles de conserver leur relief normal et simule la paralysie pseudo-hypertrophique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Des polypes cellulo-vasculaires du méat urinaire.

Vous m'avez vu, tout à l'heure, faire une petite opération sur deux malades qui présentaient à l'entrée du méat urinaire une petite saillie rougeâtre, granulée, ressemblant à de gros bourgeons charnus, ou bien encore à certaines petites tumeurs vasculaires qu'on voit quelquefois se développer sur le col ou dans la cavité de l'utérus. La plupart des auteurs, notamment Marjolin et Dupuytren, ont décrit ces tumeurs sous le nom de polypes vasculaires ; désignation impropre, car ces petites excroissances diffèrent des polypes vulgaires de la matrice, en ce qu'elles sont bien moins volumineuses et non pas constituées, comme ces derniers, du tissu fibreux et musculaire de l'utérus.

Ces tumeurs qui sont à peu près du volume d'une noisette ou d'un gros pois, qui ont pour caractère d'être très-vasculaires et de saigner avec très-grande facilité sont, en effet, souvent pédiculisées ; ce qui leur a valu d'être comprises dans la science sous le nom de polypes de l'utérus.

C'est en raison de leur ressemblance avec ces tumeurs de la matrice qu'on a donné aux productions analogues à celles dont ces deux malades nous offrent un exemple, le nom de polypes du méat. Mais je vous ferai remarquer combien est défectueux et impropre ce mot polype.

Vous avez pu voir, en effet, que cette dénomination ne devrait peut être pas être appliquée aux tumeurs, complétement dépourvues de pédicule, dont je viens de pratiquer l'ablation. Mais si celui-ci manque le plus ordinairement, disons toutefois, qu'il est, ainsi que je l'ai constaté, des cas dans lesquels la tumeur est rattachée à son point d'implantation, par un pédicule très-mince, très-grêle, qu'un léger coup de ciseaux suffit pour sectionner. Ici, au contraire, j'ai eu beau attirer la petite tumeur avec des pinces, de façon à bien mettre le pédicule en évidence, s'il existait, je n'ai trouvé qu'une tumeur largement implantée sur une étendue assez grande de la paroi inférieure de l'urèthre. Elle se présentait sous la forme d'une tumeur rougeâtre, évidemment très-vasculaire, semblable, comme je l'ai déjà dit, au polype cellulo-vasculaire, mais différant de celui-ci en ce qu'elle n'était nullement pédiculisée.

Toutes les fois, donc, que vous rencontrerez une tumeur de ce genre à l'orifice du méat urinaire, vous pourrez, d'après l'usage établi, l'appeler un polype, bien que cependant je ne le considère pas comme tel, et que ce soit simplement une tumeur plus large dans sa partie libre que dans sa partie implantée, laquelle n'est pas du tout le pédicule étroit des polypes classiques.

Nous avons déjà été obligés de faire une petite exception à la nomenclature, pour les polypes fibreux naso-pharyngiens qui

ont une trop large implantation pour qu'on puisse les considérer comme des polypes véritables, bien que certains auteurs, et Nélaton en particulier, aient essayé de leur imposer la dénomination de fibromes de la base du crâne.

Quoi qu'il en soit, admettant que nous avons affaire à des polypes exceptionnels, à des pseudo-polypes, ou encore à des excroissances polypiformes; avons-nous au moins des données précises sur la structure de ces tumeurs? Non, et à cet égard, on peut dire que les desiderata sont complets. Peut-être, dans les annales de la science, trouverait-on quelques descriptions sur la constitution de ces tumeurs, peut-être trouverait-on quelques renseignements à ce sujet dans le livre de MM. Cornil et Ranvier. Toujours est-il que, si ces documents existent, ils ne sont pas mentionnés dans nos traités classiques, où à l'exemple de Boyer, de Nélaton, de Vidal de Cassis, etc, on se borne à les décrire comme de petites tumeurs rougeâtres, vasculaires, granulées, semblables à des bourgeons charnus, sans parler de la nature du tissu qui les constitue.

Cependant, d'après l'examen histologique auquel M. A. Bergeron s'est livré sur les deux tumeurs que vous venez de me voir extraire, il semblerait qu'elles sont composées de quelques cellules embryonnaires, sans signification, et complétement dépourvues de fibres fusiformes. En un mot, leur constitution serait analogue à ce que l'on voit dans les polypes muqueux, mais de plus très-vasculaires.

A la composition histologique de ces tumeurs, ne se rattache pas simplement une question de curiosité, mais encore une question de pronostic, on saurait dès lors si elles sont de nature bénigne ou bien si, au contraire, elles sont susceptibles de se généraliser, et d'infecter l'économie, si la suppuration a lieu.

A ce sujet, voici ce que nous a appris la clinique. Ces tumeurs ne se propagent ni à tout le contour de l'urèthre ni au vagin, comme le font les tumeurs cancéreuses; mais, quand on les enlève, elles se reproduisent assez facilement. Cela tient peut-être à ce qu'elles ont une surface d'implantation large, étendue, et à ce que celle-ci se fait au loin, sur la paroi inférieure de l'urèthre; d'où il résulte, que bien que l'on croit avoir enlevé la totalité du tissu morbide, quelques parties ont échappé qui deviennent plus tard une cause de repullulation, et qui donnent à ces polypes un petit caractère de malignité.

C'est ainsi que les choses se sont passées chez celle de ces femmes qui est couchée au n° 6 de la salle, et chez laquelle j'ai déjà pratiqué, il y a deux ans, l'ablation de la petite tumeur que j'ai de nouveau extraite ce matin. C'est ainsi d'ailleurs que cela a lieu assez généralement. Mais cette tendance facile à la récidive, n'entraîne pas pour cela une certaine gravité, car il s'agit d'un développement tout superficiel, qui se fait seulement aux dépens de la muqueuse et qui ne provoque pas d'engorgement des ganglions. En un mot, ces tumeurs ne sont pas envahissantes, et ne s'accompagnent jamais de cachexie cancéreuse.

Toutes les fois, donc, que vous serez en présence de tumeurs semblables, soyez assurés que vous n'avez pas affaire à une maladie grave. Il s'agit simplement d'une tumeur qui, malgré tous les soins que vous aurez mis à l'enlever complétement, pourra bien se reproduire plus tard. En un mot, il s'agit d'une tumeur bénigne, d'un polype muqueux vasculaire, si l'examen de M. Bergeron est confirmé par des observations ultérieures.

Voyons maintenant quelles sont les raisons pour lesquelles j'ai pratiqué l'ablation de ces tumeurs, chez les deux malades que je vous ai montrées.

Chez l'une, celle du n° 20, cette petite production était absolument indolente. La malade ne souffrait pas quand on y touchait, elle ne souffrait pas davantage quand elle urinait, et son petit polype muqueux vasculaire ne réclamait pas, en définitive, un traitement chirurgical énergique. Il appartenait, en un mot, à cette catégorie que M. Alphonse Guérin, dans son traité des maladies des organes génito-urinaires de la femme, a très-bien indiquée sous le nom de polypes indolents de l'urèthre. Néanmoins, j'ai été entraîné à la petite opération que vous m'avez vu pratiquer, parce que cette femme présentait, malgré son âge assez avancé (cinquante-cinq ans), une hyperesthésie vulvaire coïncidant avec une rougeur disséminée sur la vulve qui paraissait la faire souffrir considérablement. Cette lésion que j'ai appelée érythème avec hyperesthésie est une chose très-rare et, d'autant plus inexplicable ici que la vulve est parfaitement sèche et ne présente pas la moindre trace d'une sécrétion profonde dont l'action irritante donne l'explication de cette sensibilité exagérée. En voyant ces plaques rouges, érythémateuses, que j'ai traitées par des attouchements répétés matin et soir avec une solution de tannin à 10 pour 100, je me suis dit, qu'avec cette disposition à l'hyperesthésie, il y avait à craindre que le polype devînt douloureux ou, en se développant, déterminât de la gêne dans la miction. Mais, quand vous rencontrerez, dans la pratique, de ces polypes chez des femmes qui n'en souffrent pas, ni quand elle marchent, ni quand elles s'asseoient, ni quand elles font leur toilette, ni quand elles y touchent; quand, en un mot, vous aurez affaire à un polype franchement indolent, il sera bien plus simple de laisser la malade avec sa petite tumeur, jusqu'à ce que celle-ci soit devenue assez grosse pour occasionner des douleurs.

Chez notre malade du n° 6, le polype, quoique semblable au précédent et par sa composition et par sa nature, est au contraire l'occasion de souffrances vives. Cette femme souffre quand elle marche, quand elle touche à sa tumeur, quand elle urine et quand elle a fini d'uriner. C'est donc une de ces tumeurs que M. A. Guérin classe dans la catégorie des polypes douloureux.

Mais pourquoi cette tumeur est-elle douloureuse chez cette malade, alors que chez la précédente, un polype de même nature ne détermine pas de souffrances. Je ne sais. Cela tient à l'idiosyncrasie, à la variété individuelle. J'en dirai autant de ces érythèmes analogues à celui que nous observons chez notre première malade. Dans bien des cas cette lésion est d'une indolence absolue, tandis qu'il provoquait chez notre malade un prurit intolérable, des douleurs vulvaires extrêmement vives. C'est l'intensité des douleurs du dernier polype qui nous a conduit chez cette femme à pratiquer l'extirpation de la tumeur, et à la soumettre aux ennuis d'une opération.

Toutefois, après avoir enlevé le polype, je n'ai pas osé cautériser la plaie avec le fer rouge, craignant de déterminer une atrésie du méat. C'est qu'en effet, en cautérisant les parties sur lesquelles la tumeur était implantée, on n'est jamais sûr de ne pas dépasser les limites de la surface d'implantation et de ne pas déterminer ainsi une cicatrice qui amènerait le rétrécissement de l'orifice de l'urèthre. Je me suis borné, comme chez la malade précédente, à opérer la cautérisation des parties au niveau desquelles j'ai pratiqué l'excision, avec le nitrate d'argent, et peut-être ce moyen suffira-t-il pour prévenir la récidive peu fâcheuse chez l'une de nos malades, mais qui, en raison des douleurs que la tumeur provoque, serait beaucoup plus grave chez l'autre.

DES CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SANG
DANS LES ANÉMIES (1)

Par M. le docteur G. HAYEM.

III.

Nombre des globules rouges. — Pour compter les éléments du sang, je me suis servi de la petite cellule décrite par M. Nachet et par moi dans les *Comptes rendus* du 26 avril 1875. En prenant certaines précautions indispensables, on obtient facilement avec ce petit appareil le nombre de globules que renferme 1 millimètre cube de sang, sans s'exposer à commettre une erreur relative dépassant 1,5 pour 100.

A. *Sang normal.* — Le nombre des globules rouges varie, à l'état normal, dans des proportions assez grandes d'un individu à l'autre; mais chez le même individu placé dans des conditions identiques, les oscillations dans le nombre de ces éléments sont extrêmement faibles. Chez l'homme adulte bien portant, de vingt à quarante ans, examiné le matin à jeun, le sang du bout du doigt contient en moyenne 5,500,000 globules rouges par millimètre cube. Pour établir cette moyenne, nous avons choisi des personnes vigoureuses, dans un état de santé aussi satisfaisant que possible. Parmi nos chiffres, le plus fort est 6,100,000, le plus faible 5,060,000. On peut donc dire que, chez l'adulte bien portant, le nombre des globules du sang capillaire est de 5 à 6 millions.

Chez les individus d'une santé plus faible, la moyenne est sensiblement moins élevée; elle est d'environ 4,600,000.

Nombre d'individus qu'il est impossible de considérer comme étant malades, mais qui se fatiguent facilement et éprouvent constamment quelques malaises, possèdent cette dernière moyenne.

B. *Sang des anémiques.* — Dans la grande majorité des cas, le sang des anémiques contient moins de globules rouges qu'à l'état normal.

Quand l'anémie est très-intense, le nombre des globules est toujours peu élevé, surtout lorsque cette anémie a suivi une marche rapide. Les chiffres les moins élevés que nous ayons trouvés sont : 1,182,750 (cas d'anémie paludéenne) et 1,000,000 (cas de purpura hemorrhagica).

Dans les anémies de moyenne intensité, le nombre des globules rouges est quelquefois peu différent du chiffre normal; il peut même lui être supérieur. Ainsi, nous avons trouvé, parfois, environ 6 millions de globules rouges et souvent de 5 à 5 millions, 5.

Chez les anémiques, le nombre des globules varie fréquemment, et souvent d'une manière très-accentuée, d'un jour à l'autre. Il se produit à certains moments des globules nouveaux qui apparaissent en quelque sorte par poussées; mais ces éléments sont petits, pâles, incomplétement développés; leur évolution ne paraît pas s'accomplir d'une manière physiologique.

Rapports entre le nombre des globules rouges et le pouvoir colorant du sang dans les anémies. — Tandis qu'à l'état normal, même chez les individus d'une santé faible, le pouvoir colorant du sang est proportionnel au nombre des globules rouges, dans les anémies chroniques on trouve constamment *un défaut de concordance entre le nombre de ces éléments colorés et le pouvoir colorant du sang*; c'est-à-dire que le pouvoir colorant est toujours inférieur, dans une proportion plus ou moins grande, à celui que donnerait au sang un nombre égal de globules normaux.

Ce fait essentiel confirme d'une manière évidente les conclusions que nous avons tirées de l'étude histologiques des globules. Il est, en effet, le résultat des altérations de ces éléments, et les écarts plus ou moins grands qui existent entre le nombre des globules et le pouvoir colorant donnent exactement la mesure de ces altérations.

D'une manière générale, le défaut de concordance entre ces deux valeurs est moins accentué dans les anémies profondes, avec diminution du nombre des globules, que dans les anémies d'intensité moyenne dans lesquelles le nombre des globules est élevé.

Les altérations des hématies n'étant pas aussi développées chez tous les malades, il est fréquent de trouver dans la même maladie, la chlorose, par exemple, pour des chiffres de globules très-différents, le même pouvoir colorant. Et comme, d'autre part, chez le même malade, ces mêmes altérations des globules, sont plus ou moins prononcées suivant les moments, les fluctuations signalées précédemment dans le nombre de ces éléments sont loin de correspondre à des oscillations équivalentes du pouvoir colorant. Chez les malades en voie de guérison, le pouvoir colorant du sang augmente d'une manière progressive, malgré les variations dans le nombre des globules. La guérison n'est réelle et complète que lorsqu'il y a, pendant quelque temps, concordance entre le nombre des globules et le pouvoir colorant. A ce moment, il existe souvent dans le sang moins de globules qu'à certaines époques de la maladie; mais l'état du sang devient sensiblement stationnaire, comme chez les individus sains.

Bien que cette communication ait pour unique objet les globules rouges, nous croyons important de faire remarquer que les altérations de ces éléments ne sont accompagnées d'aucune modification correspondante des globules blancs. Nous sommes convaincus, d'après nos nombreux examens du sang, que les globules blancs et les globules rouges sont des éléments tout à faits différents, qui n'ont sans doute entre eux aucune espèce de parenté.

En résumé, l'étude anatomique des globules rouges, faite en tenant compte à la fois des caractères histologiques, du pouvoir colorant et du nombre de ces éléments, conduit aux résultats généraux suivants :

1° Les globules rouges sont des éléments très-altérables.

2° Il résulte de leurs altérations, dans les anémies chroniques, que l'affaiblissement de la couleur ou du pouvoir colorant du sang et le défaut de concordance entre ce pouvoir colorant et le nombre des éléments colorés sont les deux seuls caractères essentiels et fondamentaux de l'anémie.

3° Que, si dans les anémies la masse totale du sang reste la même qu'à l'état normal, ce qui nous paraît vrai pour la plupart des cas, la détermination du pouvoir colorant donne seule la mesure exacte du degré d'anémie.

4° Il est utile de distinguer, en physiologie pathologique, les modifications qui se rapportent à la formation ou génération des globules de celles qui appartiennent à l'évolution de ces éléments.

En effet, dans les anémies d'intensité moyenne, la formation des globules, loin d'être ralentie, est souvent plus active qu'à l'état normal; les globules sont atteints dans leur évolution propre qui devient incomplète ou anormale. Il faut que l'anémie soit profonde pour qu'on observe à la fois un ralentissement dans la formation des globules rouges et une évolution pathologique de ces éléments.

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 septembre.

DE L'INFLUENCE DES ÉMOTIONS MORALES
SUR LE DÉVELOPPEMENT DES AEFFCTIONS CUTANÉES (1)

Par M. le docteur J. MEYER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — Les émotions morales sont une cause occasionnelle fréquente de maladies cutanées. — Incapable de produire ces affections de la peau chez un individu sain, les émotions morales les déterminent, au contraire, avec facilité chez des sujets affectés d'une diathèse herpétique. — Les affections sèches et humides sont sous l'influence de cet ordre de causes, mais les premières bien plus fréquemment que les autres; parmi elles, le psoriasis tient incontestablement le premier rang. — C'est aux troubles vaso-moteurs visibles, incontestables, qui succèdent à toute émotion morale vive, que l'on doit attribuer la pathogénie de ces maladies. — Le pronostic et le traitement sont les mêmes que pour les affections cutanées survenues à la suite de causes différentes.

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris V. Adrien Delahaye et C°.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

APPENDICE A LA DIXIÈME LETTRE

DE QUELQUES POINTS RELATIFS AU REMPLACEMENT DES CORPORATIONS RELIGIEUSES PAR DES LAÏQUES ET A L'ADMINISTRATION INTÉRIEURE DANS LES HÔPITAUX DE L'ALLEMAGNE ET DE L'AUTRICHE. — LES MÉDECINS DIRECTEURS.

Leipsig, le 1er mai 1876.

Les renseignements que nous avons précédemment donnés (*voir la huitième lettre*) sur ces questions, ayant paru intéresser un certain nombre de lecteurs de la *Gazette*, permettez-moi, monsieur le directeur, de les résumer et de les compléter en traitant naturellement un tel sujet avec tout le calme et la modération convenables.

Quand on étudie comparativement, à ce point de vue, les hôpitaux allemands, on voit que les États de l'Allemagne du Sud, de l'Autriche et de l'Allemagne du Nord, présentent, relativement à la question du service des malades, dans l'intérieur des salles de médecine et de chirurgie, deux modes principaux :

D'une part, dans les États du Sud et dans une partie des Facultés de l'Autriche, les services médicaux sont occupés par les corporations religieuses de femmes, absolument dans les mêmes conditions que dans les services hospitaliers de Paris.

En entrant dans le détail, nous citerons le grand hôpital de Strasbourg, où le gouvernement d'Alsace-Lorraine a laissé subsister la corporation religieuse pour les soins à donner à tous les malades, ceux des services des professeurs allemands, comme ceux de quelques médecins français restés dans ce même hôpital.

L'hôpital de Strasbourg est une dépendance de la ville et de l'université; il contient tous les services cliniques de la Faculté de médecine prussienne.

En Bavière, et notamment à Munich, l'Hôpital-Général a aussi, pour donner des soins aux malades, une corporation religieuse dont les attributions sont exactement celles que nous connaissons, c'est-à-dire que ces religieuses surveillent l'administration des médicaments, soignent les malades et ont, sous leur direction, un certain nombre de domestiques attachés aux salles; les hôpitaux, purement municipaux, occupent aussi ce même personnel religieux.

En Autriche, les hôpitaux généraux dépendant des Facultés de médecine d'Insbruck (Tyrol) et de Graz (Styrie) ont aussi des corporations religieuses dans les conditions indiquées ci-dessus; à Graz, l'Hôpital-Général est desservi par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul.

Mais, d'autre part, pour ne parler que d'un État catholique, en ce qui concerne les autres Facultés des provinces allemandes autrichiennnes, Vienne et Prague, il n'en est plus ainsi.

Les hôpitaux généraux de ces Facultés, ainsi que les hôpitaux municipaux (par exemple à Vienne, les hôpitaux Rudolph et Wiedner), ont remplacé, depuis quelques années, dans tous les services, les corporations religieuses par des laïques, tant pour les soins à donner aux malades que pour ce qui touche l'administration de la lingerie, etc.

Cette mesure a été générale et radicale dans ces deux grandes villes.

Si nous arrivons aux États protestants de l'Allemagne du Nord, tels que la Prusse, la Saxe, aux hôpitaux des villes telles que Halle, Marbourg, Giessen, Bonn, Berlin, Leipsig, nous voyons que, d'une manière générale, les services hospitaliers sont desservis par des laïques.

Ce n'est pas qu'il n'y ait aussi des corporations religieuses protestantes, plus rares, il est vrai, que les corporations catholiques, mais enfin elles existent, et comme nous devons tout dire ici avec une égale impartialité, nous ajouterons qu'il arrive même que, dans ces conditions spéciales, ces diaconesses ou sœurs de charité protestantes sont employées dans des fonctions analogues à celles de nos sœurs de France. C'est ainsi qu'à Berlin, l'hôpital Bethanien, particulièrement placé sous le patronage du roi et de la reine de Prusse actuels, est desservi par des diaconesses; c'est ainsi qu'à la Charité ces dames sont encore employées dans les services des enfants malades, alors que *tous* les autres services de cet hôpital général et que tous les autres hôpitaux de la capitale sont desservis par des personnes laïques (1).

Il y a aussi en Allemagne des corporations israélites, lesquelles ne sont appelées à desservir que des maisons de santé, des hospices de fondation privée, et encore dans les grands hôpitaux israélites, comme l'hôpital Rothschild à Vienne, on ne rencontre que des attachés et serviteurs laïques.

En présence de ces deux systèmes opposés actuellement en vigueur, il vient naturellement à l'esprit de comparer la nature des services rendus, la manière dont les soins journaliers sont donnés aux malades de part et d'autre.

Sans nous étendre longuement sur la manière dont les sœurs des hôpitaux français remplissent leurs fonctions, point suffisamment connu et apprécié, nous dirons que partout, dans tous les hôpitaux que nous avons visités en Allemagne, les chefs de services et leurs assistants ont été unanimes à louer la manière dont les laïques remplissent leurs devoirs; pendant les visites du matin, pendant les visites du soir, pendant la journée, la nuit, les soins étaient donnés, la surveillance était faite avec le même zèle, la même attention, la même soumission aux ordres du médecin et de son second.

En ce qui concerne nos impressions personnelles, à Vienne et à Prague, comme à Berlin et à Leipsig, c'est-à-dire dans les pays catholiques comme dans les pays protestants, nous avons été frappé de la bonne tenue des dames laïques qui remplacent les religieuses dans les services, de l'intelligence de leurs soins, dans l'aide donnée au chef, à ses assistants. A Prague, par exemple, pendant les vacances de Pâques, les étudiants étant absents, nous avons remarqué l'intelligente prévenance et l'adresse en même temps que la docilité des personnes qui, dans les services chirurgicaux, aidaient les assistants dans les pansements les plus divers, simples ou compliqués.

Nous ne voulons point répéter ce que nous avons déjà dit dans notre étude sur Vienne, mais nous sommes forcés de rappeler que c'est précisément l'insoumission des corporations religieuses catholiques vis-à-vis les chefs de services et les directeurs qui a amené à Prague et à Vienne le remplacement de ces corporations dans les hôpitaux de ces villes par des laïques.

Redisons donc ici que nous nous sommes entourés pour écrire ces quelques notes de tous les renseignements les plus sérieux et les plus impartiaux. M. le professeur docteur Lorenzer, directeur de l'hôpital Wiedner à Vienne, un des principaux promoteurs de la réforme et du changement qui nous occupent, nous a obligeamment donné les détails les plus précis.

Les corporations religieuses catholiques avaient primitivement, dans la plupart des hôpitaux autrichiens des fonctions très-étendues; non-seulement elles étaient placées dans les services près des malades, dans les lingeries, mais elles étaient chargées de l'entretien de tout l'hôpital au point de vue de l'alimentation; la corporation avait en mains le maniement de la plus grande partie du budget affecté à l'hôpital par la ville ou la province, servant ainsi d'intermédiaire entre les assemblées municipales ou provinciales qui octroyaient ce budget et les malades auxquels il était destiné.

Une si étrange situation amena des abus nombreux en donnant aux différentes corporations une liberté trop absolue dans le maniement des fonds, une autorité presque sans contrôle dans l'administration de l'hôpital, par conséquent une responsabilité vraiment trop peu effective.

La réforme, qui était devenue nécessaire, fut basée sur les trois griefs suivants :

1° Au point de vue économique, administration détestable; achats de toute nature absolument mauvais; le pain, la viande, les légumes,

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 septembre.

(1) Il est naturellement inutile d'ajouter que l'hôpital catholique de Berlin est occupé par une corporation religieuse de femmes.

le lait, etc., de qualité plus qu'inférieure et achetés à des prix nullement en rapport avec leur valeur;

2° La situation omnipotente, qu'une telle organisation avait donné aux corporations dans l'administration des hôpitaux, avait amené celles-ci à méconnaître toute espèce d'autorité, celle du directeur comme celle des chefs de service;

3° Enfin, quelques cas d'intolérance vis-à-vis des malades appartenant à des confessions autres que le culte catholique étaient signalés.

Tels furent les trois griefs principaux qui motivèrent le remplacement des corporations non-seulement dans l'administration hospitalière, mais aussi dans les services où elles n'avaient à donner que des soins aux malades.

En ce qui touche ce troisième et dernier grief, nous devons cependant dire, de l'aveu des promoteurs de la réforme de Prague et de Vienne, que ces cas d'intolérance étaient relativement beaucoup moins fréquents dans les hôpitaux de ces villes, et notamment dans ceux de Vienne, que dans nos hôpitaux de Paris; les causes de cette modération relative sont faciles à comprendre : tandis que, dans notre pays les sujets appartenant à des cultes dissidents sont dans le pays comme dans les hôpitaux une infime minorité, il n'en est point de même dans une ville comme Vienne, où affluent un grand nombre de sujets appartenant à des cultes divers, tels les juifs allemands, les juifs des provinces polonaises de l'empire, les juifs russes, les protestants du Nord, les Grecs, les Russes eux-mêmes, les Serbes et autres Slaves dits schismatiques. On ne peut fréquenter les salles d'un hôpital viennois sans rencontrer nombre de sujets de ces différentes confessions dans un même service, et il deviendrait fort difficile de montrer une partialité soutenue envers les malades.

Jamais d'ailleurs, dans les hôpitaux de Vienne ou de Prague, depuis qu'ils sont desservis par des laïques, un cas d'intolérance n'a été signalé. Nous nous sommes de même informé en pays protestant, en Prusse, en Saxe; les préoccupations d'ordre religieux n'existent point pour les laïques en fonctions dans les services hospitaliers.

Si nous jetons maintenant sur l'administration intérieure des hôpitaux allemands ou autrichiens et sur la situation et les rapports des directeurs et chefs de service, nous voyons qu'il est nécessaire de faire une différence entre les hôpitaux généraux comme le Grand-Hôpital de Munich, le Grand-Hôpital de Vienne, la Charité de Berlin, qui concentrent tous les services cliniques de la Faculté de médecine et comprennent souvent même sur leur territoire les instituts d'anatomie pathologique, entre ces grands hôpitaux, disons-nous, et les hôpitaux municipaux, qui ne sont destinés qu'à soigner les malades sans aucun but d'enseignement universitaire.

La situation des professeurs ordinaires et des professeurs extraordinaires ayant des services est naturellement un peu supérieure à celle des simples chefs de services; mais ils sont tenus néanmoins par leur fonctions à une assiduité égale à celle de nos professeurs de clinique; obligés de remplir les programmes universitaires, ils ne peuvent avoir et n'ont, en effet, aucun démêlé avec l'administration hospitalière; d'ailleurs, en ce qui concerne les crédits affectés aux laboratoires des services de clinique, ceux-ci sont prélevés sur le budget de la Faculté, et l'administration se trouve donc assez limitée de ce côté.

Le professeur fait sa visite matinale tous les jours; celle-ci est suivie ou précédée d'une leçon clinique faite sur les malades du service ou sur ceux qui viennent à la consultation (policlinique).

Le soir, la visite est faite, absolument comme dans nos hôpitaux français, par les jeunes docteurs attachés comme assistants (internes) aux services et habitant l'hôpital.

Les simples chefs de services ou médecins des hôpitaux nommés *au choix* par la ville ou le souverain sont dans une situation peut-être moins élevée, mais qui ne laisse point d'être parfaitement indépendante dans leur service respectif; ils ont des assistants habitant l'hôpital et remplissant également les fonctions d'internes. Le traitement de ces chefs de services et de leurs assistants est fixé dans les budgets municipaux hospitaliers.

Mais ce qui aide, au plus haut point, aux bons rapports existant entre les chefs de services, les assistants, les professeurs de cliniques d'une part, et la direction, l'administration des hôpitaux de l'autre, c'est que, *dans tous les hôpitaux de l'Allemagne sans exception, de Kiel à Insbruck, de Berlin à Bonn, de Vienne à Strasbourg, le directeur est, non point un simple administrateur, comme dans nos hôpitaux français, mais bien un médecin.*

Tantôt cette place est confiée à un médecin jouissant d'une véritable réputation scientifique, mais ayant déjà passé l'âge de la vie active, tantôt à un médecin plus jeune s'étant occupé d'administration, d'hygiène hospitalière; et, dans ces conditions, s'il y a des dissidences entre les médecins des services et le directeur, ces divergences ne portent jamais sur des questions de principes, et jamais les malades et le service médical n'ont à en souffrir.

C'est là un fait dont l'importance s'impose quand on s'occupe de l'administration intérieure d'un hôpital. Le directeur a la haute main sur l'administration, l'hygiène, la surveillance raisonnée de l'alimentation; mais les chefs de services conservent de leur côté indépendance et prépondérance dans leurs salles, et s'il y a des mesures générales à prendre, elles le sont en commun par les chefs de services et les docteurs directeurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ANNÉE SCOLAIRE 1876-1877)

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 6 novembre :

Physique médicale, M. Gavarret.—Physique générale : l'électricité et l'optique; les mercredis et vendredis, à midi.

Physique biologique : Les phénomènes physiques de la phonation et de l'audition; les lundis, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale, M. Ollivier, agrégé, chargé du cours. — Des maladies du poumon; les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures.

Anatomie, M. Sappey. — Le système nerveux central; le système nerveux périphérique; les organes des sens; les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales, M. Chauffard.— Éléments morbides communs : fièvre, fluxion, inflammation, douleur, spasme, trouble des facultés intellectuelles; les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures.

Chimie médicale, M. Wurtz. — Chimie générale : Histoire chimique des métalloïdes, étude de l'air et de l'eau, des principaux acides, etc., au point de vue des applications médicales; les jeudis et vendredis, à midi.

Chimie biologique : Étude des phénomènes chimiques de la nutrition; sécrétions; les mardis, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale, M. Dolbeau. — Maladies des tissus et des systèmes : Tissus cellulaire, osseux, cartilagineux; muscles, articulations; système vasculaire : artères, veines et lymphatiques; les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Opérations et appareils, M. Léon Le Fort.— Médecine opératoire : Thérapeutique des maladies du cou, des voies respiratoires, du thorax, de l'abdomen, des organes génito-urinaires dans les deux sexes; hernies; les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures.

Histologie, M. Robin, suppléé par M. X..., agrégé. — Étude des éléments anatomiques et des humeurs (la première partie du programme imprimé du cours); les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie, M. Parrot.— De l'histoire de l'inflammation et de la fièvre; les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures.

Clinique médicale, MM. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu; Lasègue, à la Pitié; Hardy, à la Charité; Potain, à l'hôpital Necker; tous les jours de huit heures à dix heures du matin.

Clinique chirurgicale, M. Gosselin, à la Charité; Richet, à l'Hôtel-Dieu; Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté; Verneuil, à la Pitié; tous les jours de huit heures à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements, M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté ; tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Cours cliniques complémentaires.

Maladies des enfants, M. Blachez, à l'hôpital des Enfants ; les lundis, jeudis et samedis, à huit heures et demie.

Ophthalmologie, M. Panas, à l'hôpital Lariboisière ; les lundis, conférence clinique et exercices ophthalmologiques, à neuf heures du matin; les jeudis, opérations, à neuf heures.

Maladies syphilitiques, M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis ; les vendredis, leçon clinique, à neuf heures ; les mardis, leçon au lit des malades, à huit heures et demie.

Maladies des voies urinaires, M. Guyon, à l'hôpital Necker ; les mercredis, leçon clinique et opérations, à neuf heures ; les samedis, leçon au lit des malades et opérations à neuf heures.

Maladies de la peau, M. X.

École pratique.

Les exercices de dissection commenceront, à l'École pratique, le lundi 23 octobre. — M. Marc Sée, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 7 novembre. Il traitera des questions suivantes : Face, cou, tronc. (Suite du cours d'anatomie appliquée.) MM. les prosecteurs et les aides d'anatomie feront des cours à l'École pratique. Une affiche indiquera ultérieurement l'ouverture et le programme de ces cours.

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année. — Chimie médicale, physique médicale, anatomie.

Deuxième année. — Anatomie, histologie, dissections.

Troisième année. — Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.

Quatrième année. — Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, exercices pratiques de médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 22 septembre 1876, la chaire de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par arrêté en date du 20 septembre 1876, une session extraordinaire, exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, sera ouverte devant les Facultés des sciences et les Facultés des lettres, le 25 octobre 1876, pour les épreuves du baccalauréat.

— *Concours des prix de l'internat.* — Juges : MM. Siredey, Lasègue, Lépine, Damaschino; Benjamin Anger, Delens, Lucas-Championnière.

— *Concours de l'internat.* — Juges : MM. Audhoui, Dujardin-Beaumetz, Blachez, Laboulbène ; Terrier, Le Fort et Guéniot; juges suppléants : MM. Empis, Grancher, Bouchut, Briquet, Duguet, Liouville; Gillette, M. Sée, Nicaise, Desprès, Richet.

— MM. les docteurs Villeneuve fils et Marcorelles viennent d'être nommés, après concours, professeurs suppléants à l'École de médecine de plein exercice de Marseille.

— On annonce que, sur la proposition du directeur de l'Assistance publique, tous les hôpitaux et hospices de Paris vont être mis en communication télégraphique avec le bureau central d'admission.

— Le congrès médical de Turin s'est ouvert le 18 septembre, en présence du ministre Coppino, des autorités et d'un grand nombre de médecins italiens et étrangers. Plusieurs discours ont été prononcés. Parmi les orateurs figurait le représentant du ministre de l'instruction publique en France.

— *Maladies régnantes à Lyon.* — La constitution médicale, envisagée au point de vue des maladies saisonnières, accomplit lentement son évolution : les affections catarrhales du tube digestif diminuent de plus en plus, et celles de l'appareil respiratoire augmentent progressivement.

Les bronchites et les pneumonies primitives ne sont pas bien nombreuses, mais les catarrheux et les personnes qui ont la poitrine délicate commencent à sentir les effets de l'abaissement de la température, et doivent se prémunir contre ses fâcheuses conséquences.

Les affections rhumatismales, et la forme articulaire en particulier, augmentent de fréquence. Notons quelques cas de pleurésie de même origine.

Les maladies zymotiques entrent pour une certaine proportion dans les maladies actuellement en observation. Varioles et rougeoles sont relativement rares ; les fièvres typhoïdes font toujours quelques victimes.

Aux complications puerpérales signalées en ville l'autre semaine, ajoutons quelques faits de fièvre puerpérale observés à la maternité de la Charité.

L'état des services de chirurgie est moins satsfaisant : quelques érysipèles viennent compromettre le succès des opérations.

(*Lyon médical.*)

— *Tarif d'honoraires en Amérique.* — On ne compte pas moins dè 50 médecins à Savannah, dont 3 homœopathes et 2 thompsoniens, sans compter les praticiens nègres et autres qui opèrent en se passant de diplôme... J'ai sous les yeux le tarif imprimé des médecins de Savannah, et l'on ne saurait rien imaginer de plus pratique. Chaque visite, opération ou traitement, y est tarifé selon son importance. Une visite simple à un résident, 2 dollars; à un non-résident, 5 dollars; une visite à bord d'une navire pendant le jour, 5 dollars; pendant la nuit, 20 dollars; une visite pendant les heures où le médecin reçoit ses malades à son office, 20 dollars; un accouchement ordinaire, 50 dollars; avec complications, 100 dollars ; opération césarienne, 500 dollars; amputation d'un bras, 50 dollars; d'une jambe, 100 dollars, etc., etc. Ces prix ne sont toutefois qu'un minimum ; ils peuvent être augmentés selon l'importance des cas, à la discrétion du médecin, et un avis imprimé en tête du tarif avertit les clients que la note leur sera présentée tous les mois ou aussitôt que le traitement sera terminé. Ce système, introduit par un médecin belge, plaît beaucoup aux médecins et ne paraît pas déplaire aux malades. — (*Journal des Débats.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Notes et impressions d'un voyage dans les Trois Royaumes, écrites au courant du crayon, par le docteur Noël Guéneau de Mussy. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Des bains de mer chez les enfants, par le docteur Brochard. 2e édition. — 1 vol. in-12. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Contribution à l'étude du tétanos, étiologie, température et traitement par le chloral, par le docteur Chopard. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Ve Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur les variations de l'urée et de l'acide urique dans les maladies du foie, par le docteur Genevoix. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur le traitement des métrorrhagies en général et principalement sur les cautérisations intra-utérines, par le docteur Devins. — Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Essai sur les angines rhumatismales et goutteuses, par le docteur Lagoanère. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 113. — JEUDI 28 SEPTEMBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 28 SEPTEMBRE 1876. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

J'étais encore sous l'impression de la lecture de M. Jolly sur la nature et la destinée de l'homme et des animaux, lorsqu'on m'a remis, de la part de l'un de nos plus grands érudits, M. Garcin de Tassy, un exemplaire des *Allégories, récits poétiques et chants populaires*, traduits de l'arabe, du persan, de l'indoustan et du turc. Je n'eus rien de plus empressé que de faire ce que chacun de vous aurait fait, prendre mon couteau à papier et parcourir ce volume. Quelle n'a pas été ma surprise d'y trouver toute une argumentation en règle sur le sujet même du travail de M. Jolly, dans un chapitre intitulé : *Les animaux en discussion avec l'homme*, extrait d'un ouvrage arabe publié dans le huitième siècle! L'auteur, se reportant par la pensée aux origines du monde, place en présence les uns des autres les premiers hommes commençant leur œuvre de conquête sur tous les êtres de la création, et les premiers animaux asservis, réclamant et s'insurgeant contre les prétentions de leurs nouveaux maîtres à la prééminence et à l'autorité. La cause était portée devant Biwarasb, roi des Jins dans l'île de Balâ-Sâgûn. Après que le représentant des hommes eût présenté la justification de leur prétention et de leur droit à agir en maîtres envers les animaux, le roi se tournant du côté de ces derniers, leur demanda ce qu'ils avaient à répondre. Ce fut le mulet qui prit le premier la parole pour tous. Dans un discours au moins aussi éloquent que celui du représentant des hommes, le mulet conclut que rien ne prouve la légitimité d'une pareille prétention, que ce n'est de la part des hommes qu'une affaire de ruse, de tyrannie et d'oppression.

Après que chacun eut parlé, — et tous eurent leur tour, — il fallait juger le débat. Un dernier argument venait d'être victorieusement opposé à toute la dialectique de la gent animale. Il était emprunté à ce passage du Coran qui, promettant aux hommes fidèles aux commandements de Dieu, d'aller demeurer avec les prophètes et les saints, met le langage suivant dans la bouche des anges : « Salut à vous, soyez heureux, entrez ici et demeurez-y pour toujours. Mais vous, animaux, qui que vous soyez, vous êtes privés d'un tel bonheur; car vous tombez dans le néant en quittant ce monde, et il n'est plus question de vous. »

En entendant ces derniers mots, ajoute l'auteur, les agents des animaux et les chefs des Jins dirent : « Votre parole est vraie et votre preuve solide; vous avez raison de vous enorgueillir de telles choses. Mais vous devriez bien nous développer actuellement les belles qualités, les mœurs pures, les traits recommandables qui sont en rapport avec de si grandes faveurs. » Tous les hommes gardèrent alors le silence.

Ce dernier trait n'est-il pas charmant?

Je demande pardon, en faveur de ce temps de vacances et de loisirs où nous sommes, de cette petite escapade sur le domaine mouvant et sans fond de l'imagination, et je reviens sur le terrain plus ferme mais plus froid de la science.

Ce sont toujours les vétérans qui donnent l'exemple de l'activité et de la constance dans l'accomplissement des devoirs académiques. Que deviendraient sans eux les séances d'automne! C'est encore M. Piorry qui est revenu à la charge sur la question du spirophore, qu'il approuve, mais à la condition qu'on en rende l'application facile et pratique. Tout le monde sera de son avis. C'est ensuite M. Jules Guérin, qui, reprenant un des sujets d'étude qui ont été, dans le temps, l'objet de ses prédilections, a exposé dans un long mémoire, dont la lecture est restée inachevée, la physiologie et l'anatomie de la colonne vertébrale. Nous ferons remarquer dans l'énoncé seul du titre comme dans l'exposé méthodique du sujet, cet ordre de succession des deux titres : « physiologie et anatomie de la colonne vertébrale ». Ce n'est pas au hasard, ni sans une intention préméditée que ces deux termes sont mis dans un ordre inverse de celui qui est le plus usuellement adopté. C'est en vertu de cette proposition, en apparence paradoxale, mais en réalité profondément physiologique : « la fonction fait l'organe », qui a servi de texte à l'un des plus remarquables mémoires de M. J. Guérin, qu'il a étudié, dans ce dernier travail, la physiologie d'abord, puis l'anatomie de la région spinale, convaincu que la connaissance précise de la fonction éclairerait d'avance et dirigerait la recherche de la constitution anatomique.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

Atrophie musculaire progressive (1).

III

A propos du malade dont je vous ai fait l'histoire dans notre dernière réunion, je vous ai dit que nous n'avions trouvé chez

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 septembre.

lui aucune circonstance étiologique appréciable, quelle qu'elle fût. Il s'agit en effet d'un homme parfaitement sain, sans aucune diathèse et sans antécédents héréditaires.

C'est un fait qui n'est pas absolument rare que de voir des individus qui sans cause connue, sans avoir jamais fait d'excès vénériens, sans avoir été exposés à un refroidissement, sans avoir eu de grands chagrins, chez lesquels enfin il n'existe aucune circonstance héréditaire, présentent tout à coup les premières manifestations de l'amyotrophie protopathique. Telle est du moins l'opinion de Duchenne (de Boulogne), dont on ne saurait méconnaître la compétence en pareille matière. Mais, comme je vous l'ai déjà fait pressentir, il est ordinairement un certain nombre de causes qui exercent sur l'apparition de cette maladie une véritable influence. Parmi celles-ci, la plus importante est, sans contredit, l'hérédité. Il existe, ainsi que l'a démontré M. Charcot des faits extrêmement probants dans lesquels l'atrophie musculaire s'est succédé dans la même famille, pendant plusieurs générations successives; mais il faut dire que cette influence héréditaire n'est pas toujours aussi évidente, et que si l'on s'en tient pour l'établir aux simples renseignements fournis par le malade et même par les ascendants qui sont affectés de la lésion de la moelle qui fait l'objet de cette leçon, on doit s'attendre à de nombreux mécomptes.

Je vous ai dit, en effet, que l'amyotrophie protopathique pouvait envahir d'abord le tronc et n'affecter que plus tard le membre supérieur. Or, comme les muscles du tronc n'interviennent que d'une façon secondaire dans l'exécution des mouvements, il en résulte que les lésions atrophiques, dont ils sont le siége, peuvent passer complétement inaperçues de la part des malades. Duchenne (de Boulogne) cite des cas dans lesquels il existait, chez le père ou la mère d'un individu affecté d'atrophie musculaire, une atrophie du pectoral, du trapèze, dont ceux-ci ignoraient absolument l'existence.

Une autre circonstance étiologique qui n'est pas non plus sans avoir une certaine importante, ce sont les travaux musculaires exagérés. Il est parfaitement démontré par l'observation que quand on soumet un groupe de muscles à des efforts excessifs, on peut les voir affectés de préférence à toutes autres parties du système musculaire. Mais ici, comme pour l'hérédité, il faut, pour que l'atrophie se produise, qu'il existe une prédisposition individuelle.

L'atrophie musculaire progressive affecte de préférence les adultes et parmi ceux-ci, ce sont surtout les hommes âgés de 15, 18 à 40 ans qui sont particulièrement frappés. Mais il faut bien se garder de croire pour cela que les enfants soient à l'abri, et, si l'on n'a rapporté qu'un nombre restreint d'observations dans lesquelles la maladie s'est développée chez des individus peu âgés, cela tient à ce que l'amyotrophie protopathique est généralement confondue avec la paralysie infantile et à ce qu'on a englobé, sous cette dernière désignation, tous les cas dans lesquels l'atrophie coïncidait avec la paralysie. Souvent, en effet, les choses se passent ainsi, mais il est des cas incontestables dans lesquels la maladie a suivi exactement, chez les enfants, la même évolution que chez les adultes. D'après Duchenne (de Boulogne) l'atrophie musculaire progressive présente, chez les enfants, cette particularité qu'elle affecte un certain nombre de muscles innervés par la branche inférieure du facial. C'est ordinairement l'orbiculaire des lèvres qui est affecté le premier, et de ce fait que le muscle a perdu la plus grande partie de sa tonicité, il résulte que la bouche est largement fendue, la lèvre inférieure, grosse et pendante et qu'elle se porte fortement en avant, quand le malade veut rire. Cette attitude spéciale mérite ainsi le nom que lui a donné Duchenne de *rire en cul de poule*. En même temps, l'articulation des labiales se fait avec une très-grande difficulté; et ce qui prouve bien que dans ces cas il s'agit réellement d'une atrophie musculaire progressive; c'est qu'après l'invasion de l'orbiculaire, bientôt suivie de celle du muscle de la houppe du menton, on ne tarde pas à voir survenir des atrophies musculaires qui, commençant par la main, se portent ensuite sur le membre supérieur pour affecter enfin les muscles du tronc. Ajoutons que dans ces cas il existait toujours des antécédents héréditaires non douteux.

On a encore invoqué d'autres influences étiologiques que celles que je viens de vous énumérer, mais elles sont bien moins positives que les précédentes. Tels sont les chagrins, les excès vénériens de toutes sortes, coït, masturbation. Il est certain, en effet, que très-souvent on serait bien embarrassé de trouver d'autres raisons pour expliquer le développement de la maladie, mais elles me paraissent n'avoir qu'une action très-modérée, et je crois qu'il faut qu'elles coïncident avec une grande prédisposition individuelle pour que ces influences amènent l'atrophie. Enfin laissez-moi ajouter que ces causes, ordinairement peu importantes, exerceront une action plus considérable, s'il y a dans la famille du malade des antécédents héréditaires, et qu'elles joueront alors le rôle de causes occasionnelles.

Dans les cas types, analogues par exemple, à celui du malade qui est actuellement dans nos salles, dans lesquels l'atrophie musculaire suit la marche que je vous ai décrite, affectant d'abord les muscles de la main, puis successivement ceux des membres supérieurs et du tronc; dans les cas où cette atrophie n'est précédée d'aucune espèce de douleurs et où les fibres musculaires ont conservé jusqu'à la fin leur contractilité électrique, je ne crois pas qu'il soit possible de faire une erreur de diagnostic. Mais, la maladie n'évolue pas toujours avec une régularité aussi parfaite : et il est d'autres affections de la moelle dans lesquelles l'atrophie musculaire est chose commune. D'autre part, quand les malades présentent une atrophie musculaire peu étendue, quand ils ne donnent que des renseignements incomplets sur leurs antécédents héréditaires, il peut arriver que l'on méconnaisse une amyotrophie protopathique.

Il est, en effet, un certain nombre d'affections susceptibles de donner lieu à une atrophie musculaire portant, soit sur les muscles mêmes qui sont ordinairement envahis par l'amyotrophie protopathique, soit sur un nombre de muscles suffisant pour rendre l'erreur possible. Parmi ces maladies capables de produire une amyotrophie étendue, je vous citerai d'abord celle que Duchenne (de Boulogne) a désignée sous le nom de paralysie générale spinale antérieure suraiguë, et qui a pour symptôme principal une paralysie qui d'abord limitée à un membre tout entier, ou à un segment de membre, s'étend ensuite, en affectant tantôt une forme ascendante, tantôt une forme descendante, à la plus grande partie du corps. Bientôt l'atrophie suit la paralysie, et après un certain temps le membre présente une diminution de volume plus ou moins considérable. Mais ici le début est rapide, puis la paralysie ne tarde pas à diminuer, et avec elle l'atrophie elle-même disparaît au point que le malade arrive à recouvrer en totalité ou en grande partie l'usage de ses membres, sans que ceux-ci présentent la moindre déformation. Il ne faudra pas moins interroger le malade avec le plus grand soin, s'informer si l'atrophie est venue avant la paralysie et si, après avoir débuté d'abord par la main, elle n'a pas successivement envahi le bras, puis les muscles du tronc. J'ajouterai que dans la première période de

la paralysie générale spinale suraiguë, il y a d'emblée, et avant l'apparition de l'atrophie, une diminution considérable et parfois même une abolition complète de la contractilité électrique qui vous permettra encore d'établir votre diagnostic différentiel. Ces faits de paralysie générale spinale antérieure suraiguë ne sont pas très-rares.

Une autre maladie que l'on pourrait confondre avec celle que nous étudions, est la paralysie spinale infantile. Dans les cas ordinaires où il s'agit de cette affection, le diagnostic est assez facile, car elle débute brusquement et le plus souvent s'accompagne d'un état fébrile, à la suite duquel on voit survenir une paralysie complète et qui précède d'un certain temps la production et la localisation des atrophies musculaires. Enfin, dans cette maladie, ce sont ordinairement les membres inférieurs qui sont affectés.

Il est encore des atrophies musculaires tout à fait circonscrites qui peuvent être confondues avec l'amyotrophie protopathique. C'est ainsi que dans l'atrophie des muscles qui est consécutive à une névrite ou à une lésion traumatique du cubital, on voit survenir une dégénérescence des fibres musculaires innervées par les filets de ce nerf. Il en résulte alors cette disposition particulière de la main que l'on désigne sous le nom de main en griffe. Mais dans ces cas, ces lésions trophiques ont été généralement précédées de douleurs; d'autre part, au lieu d'être dans un état en flexion aussi prononcé que les autres doigts, le médius et l'index, continuant à être innervés par le médian, ne sont que modérément fléchis.

A la suite d'un rhumatisme, l'atrophie envahit parfois le deltoïde, mais elle a été pendant longtemps précédée de douleurs intolérables, ce qui permet de faire le diagnostic différentiel. On a encore signalé la lèpre tuberculeuse vraie, comme pouvant donner lieu à un certain degré d'atrophie musculaire susceptible d'induire en erreur. Dans ces cas, en effet, on peut voir survenir la dégénérescence atrophique des muscles des éminences thénar et hypothénar. Il importe alors d'interroger le malade avec soin, de rechercher s'il n'a pas présenté sur la peau une éruption de taches d'abord rouges, blanches plus tard, si cette éruption ne s'accompagnait pas d'un certain degré d'anesthésie, si enfin le sujet n'a pas habité un pays où la lèpre existe à l'état endémique. Les cas dans lesquels cette maladie produit ainsi des névrites, qui donnent lieu à des atrophies musculaires et en même temps à une contraction des fléchisseurs des doigts, sont d'ailleurs excessivement rares.

Enfin, on a dit encore que dans certains cas d'empoisonnement par le plomb, l'atrophie musculaire pouvait se généraliser plus ou moins. Mais alors, ces lésions ont été précédées de tous les phénomènes qui caractérisent l'intoxication saturnine; très-souvent encore elle ne s'est montrée qu'à la suite de paralysies limitées, et enfin il existe une abolition complète de la contractilité électrique, sans rapport avec le degré d'atrophie.

J'ajouterai encore que dans ces dernières années, on a dit qu'une atrophie musculaire étendue et progressive pouvait être due à certaines lésions diffuses des nerfs, et on a signalé des observations dans lesquelles il existait une véritable atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle. Mais ces faits sont encore à l'étude et ont besoin d'être confirmés par l'expérience.

Quoi qu'il en soit, ce que je viens de vous dire, au sujet de certaines maladies, démontre suffisamment qu'il est des cas dans lesquels le diagnostic de l'atrophie musculaire protopathique est réellement d'une extrême difficulté.

Voyons maintenant quel est l'avenir qui attend les individus affectés de cette maladie, comment ils meurent et quelle est la durée de l'amyotrophie progressive?

Il est des faits dans lesquels la maladie marche d'un pas égal, jusqu'à ce que la mort s'ensuive, mais celle-ci n'arrive qu'après un temps assez long. Dans ces cas les plus rapides, la terminaison fatale n'a pas mis moins de deux ans à survenir. Vous avez vu que chez notre malade les premiers accidents datent déjà de quatre ans, et, suivant toute apparence, il vivra longtemps encore. D'autres fois l'amyotrophie progressive se fait remarquer par une durée extraordinaire. On cite des cas dans lesquels des individus, chez qui la maladie avait débuté vers l'âge de dix-huit ou vingt ans, sont morts septuagénaires. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et, en général, l'évolution de la maladie exige sept, huit, dix ou quinze ans. Il s'en faut de beaucoup, en effet, qu'elle soit toujours progressive et qu'elle ne subisse pas de temps d'arrêt. Il est nombre de cas dans lesquels la maladie est restée stationnaire, tantôt d'une manière indéfinie, tantôt pendant un temps très-long, quelquefois pendant sept, huit ans, au bout desquels elle reprend sa marche envahissante et finit par entraîner la mort.

Les causes de la terminaison fatale sont variables. La mort a lieu tantôt par le fait de l'envahissement progressif des muscles qui sont nécessaires à la mastication ou à l'appréhension des aliments, ou à la déglutition; tantôt par l'extension de la maladie à ceux qui concourent à l'acte de la respiration. Je vous ai signalé le cas d'un individu qui, par le fait d'une atrophie des muscles abaisseurs de la mâchoire, a fini par mourir d'inanition. Chez d'autres, la mort résulte de l'atrophie des muscles de la langue, des constricteurs du pharynx, des muscles du voile du palais, et, dans ces cas encore, elle est due au défaut d'alimentation. Ailleurs, quand ce sont les muscles essentiels à la respiration qui sont affectés, quand l'atrophie porte sur le diaphragme, sur les intercostaux, le vie des malades est gravement compromise, et il peut arriver que, toutes les puissances respiratoires étant abolies, la mort survienne par le fait de l'asphyxie.

Dans un certain nombre de cas, celle-ci est déterminée par une maladie intercurrente : la respiration ne s'accomplissant plus que d'une manière imparfaite et difficile, il suffit d'une bronchite en apparence très-légère pour que la mort s'ensuive.

D'autre part, l'atrophie que je vous ai signalée dans les cellules motrices des cornes antérieurs peut gagner de proche en proche et envahir les noyaux d'origine des nerfs bulbaires. C'est alors qu'on voit survenir des phénomènes de paralysie labio-glosso-laryngée. Ce sont là, il est vrai, des faits peu communs, mais assez fréquents cependant, pour que l'on soit en droit de se demander si la paralysie labio-glosso-laryngée n'est pas une forme de l'atrophie musculaire progressive. Duchenne (de Boulogne) voulait en faire simplement une complication, une maladie surajoutée. Hallopeau, au contraire, la considère comme une forme de l'amyotrophie protopathique qui porterait surtout sur les cellules des noyaux de bulbe. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il est des faits incontestables dans lesquels la paralysie labio-glosso-laryngée s'accompagne d'atrophie musculaire progressive et où la maladie s'est terminée par les phénomènes qui sont la conséquence de l'envahissement des noyaux bulbaires. Mais d'un autre côté, quand on lit les descriptions de Duchenne, quand on voit la maladie affecter d'emblée la forme paralytique, sans atrophie préalable appréciable, on est alors tout disposé à croire à une simple complication, à une forme de paralysie glosso-labio-laryngée dans laquelle la paralysie ouvrirait la scène et où les phénomènes

d'atrophie musculaire ne joueraient que le rôle secondaire.

Les altérations, qui surviennent dans les fibres musculaires, amènent souvent des modifications de structure, des déformations et même une impotence absolue des membres; mais il faut se rappeler que la maladie peut aussi rester stationnaire, ou bien qu'elle peut affecter seulement les muscles du tronc et permettre au malade de vivre pendant un grand nombre d'années.

Il n'en est pas moins vrai, que le plus souvent, la condition des individus affectés d'atrophie musculaire progressive est réellement des plus misérables; réduits à l'immobilité la plus absolue, à un véritable état squelettique, ils sont d'autant plus à plaindre que la conservation complète de leur intelligence leur promet d'apprécier leur situation dans tout ce qu'elle a de pénible.

Les cas où la maladie s'arrête sont ceux dans lesquels les lésions se rattachent à un excès de travail musculaire, Duchenne (de Boulogne) a signalé deux ou trois observations de ce genre chez des individus qui par leur profession avaient été obligés de surmener outre mesure leur système musculaire. Les cas les moins favorables sont ceux où il y a une prédisposition héréditaire. Le même auteur cite l'exemple d'un capitaine au long cours, qui, après avoir vu mourir de cette affection deux de ses oncles et ses deux frères, finit lui-même par succomber à cette terrible maladie.

Que doit-on faire contre l'atrophie musculaire protopathique? Si les médecins sont impuissants à la combattre avec efficacité, ils peuvent cependant encore faire quelque chose pour essayer d'enrayer les progrès du mal. Duchenne (de Boulogne), dont on ne saurait trop invoquer l'expérience, recommande la faradisation musculaire localisée. Certes, on ne peut espérer, par l'emploi de ce moyen obtenir la guérison, mais il est certain que, par le fait du passage des courants induits, on peut rendre aux muscles une partie de leur contractilité, par suite leur volume primitif, et provoquer ainsi le retour de certains mouvements. Mais pour obtenir un résultat efficace, il faut commencer le traitement alors que le muscle est en voie d'atrophie, parce que, il est un moment où l'atrophie est arrivée à un degré tel, qu'il n'existe plus aucune espèce de contractilité musculaire. On devra, en outre, recourir à des courants dont la tension soit suffisante, pour qu'ils pénètrent dans toute l'épaisseur du muscle. D'autre part, il est nécessaire que les séances de faradisation ne soient pas très-longues et que les courants employés ne soient pas très-forts, car on ne ferait qu'activer l'atrophie. Duchenne recommande également de ne pratiquer la faradisation que tous les deux jours seulement et de ne pas la prolonger au delà d'un quart d'heure, vingt minutes au plus. De plus, pour qu'elle soit bien faite, il faut que les réophores soient appliqués au centre du muscle et suffisamment rapprochés l'un de l'autre, pour que celui-ci soit traversé par le courant. Ce traitement qui exige une assez grande patience de la part du malade et du médecin, devra être continué pendant plusieurs mois. Enfin, j'ajouterai que Duchenne (de Boulogne) recommande également l'électrisation de la moelle par les courants continus, et de faire marcher de pair ces deux modes de traitement. A cela, on pourra joindre l'administration des bains sulfureux, l'usage de l'arsenic, de la strychnine, du phosphore, bien que cependant ils ne paraissent pas rendre de services notables. Mais ce qui ne doit pas être négligé, c'est d'obliger le malade à ne se livrer à aucun effort musculaire et de le condamner à un repos absolu, sans lequel il n'est pas rare de voir la maladie reprendre sa marche progressive.

MATERNITÉ DE SAINT-PÉTERSBOURG

Hystérotomie par section hypogastrique

Par le professeur A. de Krassowski,
médecin accoucheur de la maison de S. M. l'Empereur de Russie.

I

Deux premières observations d'hystérotomie pratiquées par l'auteur ont été décrites avec le plus grand soin dans la thèse du docteur Reyn. Nous publions aujourd'hui deux nouvelles observations couronnées de succès.

Troisième observation. — *Hystérotomie sur la partie supra-vaginale de l'utérus par la section hypogastrique. Fibromiome cystique de l'utérus. Adhérences péritonéales, épiploïques, mésentériques, intestinales et vésicales de la tumeur. Perte de sang modérée. Perforation avec le doigt de l'S romanum pendant la séparation des adhésions, suture de l'intestin. Drainage dans les cavités abdominale et pelvienne. Guérison.*

Il fut constaté chez Mme veuve Pl..., âgée de trente-neuf ans, un fibrome cystique de l'utérus; cette malade accoucha quatre fois, était régulièrement réglée; quoique la menstruation fut toujours très-forte, l'état général était assez satisfaisant. La tumeur occupait les cavités pelvienne et abdominale. Pendant les quatre années de sa maladie, avec le temps qu'elle resta à la clinique (du 1er octobre 1874 jusqu'au 20 mai 1876, à peu près 20 mois), elle fut atteinte plusieurs fois d'inflammation des organes abdominaux; et, malgré de fréquentes explorations, jamais l'on ne put se douter de la quantité d'adhérences de la tumeur, que l'on constata en opérant la malade, alors surtout qu'à chaque exploration on pouvait être convaincu de la mobilité de la tumeur. L'ascite était évidente et la quantité du liquide diminuait et augmentait; ce dernier cas se remarquait constamment pendant la menstruation. La tumeur se développait rapidement, et les derniers mois, surtout après la ponction, son accroissement fut très-visible, et en même temps le ramollissement de la tumeur et la fluctuation de son contenu étaient palpables sur une plus grande étendue.

La ponction eut lieu le 9 janvier 1876 avec l'appareil de Dieulafoy; elle fut faite dans le but de diminuer le volume de la tumeur, suivant le diagnostic; on évacua 14,324 grammes de liquide gluant, ressemblant à du café clair. Un mois et demi après, la tumeur atteignit ses dimensions précédentes, le diagnostic resta le même, l'état général de la malade empira. Voyant que la malade dépérissait à vue d'œil et qu'elle demandait absolument à être opérée, je me décidai à pratiquer l'hystérotomie, qui eut lieu le 25 mai 1876, à dix heures du matin, à la section des femmes de notre clinique. La malade fut endormie par le chloroforme. Mes aides furent le professeur Horwitz, les docteurs Bredoft, Chrszanswitsch, Reyn et Lebedeff; les docteurs Moultanswsky, Danillo, Rechetilloff, plusieurs autres médecins et quelques étudiants du cinquième cours assistaient à l'opération.

L'ouverture de la cavité abdominale fut faite au moyen d'une incision de 11 centimètres de longueur, au-dessous de l'ombilic, sur la ligne blanche; une petite quantité de liquide ascitique s'écoula, et, entre les bords de la plaie, se firent jour plusieurs kystes de différente grosseur (d'un œuf de poule à une cerise), clairs, ayant leurs pédicules creux, qui se dirigeaient vers le péritoine; la pression de chacun de ces kystes démontrait que le liquide passait du sac au pédicule, qui paraissait se terminer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le contenu des kystes était clair et un peu gluant. Le péritoine était plus gros que de coutume, pâle, œdémateux et traversé par des varicosités de veines. Après avoir détruit ces kystes, je fis la ponction de la tumeur de l'utérus à l'endroit où la fluctuation était le plus perceptible, et ce point fut trouvé vers l'angle supérieur de la plaie; il en sortit à peu près 14,733 grammes d'un liquide un peu plus foncé et plus gluant que celui qui fut évacué par la ponction abdominale. Après l'évacuation de tout le liquide, la tumeur se présentait sous la forme d'un sac, plus gros qu'une tête d'homme, et

ayant en plusieurs endroits de très-épaisses parois. Comme on put le constater ensuite, la tumeur se composait : de l'utérus, un des ovaires (le droit?), presque les deux ligaments larges et la paroi de l'S romanum; la partie supra-vaginale de l'utérus servait, pour ainsi dire, de pédicule à la tumeur. La tumeur avait avec les organes voisins des adhérences : *totales*, épiploïques et mésentériques; *partielles*, péritonéales, intestinales et vésicales.

Au premier abord, il était très-difficile, non-seulement de limiter la tumeur, mais même de distinguer sa surface. Les adhérences avaient la forme de faisceaux minces ou gros (leur forme était différente : plate, ronde); elles étaient toutes molles et longues (1), vasculaires, surtout les adhérences mésentériques, qui avaient des vaisseaux de la grosseur d'une plume d'oie. Malgré tous ces obstacles qui semblaient d'abord être insurmontables, les adhérences épiploïques, mésentériques et péritonéales furent enlevées : il fallut placer sur chaque adhérence deux ligatures en masse, de soie fine, et couper l'adhérence entre les deux ligatures; il fallut quelquefois réunir plusieurs adhérences filamenteuses en un seul faisceau, tandis qu'il se trouvait des adhérences qu'il fallait diviser en plusieurs parties. En un mot, il y eut dix-huit ligatures placées à demeure, et autant encore qui restèrent sur la tumeur. De cette manière, on réussit enfin à délivrer la tumeur de ses adhérences avec les organes abdominaux. Ce ne fut qu'à l'aide de l'exploration vaginale et par la plaie abdominale, par le déplacement des masses fécales dans l'S romanum (dont les parois présentaient de fortes adhérences à la tumeur sur une étendue de 20 centimètres), et en ayant rempli la vessie urinaire d'eau tiède, qu'on put se faire une idée des rapports de la tumeur avec les organes de la cavité pelvienne, et du plan qu'il fallait suivre pour continuer l'opération, dont nous donnons la description la plus exacte.

Comme les ligaments et les adhérences voisines étaient très-vasculaires, il est évident qu'il fallait préserver la malade d'une hémorrhagie consécutive et commencer par les ligaments. Dans le ligament large droit, près du bord de l'utérus, fut pratiquée une ouverture avec un crochet (2), à l'aide duquel on fit passer par cette ouverture la chaîne de l'écraseur, dans laquelle on enclava, temporairement, le ligament large. Ce moment de l'opération était très-difficile pour deux causes :

1° Le peu de longueur du ligament, qui dépendait de ce que la tumeur s'y était engagée (dans le ligament gauche, c'était beaucoup plus évident).

2° La forte vascularisation (plusieurs vaisseaux étaient de la grosseur du petit doigt) des ligaments et des adhérences voisines; ces dernières, suivant le besoin, furent enclavées ou dans le clamp, ou dans la chaîne de plusieurs écraseurs à part. Le ligament large gauche n'était pas encore enclavé dans l'écraseur, attendu qu'il se trouvait à trop grande proximité de l'S romanum, qui n'était pas encore séparé de la tumeur. L'utérus fut enclavé par sa partie supra-vaginale, près de l'orifice interne du canal cervical, dans la chaîne de l'écraseur, en faisant surtout attention à la vessie.

Pour faire passer la chaîne en cet endroit, je profitai de l'ouverture qui était déjà pratiquée pour la ligature du ligament large; quant au ligament large gauche l'ouverture fut faite au bistouri, à 2 centimètres du bord de l'utérus, de sorte que la chaîne saisissait aussi une partie du ligament large gauche. Après avoir placé tous les écraseurs, je passai, avec l'aide de mon trocart pour les ovariotomies, un drain dans la profondeur de la cavité de Douglas, de sorte qu'un bout du drain resta dans la plaie abdominale et l'autre bout fut repris par le vagin. Pour interrompre complétement la circulation du sang entre la tumeur et le système général vasculaire, il ne restait qu'à resserrer la partie intacte du ligament large gauche et à enlever l'adhérence rectale; cette mesure était d'autant plus nécessaire que la malade devenait de plus en plus faible, car la perte de sang par la tumeur, quoique modérée, durait assez longtemps, et qu'une partie du colon descendant restait plus d'une heure hors de la cavité abdominale; il est évident qu'avant on était dans l'impossibilité de le replacer. L'adhérence de la tumeur avec le rectum était, comme nous l'avons déjà dit, très-forte sur une étendue considérable en longueur comme en largeur et était composée d'un tissu cellulaire ancien et non vasculaire. La détruire avec le bistouri était impossible, attendu qu'il était très-difficile de percevoir les limites de l'intestin qui n'était palpable que par les matières fécales qui s'y trouvaient; c'est donc pourquoi on se décida à la séparation des adhérences avec la main, comme nous agissons ordinairement en pratiquant l'ovariotomie. D'abord cette manipulation nous réussit, mais bientôt après le doigt tomba sur la masse fécale. L'intestin était perforé et l'ouverture n'était pas moins de 1 centimètre; on y appliqua sur-le-champ une suture intestinale et toutes les tentatives de prolonger ce procédé furent abandonnées. Il ne restait qu'à laisser le lambeau adhérer à la tumeur et de le faire passer dans la suture de la plaie; c'est pourquoi je fis passer dans ce lambeau une aiguille à double fil métallique, qui fut resserré par le serre-nœud du docteur Cintrat, et le morceau fut séparé de la tumeur; dans une de ces anses fut enclavée aussi la partie, jusqu'à présent restée intacte, du ligament large gauche.

(1) La mobilité de la tumeur s'explique par la longueur des adhérences, l'état œdémateux du tissu cellulaire sous-péritonéal et la mobilité même des organes avec lesquels l'utérus présentait des adhérences.

(2) Ce crochet à manche est émoussé, flexible et troué à son bout; je l'ai inventé spécialement pour faire passer la chaîne de l'écraseur quand je pratique l'hystérotomie, et pour percer les ligaments larges ou les adhérences fortement vasculaires.

DE LA LYMPHADÉNITE PÉRI-UTÉRINE

Par le docteur AUGER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — D'accord avec les auteurs modernes, nous admettons une inflammation du tissu cellulaire pelvien. — Cette inflammation siége le plus souvent primitivement dans le tissu cellulaire du ligament large, dans celui de la fosse iliaque, et quelquefois même dans le tissu cellulaire situé plus haut le long de la colonne vertébrale. — Elle est toujours consécutive à une plaie de l'utérus (qu'elle soit puerpérale ou non). — Elle reconnaît toujours pour cause une inflammation des lymphatiques et des ganglions de la région envahie. Nous proposons de lui donner le nom de lymphadénite péri-utérine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1876. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse une lettre par laquelle est approuvée l'élection de M. Poggiale comme trésorier, en remplacement de M. Gobley, décédé.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Cazin (de Boulogne-sur-Mer) qui se porte candidat au titre de membre correspondant national. (Comm. des correspondants.)

PRÉSENTATIONS

M. BARTH présente, de la part de M. le docteur Leplaive, une brochure intitulée : *Les Diathèses*.

M. DEPAUL présente une note manuscrite de M. le docteur Labordette sur l'emploi du spéculum laryngien. Il insiste particulièrement sur l'utilité de l'introduction d'un insufflateur chez les nouveau-nés qui n'ont pas respiré, le contact seul de l'instrument avec la muqueuse laryngienne suffisant quelquefois pour amener des contractions de tout l'appareil respiratoire. Il rappelle également les expériences qu'il a entreprises sur l'importance de la contraction des mâchoires chez les noyés comme signe de vie, et les avantages que l'on peut retirer de l'introduction de son spéculum dans la bouche au point de vue de la détermination de ce signe. En effet, l'introduction de son spéculum dans la bouche d'une personne frappée de mort donne la certitude de la mort, si, en le retirant, la mâchoire ne se referme pas.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris Ve Adrien Delahaye et Ce.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE SPIROPHORE DE M. WOILLEZ.

M. PIORRY se défend vis-à-vis de M. Woillez d'avoir dit que le spirophore n'avait qu'un intérêt de curiosité; il a dit seulement que cet appareil était d'un usage incommode, difficile et embarrassant à manier, et qu'il fallait espérer que l'on parviendrait à le rendre plus commode et plus pratique. M. Woillez lui-même partage cette opinion, puisqu'il parle de perfectionner son appareil.

M. Piorry n'admet pas le mot de syncope, phénomène que les uns attribuent primitivement au cœur qui cesse de se contracter, les autres au cerveau paralysé par la crainte, d'autres à l'anémie cérébrale, d'autres enfin à une absence d'innervation encéphalique. Il ne croit pas que chez un homme qui se noie, il y ait primitivement, et par suite d'une terrible émotion morale, une cessation de l'abord du sang vers le cerveau consécutif à une sorte de paralysie du cœur. Il pense que ce sont des troubles, et même un arrêt de la circulation cardiaque, qui rendent impossible le cours du sang dans le cerveau, comme c'est le défaut d'oxygène dans le sang, produit par la submersion, qui cause la mort.

M. Piorry a été conduit par les faits cadavériques et par ses recherches plessimétriques à adopter cette idée, et il reconnaît que dans tous ces cas le spirophore serait d'une immense utilité. Mais s'il y a des caillots volumineux formés dans le cœur, tous les moyens seront insuffisants pour rappeler un submergé à la vie.

L'examen plessimétrique ajoute M. Piorry, qui permet de constater exactement le volume des diverses portions du cœur donnera des notions très-utiles sur l'état de dilatation, de consistance de ces parties, ainsi que sur les dimensions qu'elles peuvent présenter lors des dimensions et des insufflations du spirophore.

En résumé, M. Piorry loin d'être ennemi du spirophore, en est au contraire partisan, et il espère que les perfectionnements que M. Woillez apportera à la confection de son instrument le rendront plus commode et plus pratique.

LECTURE

Physiologie et anatomie de la colonne vertébrale. — M. JULES GUÉRIN lit sous ce titre la première partie d'un mémoire, dont l'objet est d'établir :

1° Qu'il existe des mouvements spéciaux de flexion et d'inclinaison latérales de la colonne qui n'avaient pas été déterminés jusqu'ici; 2° qu'à ces mouvements de flexion et d'inclinaison correspondent des dispositions articulaires spéciales et des moteurs spéciaux; 3° que ces mouvements spéciaux de flexion et d'inclinaison latérales deviennent, sous l'influence de certaines causes, le point de départ et les premiers phénomènes d'une classe entière de déviations latérales, par conséquent, une des sources principales de leurs caractères anatomiques. C'est à l'exposition et au développement de ces trois ordres de faits nouveaux qu'est consacré ce mémoire.

Les considérations physiologiques très-étendues que M. J. Guérin a développées dans ce mémoire, et qu'il déduit des résultats de l'observation et de l'expérimentation, en ce qui concerne les mouvements latéraux de la colonne, peuvent se résumer ainsi :

Les mouvements latéraux de la colonne observés dans leur phénomalité toute expérimentale, sans considération d'aucune des conditions articulaires ni des agents dynamiques qui les produisent, offrent de sa base à son sommet :

1° Un mouvement d'inclinaison de totalité de la colonne sur le sacrum;

2° Un mouvement de flexion de la colonne au niveau des onzième et douzième dorsales, ou d'inclinaison de la région dorsale sur la région lombaire;

3° Un mouvement d'inclinaison de totalité de la région cervicale sur la région dorsale;

4° Un mouvement d'inclinaison de la tête sur l'extrémité de la colonne cervicale;

5° Finalement une flexibilité latérale décroissante au-dessus de chacun de ces trois points : sacro-lombaire, dorsal inférieur, cervical inférieur, et une rigidité décroissante au-dessous de chacun des mêmes points.

M. Guérin commence ensuite la lecture de la partie anatomique de ce travail, mais, le temps lui manquant pour la terminer, il demande que la parole lui soit réservée mardi prochain.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

ONZIÈME LETTRE

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DANS L'ALLEMAGNE DU NORD ET DU SUD : DE LA CONSTITUTION DU CORPS ENSEIGNANT DANS LES UNIVERSITÉS; LES ÉTUDIANTS.

Leipsig, 17 mai 1876.

Monsieur le directeur,

Avant d'aborder en lui-même et avec quelque détail l'exposé de cette grave question de la constitution du recrutement et de la situation du corps enseignant dans les universités de l'Allemagne, nous désirerions mettre sous les yeux des lecteurs de la *Gazette* quelques considérations générales, émanées d'un homme d'une incontestable compétence, sur l'université allemande, son esprit et ses méthodes.

Sans entrer de suite dans la discussion que pourrait entraîner nombre de ces réflexions, permettez-nous de faire en entier la citation. Les pages qui suivent sont traduites du livre de M. de Sybel, dont nous vous avons déjà entretenu, et sur lequel il nous a paru important de revenir (2).

« Les universités allemandes, dit le professeur de Bonn, actuellement directeur des Archives d'État à Berlin, jouissent de nos jours d'une autorité aussi grande que justifiée. Tandis que chez nous, il existe à peine une controverse légère sur les principes qui président à la méthode d'enseignement, que cette question entraîne tout au plus quelques divergences insignifiantes d'opinions, et que, sans nul dommage pour les fondements même de nos méthodes, on poursuit de temps à autre des solutions plus ou moins définitives, mais toujours utiles, nous voyons chez de grands peuples, nos voisins, l'organisation actuelle des universités remises en question de fond en comble, des réformes capitales impérieusement demandées, et partout les écoles supérieures de l'Allemagne de plus en plus regardées comme le meilleur et le plus parfait modèle. « Nul doute, dit « M. Grant-Duff, un des hommes les plus compétents en matière « d'instruction en Europe, que les universités allemandes, en dépit de « quelques rares imperfections, ne soient de beaucoup en avance sur « toutes les institutions étrangères du même genre. »

« Une petite université allemande, dit un des savants français les « plus estimés, E. Renan, avec ses médiocres professeurs et ses pau- « vres privat-docents, rend plus de service à la science que les riches « et puissants établissements d'enseignement supérieur d'Oxford ou « de Cambridge. » De telles louanges ne peuvent qu'être extrêmement flatteuses à notre sentiment national; mais ne doivent-elles pas être aussi pour les esprits sensés et patriotes le point de départ d'un examen de conscience sérieux. Occupons-nous, en effet, le haut rang où cette voix sympathique nous place, et si les étrangers ont, en un certain sens, plus d'un exemple à prendre sur nous, n'aurions-nous pas de notre côté quelques emprunts à leur faire?

« Les temps modernes ont amené de grandes ressemblances dans la république des nations; n'est-il point juste d'admettre que mêmes processus, que phénomènes identiques ne se soient produits à propos des universités.

« Cependant, si l'on jette les yeux sur ce qui existe aujourd'hui, on voit que, tout en portant les mêmes noms, les établissements d'enseignement scientifique supérieur sont des choses tout à fait différentes en Allemagne et en Angleterre, tandis qu'en France on désigne, sous d'autres dénominations, les établissements qui visent le même but de la propagation des sciences.

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 septembre.
(2) Voir la Lettre cinquième.

« D'abord en France, il n'y a aucun établissement d'enseignement supérieur qui, comme nos universités, rassemble les diverses parties des connaissances humaines. Il y a des écoles de droit, des écoles de médecine, des facultés de théologie, des facultés de belles-lettres; il y a des institutions comme le Collége de France, qui est la réunion d'un assez grand nombre de chaires où l'on enseigne plusieurs sciences. Mais la méthode et le but de l'enseignement sont très-dissemblables dans ces divers instituts; nous comparerions volontiers quelques-unes de ces écoles, comme l'École des chartes, à nos séminaires (1); les autres ont seulement pour but de former, le plus vite et le plus utilement possible, les jeunes gens en vue d'une profession quelconque.

« Au premier coup d'œil, le Collége de France et la Sorbonne rappelleraient assez nos universités, mais quand on y regarde de plus près, on s'aperçoit que l'on est là dans un monde tout différent. Prenons, par exemple, l'enseignement de M. Renan; ce professeur ouvre la salle de ses cours au public, *sans exiger aucune rétribution;* il ne sait pas combien d'étudiants vraiment désireux de s'instruire s'assèyent sur ses bancs, combien de critiques plus savants que lui viennent l'écouter, combien enfin de badauds ignorants se trouvent parmi ses auditeurs; il ne sait pas s'il aura demain devant lui le même auditoire qu'aujourd'hui, si après demain il ne parlera pas devant une salle tout à fait nouvelle et non préparée. Aussi toute leçon, tout discours devra être très-travaillé, très-soigné dans sa forme, complet en soi, et de plus, rhétoriquement parlant, d'un puissant effet littéraire, ainsi le veut le goût du public délicat et difficile en cela, au point d'en être gâté. Supposez que cette chaire soit occupée par un savant de génie, disposant d'une science véritable et d'une saine méthode, et vous verrez alors paraître d'éclatants travaux, auxquels l'Europe savante ne pourra rien comparer, œuvres qui compteront parmi les plus belles du maître, telles que n'ont pourront jamais produire les hauts enseignements de l'Angleterre et de l'Allemagne.

« Tout ceci est fort bien, mais on reconnaîtra facilement qu'il y a là tout autre chose qu'une école d'enseignement. Le professeur doit employer la plus grande partie de ses forces à soigner la forme littéraire de son discours; assez souvent il use presque entièrement ses moyens dans ce sens, et il dissimule le vide de sa thèse par des phrases d'une rhétorique brillante; dans le cas le plus favorable, il livre à la publicité des travaux que nous admettons complets, terminés, résultats de recherches sans doute fort longues, mais malheureusement tout ce travail d'érudition, toute cette méthode laborieuse doivent être dissimulés le plus possible, de sorte qu'il est tout à fait impossible de traiter ce sujet dans toute son étendue pendant le cours d'un semestre et que, chose encore plus grave, l'auditoire n'apprend rien sur la méthode de travail et les opérations intellectuelles, grâce auxquels les résultats qui lui sont soumis ont été obtenus. Il entend, par exemple, le récit de tel grand règne, de telle grande époque scientifique, mais il n'a aucune vue approfondie sur les études historiques et physiologiques auxquelles a dû se livrer nécessairement le maître pour faire une belle leçon. On ne lui apprend pas à travailler scientifiquement. Une telle école supérieure ne remplit point son but; elle crée rarement la science et ne nous paraît guère disposée pour la répandre; le charme du style, le charme de l'exposition, réclamés en première ligne ont trop d'importance et ne laissent point assez de place aux œuvres sérieuses, aux travaux originaux.

(1) Cette désignation en Allemagne s'applique à des établissements purement laïques, où se font des études de droit, de littérature, d'histoire, d'archéologie, etc. (*Note du traducteur.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Petit, docteur en médecine, est chargé provisoirement des fonctions de sous-bibliothécaire, en remplacement de M. Ollivier, démissionnaire.

— Sont nommés chefs de clinique médicale :

M. Homolle, en remplacement de M. Sevestre, dont le temps d'exercice est expiré; — M. Hanot, en remplacement de M. Ducastel, dont le temps d'exercice est expiré; — MM. Pierret et Landouzy sont nommés chefs de clinique adjoints.

— M. le docteur Latteux, né à Paris, le 8 avril 1840, est nommé chef de laboratoire à l'hôpital des Cliniques, en remplacement de M. Monod, démissionnaire.

— M. Duret, institué aide d'anatomie, par arrêté en date du 4 août 1876, entrera en fonctions à dater du 1[er] avril 1877.

Il est créé une cinquième place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène et de salubrité qui se sont le plus distingués par leurs travaux pendant l'année 1874. Nous publions seulement les noms des membres récompensés appartenant au corps médical.

Médaille d'or : M. le docteur Rollet, membre du conseil d'hygiène du Rhône.

Médailles d'argent : MM. le docteur Pujos (Gers); les docteurs Micé et Caussade (Gironde); Louveau, pharmacien (Ille-et-Vilaine); le docteur Joire (Nord); le docteur Houzelot (Seine-et-Marne); les docteurs Rampal et Roux (Bouches-du-Rhône).

Médailles de bronze : MM. le docteur Dieuzaide (Gers); les docteurs Anselin et Dupuis (Oise); Dhuicque, pharmacien (Oise); les docteurs Aiguilhon et Malmenayde (Puy-de-Dôme); le docteur Marx (Seine-et-Marne); le docteur Rousselin (Seine-Inférieure); le docteur Faux (Somme); le docteur Caussé (Tarn).

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Éclampsie.

Le service de la Clinique d'accouchements confié pendant la période des vacances à M. l'agrégé Guéniot, bien que réduit temporairement à deux salles, renferme en ce moment plusieurs cas intéressants. Pour mettre quelque ordre dans l'exposition des faits qui nous ont été signalés, nous commencerons par parler d'un petit groupe de faits d'éclampsie.

Il y avait en même temps, il y a une dizaine de jours, dans les salles de la clinique trois femmes grosses atteintes d'éclampsie. L'une d'elles est sortie guérie il y a huit jours, nous n'avons sur elle aucun renseignement précis; elle paraît, d'ailleurs, n'avoir rien offert de particulier qui mérite que nous nous y arrêtions. Des deux autres, l'une qui était couchée au n° 15 est sortie également guérie, l'autre couchée au n° 32, a succombé à l'invasion d'une métro-péritonite puerpérale, après avoir été guérie de ses accès éclamptiques. C'est l'histoire de ces deux malades que nous allons rapporter sommairement aujourd'hui, pour en venir, après, à aborder la question toujours pendante du traitement.

— La malade, qui était couchée au n° 15, est une femme de trente-deux ans, couturière, qui en était à sa troisième grossesse et au septième mois un quart, environ. Les deux premières s'étaient bien passées et s'étaient terminées par un accouchement naturel à terme. Elle venait d'arriver au septième mois de cette troisième grossesse, lorsqu'elle fut prise d'albuminurie, avec œdème et d'accidents éclamptiques, qui déterminèrent son entrée à la Clinique, le 26 août dernier à huit heures du soir.

Dans la nuit précédente, du 25 au 26, elle avait été prise tout à coup d'une violente céphalalgie avec douleur épigastrique vive, diminution subite de la vision et vomissements, — syndrome podromique habituel des attaques d'éclampsie, qui s'est présenté au complet chez cette femme et dans l'ordre de succession ordinaire. En effet, presque immédiatement après, survinrent des accès éclamptiques répétés et très-rapprochés; on en a compté quinze dans la matinée et la journée du 26. Le médecin qui avait été appelé auprès de cette malade lui pratiqua aussitôt une saignée de 500 grammes.

Le 26 dans la soirée (à huit heures du soir), cette femme fut amenée à la Clinique; elle était alors plongée dans un coma profond, elle était infiltrée, les urines étaient fortement albumineuses, son pouls conservait encore de la force. On pratiqua une nouvelle saignée de 500 grammes à huit heures et demie. Après cette seconde saignée il y eut encore cinq accès, mais qui allèrent en s'espaçant de plus en plus. Le quatrième (qui était le vingtième du nombre total) eut lieu à une heure du matin le 27, et le cinquième à une heure de l'après-midi.

Le 28 au matin, la malade avait repris sa connaissance, on constata ce jour-là la mort du fœtus, qui avait dû coïncider avec l'espace de temps compris entre le quatrième et le cinquième accès.

Le 29 et le 30, la malade est mieux, l'albuminurie diminue.

Le 31, la langue est très-saburrale; la malade accuse de nouveau de la céphalalgie et des douleurs épigastriques très-intenses, podromes de nouvelles attaques. En effet, elle a ce jour même, à deux heures et demie de l'après-midi, un premier accès, un deuxième à six heures du soir, après un vomitif qui lui avait été administré quelques instants auparavant.

On prescrivit alors une potion de chloral (4 grammes).

Le 1er septembre, la malade est bien; absence d'albumine, on prescrit un purgatif.

Le 2 septembre, le travail d'accouchement s'établit dans la matinée; retour de l'albumine; l'accouchement a lieu à trois heures et demie du soir. Elle accouche d'un enfant mort, en en état de macération. A sept heures et demie du soir (quatre heures après l'accouchement), nouvelle attaque (la vingt-troisième), survenue après une tranchée utérine suivie de l'expulsion d'un gros caillot. Ce fut la dernière.

A dater du lendemain de l'accouchement, le 3 septembre, la malade qui avait encore un peu d'état saburral et un reste d'affaiblissement de la mémoire, avec quelques cauchemars, commença à aller rapidement de mieux en mieux. Plus d'albumine dans les urines. Retour du pouls et de la température à l'état normal.

Le 17 septembre, quinze jours après son accouchement, cette femme quittait le service en très-bon état.

Cette malade a eu, en résumé, vingt-trois accès d'éclampsie distribués en trois groupes, le premier comprenant quinze accès à domicile et cinq accès à la Clinique; le deuxième, composé de deux accès qui paraissent avoir eu lieu sous l'influence d'un état saburral et qui ont été précédés, comme ceux du premier groupe, par un accès de céphalalgie ou de migraine

podromique ; enfin un dernier accès, après l'accouchement, déterminé par une dernière tranchée utérine.

Les moyens employés ont consisté en deux saignées de 500 grammes. Après la deuxième, les accès se sont éloignés. Administration d'un vomitif, puis d'une potion de 4 grammes de chloral, après laquelle il ne se produit plus qu'un seul accès, celui qui a suivi l'expulsion d'un caillot. — Nous ne mentionnons que pour mémoire le traitement et le régime consécutifs, qui ont consisté dans l'administration de laxatifs, d'eau de Vichy, de potion alcoolique, alimentation et vin de Bordeaux.

— La deuxième malade, celle du n° 32, était une femme de quarante ans, primipare, entrée à la Clinique le 4 septembre, enceinte de sept mois et demi. Dès le troisième mois et demi de sa grossesse, elle avait eu déjà, sous une influence autre probablement que celle de la réplétion de l'utérus, de l'œdème aux pieds et aux jambes, lequel augmentant graduellement finit par se généraliser. Du 25 au 26 août (juste le même jour que pour la malade précédente), elle eut un accès de migraine d'une intensité extrême, avec agacement nerveux.

Le 27, elle eut une première attaque d'éclampsie, dont deux médecins furent témoins. Huit jours après, le 3 septembre, elle en eut une seconde et puis une troisième le même jour. Le lendemain 4, elle entra à la Clinique. Elle avait sa connaissance et répondait aux questions qu'on lui adressait. Elle était infiltrée, son visage était coloré, bouffi, pléthorique. Elle portait sur l'une des paupières une ecchymose résultant d'une contusion qu'elle s'était faite en se débattant. La langue était saburrale, on y voyait des traces de morsures. Les urines contenaient une proportion d'albumine très-abondante.

Les bruits fœtaux ne furent pas entendus d'abord, mais la maladie sentait remuer, les bruits cardiaque et placentaire furent entendus d'ailleurs, plus tard ; l'enfant était vivant.

Le 5 et le 6 septembre, même état. Le pouls était à 100, 104, tendu.

Le 7, la malade accuse une dyspnée intense, le pouls est à 120 ; la langue est saburrale.

A dix heures du soir, elle est prise d'un accès de suffocation tel que l'on crut un instant qu'elle allait succomber.

On fait une saignée de 500 grammes qui est suivie d'un soulagement immédiat.

Le lendemain matin, à la visite, on la trouve beaucoup mieux. On prescrit un vomitif (1 gr. 50 d'ipéca), puis une application de ventouses sèches, sinapismes, etc.

Les jours suivants se passent assez bien.

Le 17 septembre, le travail commence et le 18 au soir, après une durée de dix-sept heures, cette femme accouche d'un enfant mort, macéré. Le placenta présentait un amincissement atrophique partiel, très-marqué, avec des traces de foyers apoplectiques anciens et récents. La mort de l'enfant devait remonter probablement à l'époque où eurent lieu les accès de dyspnée.

Dès le lendemain 19, la malade commence à éprouver de vives douleurs abdominales, le pouls est à 128, la température à 39°3. On prescrit du sulfate de quinine, potion alcoolique des frictions belladonées.

Le jour suivant la métro-péritonite avait fait de tels progrès qu'on n'avait plus aucun espoir de sauver la malade. La mort est survenue le 21 dans la matinée, deux jours et demi après l'accouchement.

— Nous réservons pour la Revue prochaine les considérations cliniques et thérapeutiques dont ces deux faits ont fourni le texte, et les réflexions qu'ils nous ont suggérées.

Pemphigus syphilitique et pemphigus non syphilitique. — Un mot sur la question de la conception syphilitique et de ses suites.

Dans le même service, un enfant nouveau-né a fourni l'occasion de soulever une question de pratique toujours difficile, toujours délicate et qui implique souvent de graves responsabilités, nous voulons parler de la syphilis héréditaire et de la recherche de son origine.

Un enfant né le 2 septembre, d'un poids à peu près moyen, mais languissant, a présenté, dès les premiers jours une éruption bulleuse sur les pieds et sur les mains, se manifestant d'abord par une rougeur, puis par une accumulation de liquide séreux, trouble, rosé, soulevant l'épiderme. Au bout de peu de jours, les premières bulles se sont percées et ont laissé le derme à nu, rouge. Ces bulles ont commencé par les pieds, elles se sont étendues successivement aux genoux et ont gagné jusqu'à la poitrine, en affectant une disposition symétrique des deux côtés. Cet enfant, qui n'a pas tardé à tomber dans le marasme, a succombé le dixième jour. Il présentait vers la fin de sa vie des gerçures multipliées sur les lèvres, la langue, ainsi que la voûte palatine et le voile du palais étaient par places dépouillés de leur épithélium. Rien du côté du nez. Si les symptômes observés pendant la vie pouvaient laisser subsister quelques doutes sur la question de savoir si c'étaient là des lésions syphilitiques, l'autopsie a levé complétement ces doutes en montrant des traces de lésions syphilitiques manifestes dans le foie et dans le poumons.

De qui l'enfant tenait-il la syphilis? Ici la question était insoluble, le père étant inconnu et la mère qui nie formellement tout antécédent syphilitique, ne présentant, en effet, aucune lésion actuelle, ni aucune trace qui pût témoigner d'une syphilis présente ou passée. Or on sait que la mère peut très-bien porter dans son sein et mettre au monde un enfant syphilitique, du fait du père, sans être atteinte elle-même.

Les diverses circonstances qui peuvent se présenter, par suite d'une conception suspecte, ont été trop bien et trop clairement exposées dans une consultation orale, dialoguée, rapportée par M. Diday sous cette forme pittoresque et saisissante qu'il sait donner à tout ce qu'il écrit, pour que nous ne saisissions pas cette occasion d'en présenter ici les points, ainsi que les termes principaux. (*Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées*, par P. Diday et A. Doyon ; Paris, 1876.)

Un nouveau marié, à qui M. Diday avait déjà donné des soins, vient le trouver pour lui faire part de ses inquiétudes et lui demander de nouveau ses conseils. Imparfaitement guéri de la syphilis au moment de son mariage, soit qu'il en ait accompli prématurément les devoirs, contrairement à l'avis qui lui avait été donné, ou qu'il n'ait pas suivi strictement les prescriptions qui lui avaient été faites pour assurer en temps voulu sa guérison, bref il confie à M. Diday que sa jeune femme est devenue enceinte, et il fait appel à son expérience pour être renseigné exactement sur tout ce qui pourra arriver et sur ce qu'il devra faire.

Voici la réponse que lui fait notre savant confrère et le dialogue qui s'en suit :

« Il y a ici quatre personnes en péril : votre femme, l'enfant, vous, la nourrice.

Si vous avez engendré un enfant syphilitique, — je dis *si*, car c'est loin d'être sûr, — il peut, — je dis il *peut*, car c'est loin d'être constant, — il peut, étant dans le sein de sa mère, lui transmettre, à elle, la maladie qu'il a reçue de vous.

— Eh ! que me contez-vous là, docteur ? Quand une femme

a la vérole, ça ne peut venir que de son mari! — à moins que...

— La science est en mesure de répondre à vos railleries comme à vos doutes.

Quand un homme prend la vérole, c'est toujours par contact. Aussi la voit-on toujours commencer chez lui par un chancre au point touché. Au contraire, s'agit-il d'une femme et d'une femme enceinte? Eh bien! on voit quelquefois chez elle les accidents secondaires éclater sans qu'il y ait eu de chancre; et cette marche insolite du mal est la preuve qu'il s'est transmis d'emblée, par le sang, de l'enfant à la mère.

Donc, pour en revenir à vous, si vers le troisième mois, — c'est le terme ordinaire, — votre femme a de la roséole, des croûtes entre les cheveux, etc., tous accidents que vous connaissez par expérience, mais qui chez vous n'ont paru que six semaines après le chancre, faites-la traiter.

— Me voilà tranquille, docteur, sur ma femme. Mais vous m'avez parlé de l'enfant aussi. Si sa mère n'est pas malade, le sera-t-il, lui?

— Il *pourra* l'être, puisque vous l'êtes, vous: tout comme il *pourra* ne pas l'être, quoique sa mère, elle aussi ait été malade; tout comme, enfin, il *pourra* l'être, quoiqu'elle ait été traitée. Ici la médecine n'affirme rien, elle se borne à vous dire: prenez garde.

— Et dans ce doute, que faire?

— Sachez d'abord deux choses. Quand l'enfant naît infecté, il ne naît pas pour cela portant, dès lors, des signes apparents de l'infection: ces signes ne se montrent ordinairement que quinze jours, un mois, six semaines après la naissance. — Secondement, un enfant qui a du mal vénérien à la bouche peut le communiquer à une nourrice étrangère; mais si c'est sa mère qui l'allaite, il ne le lui communiquera pas. Elle est la seule nourrice qui ne puisse rien prendre de lui.

Réglez-vous là-dessus. De bonne heure laissez percer l'intention de voir Madame nourrir. L'enfant croissant sous vos yeux, vous l'examinez tous les jours. Si vous lui découvrez quelques boutons à l'anus, aux parties, autour de la bouche, il sera traité directement par votre médecin, et tout sera sauvé.

— Fort bien, docteur; mais vous n'oubliez qu'un point. Ma femme est délicate, si elle ne peut pas nourrir.

— Qu'elle nourrisse seulement deux mois. Il n'en faut pas davantage. Si, à ce terme, l'enfant n'a rien eu, vous êtes sûr qu'il n'aura rien plus; et l'on peut, dès lors, le confier à une nourrice, sans crainte qu'il l'infecte.

— Et si le lait manque à ma femme avant les deux mois expirés.

— On y suppléera par de bon lait de chèvre ou de vache. »

— Revenons au cas du petit malade de la Clinique et à une autre question qu'il a également soulevée. Nous avons dit que quelques doutes avaient pu subsister un instant sur le caractère syphilitique du pemphigus dont cet enfant était atteint, doutes que l'autopsie a dissipés. Ces doutes étaient d'autant plus légitimes que la mère, dans ce cas, n'avait point la syphilis, — ce qui, à la rigueur, n'était point une raison, comme on vient de le voir, — et que, d'autre part, bien que le plus souvent, le pemphigus des nouveau-nés soit effectivement d'origine et de nature syphilitique, il n'en est cependant pas toujours ainsi. Il existe aussi un pemphigus aigu simple des nouveau-nés, dont plusieurs observations authentiques ont été publiées, et que l'on a rattaché à ce groupe d'affections éruptives aiguës que M. Parrot a désigné sous la dénomination de fièvre herpétique. (Ce serait encore le cas de citer une description très-bien faite du pemphigus et de ses variétés par le collaborateur de M. Diday, M. Doyon, dans le livre précité.) M. Guéniot nous a rappelé, à cette occasion, avoir été témoin en ville d'un cas de ce genre, sur un enfant nouveau-né, issu de parents dont la santé comme les mœurs étaient irréprochables. L'alarme n'en fut pas moins donnée, et dans l'impossibilité de suspecter dans cette circonstance ni le père ni la mère, les soupçons se rejetèrent sur la nourrice. Mais un interrogatoire et un examen en règle mirent également hors de cause la nourrice, qui fut trouvée parfaitement saine. Il s'agissait, dans ce cas, comme le démontrèrent plus tard la marche de la maladie et les résultats du traitement mis en usage, d'un pemphigus aigu simple.

Dr BROCHIN.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

QUATRIÈME LEÇON

I

Si nous acceptons les idées que je me suis efforcé de faire prévaloir jusqu'ici au sujet des anévrysmes intra-thoraciques, nous serons conduits à admettre en premier lieu la possibilité de la guérison dans quelques cas et la probabilité d'une amélioration temporaire dans presque tous; nous verrons que, dans les anévrysmes sacciformes, dont le sac s'accroît en avant vers les parois de la poitrine, la mort est souvent le résultat de la réaction inflammatoire qui s'établit entre les parois résistantes de la poitrine, d'une part, et le sac qui s'accroît d'autre part. Si l'on pouvait enrayer cette marche de la tumeur à la rencontre des parois pectorales, et si la surface interne du sac pouvait se tapisser de caillots, on aurait beaucoup gagné en supprimant les souffrances du malade, en prolongeant par suite la vie et par la facilité que l'on aurait ainsi de tenter la guérison définitive par le traitement interne, de la manière qu'à si bien indiquée M. Tufnell. Même si nous aimons mieux admettre que l'on ne peut raisonnablement pas espérer obtenir une guérison complète et définitive d'un anévrysme de l'aorte par la galvano-puncture, il n'en reste pas moins établi, je pense, que cette méthode est tellement apte à servir d'adjuvant aux autres méthodes de traitement que, même en ne lui donnant que ce rôle secondaire, elle mérite d'être envisagée plus attentivement qu'elle ne l'a été jusqu'ici par les chirurgiens praticiens. Mais, quant à moi, je ne suis pas disposé à l'admettre.

Considérant les nombreux exemples de guérison spontanée d'anévrysmes de l'aorte qui ont été cités; considérant que beaucoup de ces anévrysmes sont sacciformes, communiquant avec l'artère par un orifice relativement étroit; et considérant que, dans quelques cas tout au moins, ces anévrysmes s'étendent en avant et ne montrent aucune tendance à comprimer ou à ulcérer les viscères voisins, je ne vois pas qu'il y ait des raisons de douter qu'on puisse obtenir une guérison radicale par la coagulation rapide du sang, dans une certaine proportion, indéterminée jusqu'ici, d'anévrysmes de l'aorte thoracique. Car si nous reconnaissons que les anévrysmes de cette artère soient curables à la rigueur, et si nous admettons que la galvano-puncture peut déterminer la coagulation complète du sang dans un anévrysme, comment pouvons-nous nier la possibilité théorique de guérir ainsi un anévrysme de l'aorte.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 septembre.

Je voudrais appeler votre attention sur une tumeur que j'ai figurée ici d'après une préparation du musée de Saint-Thomas-Hospital (Y 61).

La figure montre l'étroitesse relative de l'orifice de l'anévrysme; l'absence d'altération sérieuse quelconque dans la partie voisine de l'artère; et aussi l'énorme développement du sac anévrysmal, qui consiste en deux portions, l'une à l'intérieur du thorax (*anévrysme intra-thoracique primaire*, d'après la nomenclature de Ciniselli), communiquant avec un autre grand sac intérieur aux parois osseuses de la poitrine (*secondaire externe* du même auteur) par une large ouverture, dans laquelle on voit encore les cartilages intercostaux disposés à la manière des barreaux d'une grille.

Nous pouvons fort bien admettre qu'à une période aussi avancée, quelle qu'eût été le degré de coagulation obtenu dans le sac extérieur, il n'eût pu empêcher tôt ou tard la rupture de la portion interne; mais on peut très-légitimement soutenir que tant que la tumeur était entièrement contenue à l'intérieur de la poitrine, le sac pyriforme, alors sans doute moins volumineux, eut pu être traité de façon à ce que sa paroi interne se fût recouverte de caillots qui eussent pu prévenir ses progrès ultérieurs au dehors, et même augmenter peut-être au point de l'oblitérer complétement.

Les indications et contre-indications d'une semblable tumeur ont été si bien établies par Ciniselli (aussi bien du moins que notre expérience actuelle peut le permettre), que je ne saurais mieux faire que de répéter ce qu'il a dit. Tout d'abord, un large sac externe avec une communication relativement étroite à travers les parois de la poitrine, est une condition défavorable pour l'emploi de l'électro-puncture. Il faut se rappeler que le caillot formé par électrolyse est beaucoup plus mou et moins stable que celui qui résulte de la coagulation naturelle du sang par suite de son mélange avec les gaz formés par la décomposition. La consolidation exige donc un certain degré de circulation, et ce caillot doit bien plutôt être considéré comme le noyau d'une coagulation extérieure que comme devant servir lui-même d'agent oblitérateur. Même la coagulation totale du sac extérieur ne tendrait donc pas le moins du monde à arrêter les progrès du sac interne, tandis que l'absence d'un courant un peu considérable à travers le sac est une circonstance défavorable à la production d'un caillot solide, même dans la portion extérieure. Si l'ouverture thoracique est suffisamment large, il peut être possible de plonger les aiguilles dans la portion intra-thoracique et d'obvier ainsi, dans une certaine mesure, à cet inconvénient, mais on comprend combien l'on est peu sûr d'y arriver. Ainsi donc un anévrysme sera d'autant plus apte à être ainsi traité, qu'il sera appliqué entre la paroi de la poitrine, sans l'avoir perforée. En outre, pour qu'un anévrysme puisse être considéré comme ayant des chances favorables, il est indispensable qu'il soit sacciforme et que l'ouverture de l'orifice soit relativement petite. Ces conditions sont difficiles à apprécier, mais on pourra y parvenir en partie par la percussion et l'auscultation, qui indiqueront les déplacements du cœur et du poumon, en partie par l'étendue de l'expansion du sac anévrysmal pendant la diastole artérielle, en partie, enfin, par la présence et la nature du bruit. Dans la table sur laquelle j'aurai à appeler brièvement votre attention, les cas qui portent les nos 10, 21, 14, 20, 18, 19 et 23 furent fort améliorés par l'opération (les chiffres soulignés se rapportent à des faits reproduits deux fois dans la table). Voici la description du bruit dans chaque cas :

Nos 10 et 21 : un bruit doux accompagnait les pulsations de la tumeur.

Nos 14 et 20 : il y avait deux bruits isochrones et identiques à ceux du cœur.

No 18 : il y avait un thrill manifeste, apparent à la vue, et un souffle rude au centre de la tumeur, augmentant pendant la diastole cardiaque et prenant un caractère râpeux vers le bord du sternum. En se dirigeant par en bas du côté des valvules aortiques, il devenait semblable à un bruit de scie.

No 19 : murmure doux et faible sans bruit de râpe.

No 23 : on pensait que la tumeur affectait l'innominée et non l'aorte. Murmure rude, également perceptible dans la carotide droite et la sous-clavière.

On voit par là qu'il y a ordinairement un bruit très-distinct dans les anévrysmes aortiques, dans lesquels l'électro-puncture donne les meilleurs résultats, et c'est un symptôme favorable quand on se propose d'employer cette méthode. Mais ce n'est pas non plus un symptôme absolument indispensable, puisque, d'un côté, le bruit peut manquer dans des anévrysmes sacciformes, qui communiquent avec l'aorte par un orifice étroit, et dans l'un des cas précédents (nos 14, 20), il n'y avait pas de bruit anévrysmal; et, d'un autre côté, étant admise la possibilité de la guérison spontanée dans les anévrysmes tubulaires, tel que celui qui porte le no 1641 dans le musée de ce collége, on peut difficilement nier la possibilité de la guérison par l'électro-puncture.

En outre, dans un anévrysme du tronc brachio-céphalique, soit limité à cette artère, soit s'étendant par en bas jusqu'à la crosse de l'aorte, en supposant que la ligature par la méthode de Brasdor soit contre-indiquée, ou qu'elle ait été tentée et qu'elle ait échoué, en quoi serait repréhensible le chirurgien qui chercherait à obtenir la consolidation du contenu du sac par le galvanisme?

Je dirai même plus; ne serait-il pas repréhensible d'abandonner un pareil cas à lui-même, quand la terminaison doit en être, selon toutes probabilités, rapidement fatale?

Dans le cas qui m'est propre et auquel j'ai si souvent fait allusion, après l'insuccès de la double ligature périphérique, on employa la galvano-puncture. Cette figure montre que le sac était rempli de caillots; et il n'est pas douteux que ces caillots étaient dus à l'action galvanique, car on aura remarqué que lorsque les aiguilles furent retirées aussitôt la séance terminée, le sang jaillit en abondance, montrant par là qu'il n'y avait que peu de sang coagulé, tandis que l'introduction d'un couteau mince dans le sac, la veille de la mort, ne donna lieu à la moindre hémorrhagie, mais à l'issue d'une quantité considérable de gaz, résultat évident de la décomposition du sang ou des tissus.

La table que je mets devant vous est copiée d'un ouvrage récemment publié par Ciniselli, auquel je dois mes plus sincères remercîments pour son assistance amicale dans cette partie de mon sujet. Cette table contient tous les cas publiés jusqu'à la publication du livre, il y a deux ans environ, et je crois qu'elle mérite toute votre attention. Elle montre d'abord que le traitement a été moins inefficace qu'on ne le croit généralement, puisque, sur les douze cas rapportés dans la dernière partie de la table (deux cas sont répétés deux fois, les nos 10, 21 et 14, 20) dans l'une des récidives, terminée en dernier lieu par la mort, le malade put jouir pendant un an et demi d'une santé vigoureuse et d'une grande activité dues à l'opération, et qu'il eût très-probablement évité la récidive s'il eût mené une vie plus calme et plus sobre. L'autre cas de récidive fut opéré de nouveau avec succès, et l'on constata la bonne santé du sujet un an après l'opération. Dans trois autres cas, les malades jouirent d'une bonne santé et ne présentèrent

aucun symptôme d'anévrysme, chez deux vingt-six mois et chez l'autre vingt et un mois après l'opération. Il est parfaitement vrai que, dans aucun de ces cas, on ne peut considérer la guérison comme complète et définitive, sans renseignements ultérieurs; ni Ciniselli ni moi ne la considérons comme telle. Mais pendant ce temps, le malade est assurément dans des conditions plus favorables à la guérison naturelle ou médicale, s'il peut prendre sur lui de se soumettre au régime convenable, que si la tumeur eût été abandonnée à elle-même; et même en accordant que la maladie doive presque certainement se montrer de nouveau, on peut se demander ici, comme dans les autres opérations chirurgicales entreprises pour enrayer les progrès d'affections que l'on sait devoir se terminer fatalement, si le temps d'arrêt a été oui ou non acheté par de trop grands risques. Si la réponse est négative, les mêmes considérations qui justifient l'amputation d'un membre, d'un testicule ou d'un sein pour un cancer, que nous croyons devoir récidiver plus tard, justifieront également cette opération, et cela d'autant plus que la maladie menace ici de se terminer plus rapidement.

Vient maintenant la considération du danger. Je voudrais, à ce sujet, appeler votre attention sur le fait que, sur huit morts indiquées à la dernière partie de la table, une seule fut causée par l'action directe de l'électricité. Dans les autres cas, l'opération échoua et la tumeur occasionna la mort de la même manière que si elle eût été abandonnée à elle-même, mais pas plus rapidement, autant qu'il est permis d'en juger. Dans la première partie de la table, il n'y a pas de cas, du moins d'après les notes, qui ait retiré un grand bénéfice de l'opération, et trois fois la mort en a été certainement la conséquence directe; mais le grand contraste, à cet égard, entre les premiers et les derniers cas semblent prouver que ceux qui employent l'électricité commencent à mieux comprendre les conditions dans lesquelles ils sont appelés à agir, et que les dangers immédiats sont fort diminués relativement à ce qu'ils étaient avant. Même dans l'état actuel des choses, je ne crois pas que les dangers de l'opération surpassent le bien qu'elle peut produire.

Ces dangers tiennent à deux causes, l'action inflammatoire déterminée dans le sac et le tissu cellulaire environnant, et la gangrène ou l'ulcération aux points d'entrée des aiguilles. L'inflammation du sac et du tissu cellulaire peut être produite à la rigueur par l'action de l'électricité elle-même, ou par la formation rapide de caillots mous dans le sac. On a imaginé divers moyens d'obvier à l'action désorganisatrice du courant électrique sur les tissus. Le meilleur est celui qui consiste à recouvrir les aiguilles d'une substance non conductrice, qui ne se ramollit pas à la température du sang, de façon à ne laisser libre que la partie qui se trouve dans le sac. C'est la méthode du docteur Duncan. Il recouvre la tige de vulcanite, ne laissant de libre qu'un pouce environ du côté de la pointe. L'objection théorique à cette manière de faire, semblerait devoir être la grosseur exigée de la part des aiguilles, et la production de caillots libres au centre de la tumeur, tandis qu'on cherche à obtenir des caillots qui adhèrent solidement aux parois. Ciniselli croit que l'application préalable, pendant cinq minutes environ, du pôle positif à chaque aiguille et du pôle négatif aux tissus dans lesquels elles sont implantées, isolera suffisamment l'aiguille pour obvier à l'inflammation du sac et à la cautérisation le long du trajet de ces tiges métalliques. Cet auteur croit que, pour obtenir une consolidation suffisante, les deux pôles sont nécessaires; et, par conséquent, après avoir appliqué le pôle positif à une aiguille donnée jusqu'à ce que le cercle noirâtre qui se forme autour d'elle montre que l'artère a été suffisamment prolongée, il met alors le pôle négatif en contact avec la première aiguille, et le pôle positif avec l'aiguille suivante, et ainsi de suite. Le nombre des aiguilles ne devrait pas, d'après lui, dépasser six, et la durée totale de l'opération ne devrait pas excéder vingt-cinq à quarante-cinq minutes. Le docteur Duncan, d'un autre côté, emploie un courant plus faible, mais il en continue l'application plus longtemps et plonge simultanément les deux pôles dans le sang du sac.

ÉTUDE CLINIQUE SUR DEUX CAS DE GOUTTE SATURNINE (1)

Par le docteur R. HOLMA GRAND.

Conclusions. — La goutte saturnine est une affection assez distincte de la goutte vraie pour mériter une description spéciale. — L'influence prolongée du plomb est une des plus puissantes prédispositions à la goutte. — La goutte saturnine est une affection à marche relativement rapide. Elle devient chronique et produit des tophus et des déformations dans un espace de temps beaucoup plus restreint que la goutte vraie. — La production de la goutte chez les saturnins et son passage plus prompt à l'état chronique proviennent vraisemblablement de la rétention de l'acide urique dans l'organisme et de l'accumulation de ce produit, due à sa faible élimination par le rein. — Cette affection, d'un diagnostic en général facile, est d'un pronostic grave, car elle amène rapidement la cachexie et des déformations articulaires entraînant une infirmité précoce.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (2).

II

« En Angleterre, l'enseignement académique a pris un chemin tout opposé : ici l'on se plaint que l'université ressemble par trop au gymnase; ici le *collége*, c'est-à-dire le *repetitorium*, a remplacé le cours, et le répétiteur, le *tuteur*, a pris la place du professeur. Ce dernier prononce une douzaine de leçons par an à la manière française, et l'enseignement véritable se donne à part, d'après la méthode employée dans nos gymnases.

« Le but capital qui décide du sens et du système des études d'Oxford n'est pas, en effet, la préparation des jeunes gens à une profession, non plus que leur instruction dans une branche spéciale des sciences, mais c'est la formation, le développement de la vie intellectuelle, l'exercice de la parole, de la pensée et du jugement. Or, ainsi que nous l'avons dit, une telle tâche en Allemagne serait celle de nos gymnases; seulement, nous prendrions probablement les choses de plus haut, et nous donnerions à cet enseignement l'élévation et la richesse qui conviendraient, quand on professe devant des étudiants d'un âge plus avancé et à cause de cela plus instruits.

« Pour ce qui est de la discipline de l'école, tous les élèves d'un collége doivent demeurer ensemble; ils sont soumis à une surveillance constante, et toutes leurs études doivent être faites d'après les méthodes de l'établissement. On a aujourd'hui des doutes sur les avantages de ces arrangements : leurs défenseurs ne parlent plus autant des obstacles opposés aux déréglements et aux excès de la jeunesse, ils s'en tiennent à vanter la tenue convenable et la distinction des manières gagnées par la plupart des étudiants dans la société quotidienne de leurs camarades gentlemans. Quant aux matières enseignées, ce sont généralement les langues anciennes, les mathématiques, un peu d'histoire et quelques réflexions morales décorées du nom de philosophie; l'étude sérieuse de la science, qui

---

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris Ve Adrien Delahaye et Ce.

(2) Suite. — Voir le numéro du 28 septembre.

fait le fondement d'une profession, est réservée en grande partie aux premières années qui suivent la fin des études académiques.

« Les leçons faites d'une haleine sont rares, et il me paraît que ce sont là surtout quelques discours publics, car la manière d'enseigner véritable se pratique surtout par le dialogue. M. Marc Pattison, un des partisans les plus connus de la réforme des universités anglaises, reconnaît que les travaux écrits des étudiants les plus âgés montrent déjà un développement et une maturité d'esprit tout à fait remarquables, mais les recherches personnelles manquent absolument, et comme le maître reste toujours l'unique garant de la science et des travaux de l'élève, il n'y a donc, par le fait de cette méthode d'enseignement, qu'une médiocre émancipation intellectuelle, et généralement, qu'une solidité scientifique et une profondeur d'idées peu éprouvées.... Pattison et Renan, et à leur suite une foule d'esprits distingués, dirigent naturellement leurs regards vers les universités allemandes. Certes, ils trouvent chez celles-ci plus d'un défaut, ils pensent même que nous nous sommes arrêtés dans la voie de progrès où nous marchions depuis trente ans, mais ils n'en voient pas moins dans notre organisation mille avantages, et croient qu'une telle organisation transportée dans leur pays serait une source certaine de progrès.

« Examinons de plus près ce qu'ils admirent dans cette organisation, voyons quelle est, pour eux, la cause de l'excellence de nos universités.

« Des deux côtés la réponse est la même : *c'est que nos universités sont à la fois des écoles de recherches et d'enseignement scientifiques.*

« Ce que ces écrivains éminents prisent si fort chez nous, ce ne sont pas les droits de nos corporations savantes, auxquels on ne pense guère en France et dont on jouit trop complétement peut-être en Angleterre; ce n'est pas notre liberté académique dans la société civile, ces questions émouvantes ne paraissent pas toucher nos voisins, surtout les Anglais; non, l'éloge des étrangers est bien plus perspicace et s'adresse surtout à ce que nous avons de vraiment bon.

« Nos universités sont de bonnes écoles, parce qu'elles ne sont pas seulement des établissements d'enseignement, mais aussi des ateliers de science, parce que la production incessante et toujours nouvelle vivifie l'esprit de l'enseignement. *Dans ce but, l'État rassemble les meilleures forces laborieuses et créatrices de toute l'Allemagne, c'est-à-dire qu'il va cherchant partout des maîtres capables pour ses universités; aussi, c'est une exception très-rare de voir chez nous un savant connu sans position universitaire, tandis que c'est un fait ordinaire en France et en Angleterre.*

« *Notre première et notre dernière préoccupation dans la recherche que nous faisons pour donner des chaires universitaires se concentre sur l'activité productrice, dans l'ordre scientifique ou littéraire, des sujets qui prétendent à une position académique; quant au talent d'enseigner dans le sens formel du mot, nous sommes contents quand il ne manque pas tout à fait, voilà tout. Notre choix dépend de la valeur des publications personnelles, il nous suffit qu'on ait fait preuve de capacité scientifique, et nous pensons que celui qui en a fait montre pourra remplir les conditions essentielles de l'enseignement universitaire.* Tel est le point de vue auquel il faut se placer pour comprendre nos institutions en ce genre.

« Sans doute, nous demandons aussi que nos universités soient pour un certain nombre de professions une école où s'apprenne et se prépare leur pratique future; mais nous ne désirons pas inculquer dans la mémoire de l'étudiant, comme de brèves et sèches formules, les quelques connaissances exigées par les examens, et peut-être nécessaires la première année où sera pratiquée la profession.

« D'un autre côté, nous nous gardons bien de demander à nos professeurs des travaux d'élite, et cet art oratoire consommé, comme les auditoires français en exigent des maîtres qui montent dans les chaires des Facultés, surtout dans celles de Paris.

« Notre programme est essentiellement de livrer à l'étudiant la méthode de la science qu'il cultive, de le mettre en état de devenir savant lui-même, en tout cas de manier scientifiquement le métier qu'il exercera. Avant tout l'étudiant doit apprendre ce que signifie la science, ce que c'est qu'une méthode scientifique, comment se fait un travail scientifique, ce que signifie une création scientifique. Dans les limites des forces humaines, le maître doit faire usage dans chaque cours d'une manière neuve et originale, et l'élève doit se rendre compte qu'il prend part à la formation progressive de l'idée. Quelle que soit sa profession plus tard, l'étudiant pendant sa vie académique doit être disciple de la science et pas autre chose, parce que la meilleure préparation pour n'importe quelle profession, c'est la maturité, la souplesse et l'indépendance de l'esprit. »

Le lecteur fera de suite la part des exagérations, il ne s'arrêtera point non plus aux réflexions qui ne s'appliquent qu'à l'enseignement des belles-lettres, il arrivera de suite aux points qui nous intéressent seuls.

Les différences de l'enseignement supérieur en Allemagne et en France sont bien marquées par l'étonnement de M. de Sybel, à la vue de ces amphithéâtres *publics* où l'enseignement *gratuit* est donné à toute personne qui vient prendre place sur les bancs; le professeur *ne connaît pas* les auditeurs, il n'a point de contact avec eux, il n'en reçoit point *d'honoraires*; le raisonnement de M. de Sybel est même poussé plus loin qu'il n'est nécessaire pour les besoins du contraste, quand l'auditoire est représenté comme pouvant totalement se renouveler d'une leçon à l'autre. Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse du Muséum, de la Faculté de sciences à la Sorbonne, de l'École de droit, ou de notre Faculté de médecine, la publicité si large de l'enseignement est parfaitement constatée et paraît peu comprise. En ce qui concerne toutefois le Muséum et le Collége de France, qui sont surtout des instituts de hautes recherches, plus que des établissements destinés à la propagation, à l'enseignement des sciences, l'auteur ne paraît pas s'être rendu un compte suffisant de leur but : or, à un autre point de vue, étant donné le petit nombre de chaires scientifiques existant en France, il pouvait servir d'asile aux esprits qui cultivent la science pour elle-même, l'existence du Muséum et du Collége de France doit être hautement appréciée.

Une observation plus juste et plus caractéristique du professeur prussien est celle qui critique le morcellement de nos Facultés et leur éparpillement dans nos différents départements. Nous nous sommes longuement étendu sur ce sujet (voir lettre deuxième), et nous ne voulons point nous livrer à de fréquentes répétitions, mais c'est un point sur lequel on ne saurait trop insister. En dehors du système ancien, conservé par l'Italie, la Hollande, l'Allemagne, etc., qui groupe dans une même cité les Facultés chargées de l'enseignement des diverses branches des connaissances humaines, il n'y a que dépérissement et ruine pour l'enseignement supérieur. Victor Cousin, Guizot, tous les meilleurs esprits n'ont point hésité à condamner ces subdivisions fatales, cet éparpillement mortel (1). L'opinion de l'éminent ministre M. Waddington vient encore à l'heure présente ajouter un poids précieux au système ancien. Puisse-t-il, dans son œuvre de réorganisation, être sur ce point et sur beaucoup d'autres plus heureux et plus secondé que ses devanciers!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Potain, agrégé de la Faculté, est nommé professeur de clinique médicale en remplacement de M. Béhier, décédé.

— M. Martel, aide de clinique, est nommé chef de clinique obstétricale en remplacement de M. le docteur Pinard.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Sont chargés des fonctions d'agrégés :

Section des sciences physiques et chimiques. — M. Thibaut, ancien chef des travaux chimiques à l'école préparatoire.

---

(1) On consultera encore sur ces matières le beau rapport fait à l'Assemblée nationale par M. le professeur Paul Bert, au nom de la commission chargée d'examiner plusieurs propositions tendant à la création de Facultés de médecine à Lyon, Bordeaux, Lille, Toulouse, etc. L'auteur de ce remarquable travail a mis la nécessité d'une sage décentralisation en relief, tout en marquant avec soin dans quelles conditions et dans quelles limites elle peut être réalisée avec fruit. Nous recommandons particulièrement la lecture des pages 9-13, 47-50, 52-59, 63, 116 de ce rapport. (V. *Annexe au procès-verbal de la séance du 16 mars 1874, n° 2293.*)

Section des sciences anatomiques et physiologiques. — M. le docteur Demon, ancien chef des travaux anatomiques à ladite école.

Section de chirurgie. — M. Castiaux, ancien professeur suppléant à ladite école.

Section de médecine. — MM. Castelain, ancien professeur suppléant à ladite école; Bouteille, médecin en chef et directeur de l'asile public d'Armentières.

— Sont nommés chargés de cours :

Médecine légale. — M. Baggio.

Pharmacie. — M. Lotard.

Histoire naturelle. — M. Girard, docteur ès sciences, chargé de cours à la Faculté des sciences de Lille et ancien professeur à l'école préparatoire de cette ville.

Physique. — M. Terquem, professeur de physique à la Faculté des sciences de Lille.

Chimie organique. — M. Lescieur, docteur en médecine, licencié ès sciences mathématiques, préparateur du cours de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris.

Physiologie. — M. Morat, docteur en médecine, ancien chef des travaux anatomiques de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Anatomie. — M. Folet, ancien professeur adjoint de l'école préparatoire.

Sont chargés de cours de clinique complémentaire :

Cours de clinique ophthalmologique. — M. le docteur Huidier, médecin du dispensaire ophthalmologique de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille.

Cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. le docteur Castelain, chargé des fonctions d'agrégé.

Cours de clinique complémentaire des maladies des enfants. — M. Castiaux, chargé des fonctions d'agrégé.

Cours de clinique des maladies mentales. — M. Bouteille, chargé des fonctions d'agrégé, médecin de l'asile public d'aliénés d'Armentières.

Sont nommés :

Chef des travaux anatomiques. — M. le docteur Demon, chargé des fonctions d'agrégé, ancien chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire.

Chef des travaux chimiques. — M. le docteur Thibaut, chargé des fonctions d'agrégé, ancien chef des travaux chimiques à ladite école.

Chef de clinique médicale. — M. le docteur Loothen.

Chef de clinique chirurgicale. — M. le docteur Goser.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Chabbert est nommé prosecteur d'anatomie.

— M. Guitard, professeur de pathologie interne est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1876-1877, par M. Caubet, professeur-suppléant.

— Le conseil général de la Seine a, dans sa session ordinaire de 1873, et sur la proposition du préfet, décidé l'institution d'une colonie pour le traitement et l'éducation des enfants idiots ou arriérés. Les travaux qui avaient pour objet cette création, sont aujourd'hui terminés, et la nouvelle institution a pu s'ouvrir le 1er juillet dernier.

L'état des locaux ne comprenant pas des aménagements spéciaux pour les épileptiques et les malpropres, dont la promiscuité avec les autres enfants aurait les plus graves inconvénients, le programme de la colonie a dû forcément les exclure.

L'instruction, dont leur degré d'intelligence est susceptible, est donnée aux colons de Vaucluse par un instituteur aussi expérimenté que dévoué, qui avait exercé, pendant trente-cinq ans, les mêmes fonctions à l'hospice de Bicêtre. Un aumônier est chargé de l'éducation religieuse.

Des professeurs de gymnastique, de musique, etc., seront, en outre, attachés à l'institution, et des chefs d'atelier seront chargés de donner l'éducation professionnelle aux enfants chez lesquels on aura reconnu l'aptitude à un métier.

Il a été annexé à la colonie une ferme et une exploitation de dix hectares, comprenant un spécimen de toutes les cultures auxquelles les enfants aptes aux travaux agricoles seront exercés graduellement.

La direction médicale de la colonie est confiée à un médecin en chef, assisté d'un médecin adjoint et d'un interne en médecine.

La colonie, complétement distincte de l'asile dont elle est séparée par la rivière de l'Orge, est placée dans d'excellentes conditions hygiéniques.

On s'y rend par le chemin de fer d'Orléans, station d'Épinay-sur-Orge, qui n'en est distante que d'un kilomètre à peine.

La population de la colonie se compose :

1° De pensionnaires du département ;

2° De pensionnaires au compte des familles.

La dépense des uns et des autres sera réglée d'après un tarif qui doit être soumis au conseil général dans sa prochaine session.

On peut s'adresser pour tous les renseignements au directeur, médecin en chef de la Colonie, à Épinay-sur-Orge, par Savigny-sur-Orge (Seine-et-Oise).

— M. Victor Masson, l'éditeur bien connu du public médical, vient d'être nommé officier d'académie.

— Le congrès international d'hygiène de sauvetage s'est ouvert le 27 septembre, au Palais des académies, à Bruxelles. Le roi Léopold a honoré cette cérémonie de sa présence.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 115. — MARDI 3 OCTOBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 3 OCTOBRE 1876. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques.

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

La France a le malheur de posséder quarante mille épileptiques. Ces malades sont ainsi répartis : quatre mille sont séquestrés comme aliénés et trente-six mille vivent en liberté. Bien que ces chiffres soient accusés par les dernières statistiques officielles, ils sont cependant bien loin d'être l'expression exacte de la vérité. Combien de familles n'enfouissent-elles pas dans un secret douloureux l'infortune de l'un des leurs !

Les troubles intellectuels que présentent très-fréquemment les épileptiques, et les actes criminels si anormaux qu'ils viennent à commettre, ont donné lieu jusqu'à présent aux opinions cliniques les plus diverses et aux interprétations médico-légales les plus contradictoires. Les décisions judiciaires se sont ressenties de ces tergiversations scientifiques : sévères ou clémentes, elles ont consacré des duretés ou des faiblesses.

La discussion qui s'est récemment élevée au sein de la Société de médecine légale, sur les points difficiles et délicats que nous allons traiter, a surabondamment prouvé l'hésitation d'une assemblée d'élite, la multiplicité des aperçus extra-cliniques, l'habileté des controverses et la divergence radicale des conclusions. Le tournoi a été certainement brillant, mais il a mis à découvert plus d'un côté faible. C'est que pour pouvoir parler sciemment des épileptiques, il faut les avoir observés de bien près, avoir noté les oscillations de leur intelligence, les contrastes de leur caractère et les soudainetés de leurs déterminations; c'est qu'il faut aussi avoir pénétré dans l'intimité de leur vie chagrine, avoir subi leurs trahisons, leurs injures et leurs coups, avoir compâti à leur douleur immense, s'être dévoué pour eux et les avoir presque aimés. Or, ce privilége, qui est à peine à Paris entre les mains de trois ou quatre médecins, n'avait jamais appartenu à la majorité des orateurs distingués qui ont pris la parole dans la discussion. Des membres éminents de la magistrature et du barreau ont dépensé un talent considérable dans des essais de fixation générale d'un degré de responsabilité, alors que chez les épileptiques tout est clinique et question d'espèce. Un problème médico-légal n'étant que la résultante obligée d'une appréciation clinique, il faut simplement, à mon avis, prendre la clinique pour point de départ, et n'aborder qu'après, les déductions sociales et judiciaires. C'est là ce que nous allons faire.

Puisque la science n'est pas faite et que la jurisprudence n'est point fixée encore, on conviendra que le moment est opportun pour rechercher et pour décrire les particularités intellectuelles, les phénomènes délirants et les actes criminels de toute une classe d'infortunés avec laquelle l'administration et la justice ont chaque jour des rapports.

Et d'abord, lorsque j'entends prononcer les mots de manie périodique, de folie instinctive, de monomanie transitoire homicide, de délire impulsif, de folie instantanée, d'accès subit de fièvre cérébrale, d'aliénation mentale intermittente, de folie suicide rémittente, et lorsque je lis chaque jour tant de certificats médicaux qui accusent ces variétés de vésanie, je commence, au double point de vue de la clinique et de la médecine légale, par faire *in petto* des réserves, et j'y regarde de très-près. Je ne devrai étonner personne en affirmant qu'il existe, parmi les malades de ces diverses catégories, un grand nombre d'épileptiques méconnus.

Dans mon opinion, si la médecine aliéniste française a fait un peu douter d'elle, il y a quarante ou quarante-cinq ans, et si elle a parfois manqué d'influence et d'autorité auprès de la justice, cela a tenu à ceci, c'est que la médecine aliéniste de cette époque ne connaissait que très-imparfaitement, ou pas du tout, la psychologie pathologique et légale des épileptiques, et que, pour justifier certains crimes manifestement dus au délire, elle a décrit des types morbides vraisemblables, mais hypothétiques. Lorsqu'un crime inexpliqué et sans motifs venait à être accompli par un individu un peu troublé au moment de son forfait, mais raisonnable le soir, le lendemain ou quelques jours après, et déclarant avoir perdu le souvenir de ce qui s'était passé, il fallait bien admettre la possibilité d'altérations soudaines et éminemment fugitives de l'intelligence; et, lorsque nos aînés ont réclamé avec tant de chaleur l'irresponsabilité pour l'acte commis, ils avaient raison en droit, mais ils avaient tort en fait. Ils n'avaient pas, en effet, étudié sérieusement l'épilepsie; et tandis qu'ils ignoraient les trois ordres classiques des manifestations somatiques de cette névrose, — le vertige, l'accès incomplet et la grande attaque convulsive, — ils ne savaient pas davantage quels étaient les caractères typiques de ses manifestations intellectuelles. De la médecine légale de l'épilepsie, il était, enfin, bien peu question alors; si bien que l'épilepsie méconnue, l'é-

pilepsie larvée et la folie héréditaire se trouvent avoir fait presque tous les frais des séduisantes théories de la monomanie homicide, de la folie instantanée et de l'aliénation transitoire, périodique, rémittente, instinctive ou impulsive !

Cette opinion est nette et absolue, je le sais, mais je l'émets avec une conviction bien profonde. Après avoir lu avec soin les observations contenues dans les thèses qui ont été soutenues depuis un demi-siècle à la Faculté de médecine de Paris sur la folie et les névroses, j'ai été d'autant plus pénétré encore de ce que j'avance là. Quelques-uns de ces documents sont aussi remarquables que peu connus, car les travailleurs actuels ne les ont pas encore exhumés ; mais ils sont très-fréquemment basés sur des erreurs de diagnostic, sur des faits cliniques rares et intéressants classés sous des appellations fausses ou interprétés de la manière la plus extra-scientifique, et servant en dernière analyse à étayer des argumentations disparates et des conclusions discordantes ! Et comme Trousseau avait raison de dire : « C'est l'épilepsie que l'on méconnaît le plus souvent ! »

Nous aurons plus d'une fois l'occasion d'attester, chemin faisant, que l'état mental des épileptiques peut être influencé de la manière la plus heureuse par l'usage continu d'une dose déterminée de bromure de potassium ; que la périodicité, l'excitation maniaque, les impulsions homicides et la fureur si terrible de ces malades cèdent dans tous les cas, même lorsque l'épilepsie par exception ne s'améliore pas somatiquement ; que la camisole est devenue aujourd'hui une inutilité, puisque les convulsifs traités ne s'agitent plus ; et que, chaque jour, depuis dix ans, les médecins de Bicêtre voient non-seulement se confirmer les opinions favorables qu'ils ont émises sur les effets du sel bromique méthodiquement administré et très-longtemps continué, mais qu'ils découvrent encore dans l'emploi convaincu et persévérant du même agent thérapeutique des applications nouvelles qui n'avaient point été soupçonnées, et qu'ils recueillent des résultats précieux qui, il faut bien le dire, sont venus s'offrir d'eux-mêmes.

Si l'habitude convulsive a été rompue, si des phases suspensives d'une à cinq et six années ont déjà pu être obtenues, si l'épilepsie n'est plus considérée comme *opprobrium artis*, c'est déjà beaucoup sans doute, mais ce qu'il faut obtenir encore, et ce que je souhaite, c'est que les épileptiques inspirent désormais à leur entourage moins de désaffection, de dégoût, de honte et de terreur ; c'est qu'ils ne se fassent plus autant haïr et craindre ; qu'ils puissent vivre davantage encore en liberté ; qu'ils soient plus impartialement appréciés par les médecins, la société et la justice, et moins repoussés par tout le monde ; qu'ils conquièrent en quelque sorte leurs droits de citoyens, et qu'ils ne soient plus enfin les parias de l'humanité.

Réhabiliter partiellement l'épileptique est une lourde tâche, je l'avoue, mais plus il est difficile de réussir dans cette entreprise, et plus il y a nécessité de l'affronter. Il importe, en effet, de réagir contre l'abandon dans lequel on a jusqu'à présent laissé les épileptiques vivre et mourir. Les ressources thérapeutiques les plus ingénieuses, les tentatives les plus hardies et les dévouements les plus admirables sont constamment au service des scrofuleux, des phthisiques et des cancéreux : aucun effort ne coûte, aucune pratique ne répugne, aucune patience ne se lasse, dès qu'il s'agit de soulager, d'améliorer et de consoler ces malades. Les épileptiques, au contraire, réputés incurables depuis l'antiquité la plus reculée, jusqu'en 1867, regardés comme compromettants pour l'honneur des familles et considérés comme dangereux pour la vie d'autrui, ont fait le vide autour d'eux. Le dévouement médical, — le seul qui survive à tous les autres, — ne leur est même pas toujours resté !

Chassons les ténèbres que la tradition a amoncelées autour de l'épileptique ; réduisons à néant les erreurs et les préjugés que l'ignorance propage complaisamment depuis tant de siècles ; mettons le malade à nu ; montrons-le ce qu'il est ; examinons-le froidement de tous les côtés ; déroulons les tristes archives de ses infirmités physiques, de ses défaillances intellectuelles et de ses inconscients forfaits ; discutons la situation exceptionnelle qui lui est faite ; apprécions son degré de responsabilité devant la loi, et préparons, pour l'avenir, des solutions conformes aux principes du droit et aux sentiments de l'équité naturelle.

La recherche de la criminalité spéciale et, si l'on peut s'exprimer ainsi, de la marque de fabrique des épileptiques en matière de criminalité, nous conduira nécessairement à la fixation des signes exacts de l'épilepsie homicide.

Classification des épileptiques. — Nous allons avoir successivement à étudier les épileptiques proprement dits, les épileptiques aliénés, les épileptiques larvés, les épileptiques alcooliques et les épileptiques paralytiques.

L'épilepsie reconnaît trois ordres de phénomènes somatiques : le vertige, l'accès incomplet et l'attaque convulsive. Ces manifestations, en apparence si différentes d'un seul et même état, se trouvent fréquemment réunies toutes les trois chez le même malade et alternent capricieusement. D'autres fois, il n'en existe que deux, mais très-souvent aussi un seul ordre d'accidents spéciaux apparaît, se renouvelle, au bout d'un temps indéterminé, et se reproduit invariablement de la même façon, avec une uniformité tout à fait identique. Je n'ai pas à insister là-dessus en ce moment.

Plus on vit avec ces malades et plus on reconnaît qu'il est indispensable, au point de vue de l'état mental, de classer cliniquement les épileptiques proprement dits en trois catégories bien distinctes : 1° ceux dont la névrose n'a point retenti sur l'intelligence, qui vont et viennent à leurs affaires, réussissent dans leur milieu et sont même parfois assez heureux pour dissimuler leur état ; 2° ceux qui ne présentent que passagèrement des troubles des facultés intellectuelles au moment ou après leurs vertiges, leurs accès incomplets ou leurs attaques, et qui, dans de longs armistices, jouissent de la complète intégrité de leur raison ; 3° ceux dont l'esprit est altéré profondément et d'une manière permanente, dont l'aliénation est acquise et irrémédiable, et qui, lorsqu'ils ne sont point soumis à un traitement continu et très-surveillé, constituent dans les établissements spéciaux un groupe de malades agités, impulsifs, furieux et très-dangereux.

§ 1. — *Épileptiques proprement dits.*

En thèse générale, un épileptique peut être tout aussi intelligent et tout aussi raisonnable que l'homme jouissant de la santé la plus irréprochable. Non-seulement l'épilepsie n'est pas incompatible avec l'exercice le plus correct des facultés de l'intelligence, mais elle s'est parfois rencontrée chez des hommes extrêmement distingués et chez des personnes qui ont étonné le monde. Quelques exemples nous prouveront même jusqu'à quel degré d'élévation et de gloire il en est qui sont parvenus : au dire de Plutarque, Jules César fut épileptique et éprouva sa première attaque à Cordoue. Pétrarque mourut subitement dans l'une de ses crises convulsives. Newton fut sujet à des vertiges; et, si l'on s'en rapporte aux assertions d'un auteur dont Bayle a invoqué l'autorité, Mahomet était atteint d'épilepsie. Pierre le Grand fut affecté d'accidents épi-

leptiques; le fils qu'il avait eu de Catherine fut épileptique, et l'un de ses petits-fils, Paul Ier, éprouva des troubles cérébraux. Molière, enfin, entrait quelquefois en convulsions, « ce qui, d'après son biographe Grimarest, l'empêchait de travailler pendant quinze jours. »

Chacun peut connaître des épileptiques très-bien doués intellectuellement, jouissant de leur libre arbitre et n'ayant jamais commis un acte suspect. Leur mémoire seule peut parfois être surprise en défaut, et encore est-ce à peine appréciable. Le théâtre des affaires humaines est ouvert à leur libre activité et ils s'y meuvent sans entrave, mais aussi sans privilége pénal. Nous les coudoyons sans cesse. Ne nous en préoccupons point. (*A suivre.*)

MATERNITÉ DE SAINT-PÉTERSBOURG

Hystérotomie par section hypogastrique (1)

Par le professeur A. de Krassowski,
médecin accoucheur de la maison de S. M. l'Empereur de Russie.

II

La marche suivante de l'opération consistait à changer les pressions temporaires de l'écraseur par des ligatures permanentes métalliques et de soie. Outre les deux ci-devant nommées, on fixa trois ligatures métalliques : *une*, sur l'utérus et la partie du ligament large gauche; *l'autre*, sur le ligament large droit, et la *troisième* sur l'adhérence vésicale, de manière qu'une partie de la paroi de la tumeur restât sur place; sur l'adhérence, fortement vasculaire, épiploïque, qui venait de la surface postérieure et inférieure de la tumeur, on appliqua une ligature de soie *en masse* et son bout fut ressorti en dehors. Une fois cette multiple procédure achevée, la partie de la tumeur, qui se trouvait au-dessus des nœuds, fut coupée, et il ne s'ensuivit pas d'hémorrhagie. Le moignon de l'utérus, à cause de la forte pression, avait la forme d'un chapeau de champignon de la grosseur d'un demi-poing. L'ovaire gauche, qui était profondément enfoncé dans la cavité pelvienne et probablement adhérent à cette cavité, ne fut pas séparé, il était à peu près de la grosseur d'un œuf de poule. L'ovaire droit ne fut pas trouvé pendant l'opération, il faut supposer qu'il est entré dans la masse de la tumeur.

Quand vint le moment de fermer la plaie, il fallut porter toute notre attention à ce que toutes les parties enclavées dans les nœuds métalliques fussent fixées entre les bords de la plaie; ce qui ne se fit pas sans difficultés. Le moignon de l'utérus fut percé, au-dessus du nœud métallique, par deux aiguilles (acupression) à une distance de 1 1/2 centimètre l'une au-dessus de l'autre, parallèlement l'une à l'autre, et en direction transverse à l'incision abdominale; les longs bouts des aiguilles s'appuyaient sur les parois abdominales, des deux côtés des bords de la plaie; sur les bouts des aiguilles, on fixa des canules en caoutchouc. Toutes les autres parties enclavées dans les nœuds métalliques, n'étant pas très-tendues, on eut besoin en un seul endroit, près de l'angle supérieur de la plaie, de les fixer dans une suture profonde métallique; la suture de la plaie se pratiqua par trois sutures profondes métalliques, y compris celle dont nous venons de parler, vu qu'au milieu de la plaie ses bords étaient assez rapprochés les uns des autres, et le reste de la plaie était rempli des parties enclavées dans ses bords. Il faut dire aussi que toute notre attention se porta à ce que les parties enclavées fussent, au dessous des nœuds, en contact avec les bords de la plaie.

Vers la fin de l'opération, la malade revint à elle; elle était très-faible et le pouls à peine palpable. L'opération dura à peu près quatre heures, et pendant tout ce temps la malade était profondément narcotisée. La perte de sang fut assez modérée, l'hémorrhagie provenant de la tumeur fut plus forte que celle des adhérences. Il est évident qu'il y eut un épanchement de sang et du contenu du kyste dans la cavité pelvienne, c'est pourquoi la toilette du péritoine demanda assez de temps, et l'on retira de la cavité de Douglas plusieurs caillots de sang. L'anse de l'intestin qui fit saillie pendant l'opération fut couverte, autant que possible, d'éponges tièdes, ce qui cependant ne réussissait pas toujours, vu la durée de l'opération et les obstacles imprévus qui s'y manifestèrent.

La tumeur seule (sans contenu) pesait environ 3,838 grammes.

Le moignon de l'utérus fut imprégné de solution de sesquichlorure de fer, et la plaie fut pansée avec une solution de 2 pour 100 d'acide carbolique. Sur l'abdomen, on plaça une vessie remplie de glace.

Les premiers jours après l'opération, la malade se sentait excessivement faible, le pouls à 102, la température 39°1, nausées, vomissements, hoquet et soif excessive. Pendant les deux premiers jours, on donna à la malade du champagne glacé avec du moschus, de la glace, du sulfate de quinine, et les forces revinrent peu à peu. Ayant en considération la suture intestinale, les évacuations furent arrêtées pendant treize jours par les opiacés. Le pansement de la plaie, les premiers jours, se fit une fois toutes les vingt-quatre heures, mais quand commença la destruction des tissus enclavés, le pansement eut lieu deux fois par jour; la plaie était lavée ou avec une solution d'acide carbolique (2 pour 100), ou avec une solution d'hypermangane de potasse; le drainage, chaque fois, était rincé avec de l'eau tiède (température de 20° à 16° R.), et ensuite avec la même solution que la plaie, et il sortait fréquemment de la canule du drainage un liquide purulent; les surfaces gangréneuses étaient sur-le-champ séparées avec des ciseaux, et quand le sang se montrait, on avait recours au sesquichlorure de fer. Une fois, c'était le treizième jour, après avoir ôté le fil métallique de la partie supra-vaginale de l'utérus, il se manifesta une assez forte hémorrhagie, qui obligea de remettre le serre-nœud. La plaie s'épura vers le vingtième jour; la dernière suture fut enlevée seulement le vingt-troisième jour, et le drainage le quarante et unième jour. Les petits abcès qui se développaient vers les bords de la plaie furent traités selon les règles. Il n'y eut aucun symptôme inflammatoire. En ce moment-ci (deux mois après l'opération), la malade marche très-facilement, et sa santé est dans un état très-satisfaisant.

J'ai chargé le docteur Reyn de la description plus complète de ce cas, et M. le docteur Jantchitsch a bien voulu prendre sur lui l'analyse anatomo-pathologique de ce cas et du suivant.

Quatrième observation. — *Hystérotomie (imprévue) sur la partie supra-vaginale de l'utérus par la section hypogastrique. Tumeur cystique développée de l'angle gauche de l'utérus, ou du ligament large gauche. — Sur la surface antérieure de l'utérus, un fibroïde sous-séreux de la grosseur d'une noix; sur le fond et la surface postérieure, trois fibroïdes sous-séreux, de la grosseur d'un pois. Les deux trompes de Fallope sont dilatées, de la grosseur d'un doigt, et remplies d'un liquide sanguinolent. Les deux ovaires sont atteints de kystes; celui de l'ovaire gauche est de la grosseur d'une prune. Guérison.*

Mme Wilhelmine P..., âgée de trente-huit ans, d'une bonne complexion et pas épuisée, est réglée depuis l'âge de treize ans régulièrement, excepté les derniers six mois avant l'opération, où les menstruations devinrent abondantes et douloureuses. Elle fut enceinte deux fois; la première grossesse se termina par une fausse couche, le quatrième mois; la seconde grossesse, couches à terme et application du forceps. La tumeur, de la grosseur du poing, fut remarquée la première fois, il y a quinze ans, dans la région hypogastrique gauche; elle n'était pas sensible et pendant un an resta *in statu quo*, ensuite son accroissement alla graduellement, et le 2 juin 1876 l'abdomen dépassait les mesures de celui d'une femme enceinte à terme. La malade elle-même ne se plaint que de l'augmentation du ventre, toutes les fonctions sont régulières, il lui est seulement difficile de se retourner d'un côté sur l'autre, et parfois elle ressent un engourdissement au pied gauche. Se basant sur l'exploration intérieure et extérieure, le diagnostic fut posé : kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, long pédicule, pas d'adhérences. Rétroversion de l'utérus.

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 septembre.

Le 3 juin 1876, à la section gynécologique de la Maternité, on entreprit *l'ovariotomie* et on pratiqua *l'hystérotomie*. L'opération alla comme d'ordinaire jusqu'à la séparation de la tumeur; je remarquerai seulement que l'incision avait 11 centimètres de longueur, et traversait une couche adipeuse de deux doigts d'épaisseur; le contenu du kyste était clair, il n'y avait pas d'adhérences. Après avoir retiré le kyste, on s'aperçut que son pédicule se composait de l'angle gauche très-tendu de l'utérus, et en partie du ligament large. On voyait très-clairement que dans le pédicule il y avait des fibres musculaires. En avant du pédicule se trouvait la trompe de Fallope de la grosseur d'un doigt avec plusieurs resserrements, et, dû premier coup d'œil, son tissu semblait anormal, surtout l'extrémité extérieure qui était couverte d'une couche papillomateuse; ici tout près se trouvait l'ovaire gauche, atteint d'un kyste de la grosseur d'une prune. L'utérus a perdu sa forme régulière et sa compacité, il est friable et distendu de droite à gauche; à son angle droit, l'on sent une induration ressemblant à un fibromiome; la consistance du pédicule et de l'angle droit de l'utérus est la même; sur la surface antérieure de l'utérus se trouve un fibroïde sous-séreux de la grosseur d'une noix, sur le fond et la surface de l'utérus deux ou trois fibroïdes de la grosseur d'un pois. La trompe de Fallope et l'ovaire du côté droit ont subi les mêmes changements que du côté gauche. Prenant en considération tout ce que nous venions de voir, il est évident qu'il valait beaucoup mieux enlever toutes les parties morbides, que de laisser dans la cavité pelvienne l'utérus blessé, en cinq ou six endroits, avec une masse de ligatures. Après avoir appliqué sur la partie supra-vaginale de l'utérus, et sur les organes dégénérés, trois nœuds métalliques, avec l'aide du serre-nœud de M. Centra, on enleva les organes morbides avec des ciseaux; le moignon de l'utérus et des ligaments larges furent tirés en dehors, et fixés par des aiguilles à l'angle supérieur de la plaie, comme dans le cas précédent; de la cavité de Douglas par le cul-de-sac postérieur, l'on fit passer un drain, dont on fit ressortir un bout par la plaie abdominale, au-dessus du moignon, et l'autre bout par le vagin.

Les bords de la plaie furent réunis par des sutures profondes métalliques. Pansement ordinaire. Il y eut 2,790 grammes de liquide évacué; le sac pesait 920 grammes; l'ovaire droit, 20 grammes; l'utérus avec l'ovaire gauche, 140 grammes; en tout, 3,870 grammes.

L'opération dura deux heures trente minutes, on administra le chloroforme. Les aides furent : les docteurs Dobrynine, Smolensky, Petraschkiewitsch, Aristoff.

Pendant les premiers jours après l'opération, se manifestèrent de légers symptômes de péritonite partielle qui cédèrent facilement à l'emploi local de la glace. Le détritus du moignon de l'utérus et des ligaments larges fut éloigné le neuvième jour, et la base du moignon, au fond de l'angle supérieur de la plaie, commença à se couvrir de granulations. La partie supérieure de la plaie se cicatrisa par première intention, mais bientôt la cicatrice fut détruite, et il fallut laisser les sutures plus longtemps qu'à l'ordinaire et la dernière suture ne fut enlevée que le dix-neuvième jour. Le drainage fut enlevé le trente-neuvième jour. Pendant tout ce temps, le pouls et la température ne s'éloignaient presque pas de l'état normal. La digestion était complétement régulière. La suppuration était si peu considérable, que la malade ne s'en ressentit même pas. La malade est guérie.

L'erreur de diagnostic consiste, en ce qu'en pratiquant l'exploration intérieure, le bord droit recourbé de l'utérus fut pris pour sa surface postérieure, et son angle droit pour le fond de l'utérus; l'angle gauche de l'utérus qui composait le pédicule de la tumeur, et était très-distendu, masquait l'immobilité de l'utérus, quand on déplaçait le kyste dans toutes les directions. Les fibroïdes de l'utérus de la grosseur d'une noix, et les kystes des ovaires de la grosseur d'une prune, bien qu'ils peuvent être reconnus; mais dans le cas présent, la tumeur était trop volumineuse, et la forme de l'utérus trop changée, pour que ces petites tumeurs eussent pu être palpables.

La description plus minutieuse est confiée à M. le docteur P. Dobrynine.

Jusqu'à présent, j'ai eu quatre cas d'hystérotomie supra-vaginale, par section hypogastrique, dont deux prévues et deux imprévues. De ces quatre malades, deux sont guéries et deux sont mortes.

DE LA TRÉPANATION PRÉVENTIVE

DANS LES FRACTURES AVEC DÉPLACEMENT D'ESQUILLES DE LA TABLE INTERNE OU VITRÉE DU CRANE

Par M. C. Sédillot (de l'Institut).

Nos précédentes Communications (1) sur les fractures de la table interne ou vitrée du crâne, avec déplacements d'esquilles, ont montré que la trépanation était l'unique moyen de prévenir des complications inévitables et presque toujours mortelles.

La Chirurgie tend manifestement (2) à revenir, sur ce sujet, aux préceptes hippocratiques; mais l'opinion contraire compte encore tant de partisans et la question est si importante, qu'il importe d'en poursuivre les démonstrations.

Les fractures vitrées avec esquilles soulèvent donc un problème de diagnostic, auquel la vie des blessés est attachée. Les 106 observations que nous présentons ne laissent aucun doute à cet égard. 89 extrêmement remarquables, à tous les points de vue, nous ont été communiquées par M. le docteur J. Chauvel, médecin-major, professeur à l'École militaire du Val-de-Grâce, et sont tirées de sa traduction, encore inédite, de l'histoire chirurgicale de la guerre de la sécession américaine (3).

17, recueillies en France, ont été publiées depuis 1869, par MM. les professeurs E. Bœckel et Gross, et les docteurs J. Bœckel, Cochu, Schalck, et par moi dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, dont le rédacteur en chef actuel, M. le docteur Jules Bœckel, s'est rallié, depuis plusieurs années, à la défense de la trépanation préventive (4). Sur ces 106 blessés, 77 furent trépanés; 29 ne le furent pas. 9 trépanations furent *préventives*, c'est-à-dire pratiquées, avant l'apparition d'accidents primitifs ou consécutifs; dès le premier jour, 68 *curatives* eurent pour but de remédier à des complications graves, telles que paralysies, perte de connaissance, convulsions, coma. Parmi elles, 21 *hâtives* furent faites dans les cinq premiers jours de la blessure; 47 *tardives*, à partir de ce moment. Dans le nombre de 106 blessés, la table externe du crâne fut trouvée 21 fois sans fracture, et, comme la plupart des malades présentèrent d'abord peu d'accidents, on jugea souvent leurs blessures légères.

Les proportions de la mortalité offrent le moyen d'apprécier, avec une assez grande précision, les inconvénients et les avantages des traitements mis en usage. Les chirurgiens qui, par crainte des dangers de la trépanation, attendent l'apparition de complications menaçantes pour recourir à cette opération auraient dû sauver un plus grand nombre de blessés. Il n'en fut rien et le tableau suivant en fournit la preuve. Sur les 29 blessés atteints de fractures vitrées avec esquilles *non trépanés*, on compta 1 guéri et 28 morts; sur les 77 *trépanés*, 29 guéris, 48 morts; 9 trépanations *préventives* donnèrent 6 guéris, 3 morts; 68 trépanations *curatives*, 24 guéris, 44 morts; 21 *hâtives*, 8 guéris, 13 morts; 47 *tardives*, 15 guéris, 32 morts.

Ces résultats sont la confirmation des faits et des préceptes exposés dans nos précédentes communications.

La mortalité fut proportionnelle aux retards apportés à l'application du trépan; on sauva les deux tiers des opérés par la trépanation *préventive*; plus du tiers par la trépanation *hâ-*

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences des 12 octobre et 16 novembre 1874, t. LXXIX.

(2) Legouest, *Traité de chirurgie d'armée*, 2e édition; Paris, 1873.

(3) *The medical and surgical history of the war of the rebellion* (1861-1865). Part first. Surgical volume. Washington, 1870.

(4) Dr Jules Boeckel. *De la trépanation dans les plaies de tête;* Paris, 1873.

tive; moins du tiers par la trépanation *tardive* et seulement 1 sur 29 dans les cas où l'on n'eut pas recours au trépan.

Le fait dominant est la mortalité presque inévitable des fractures vitrées, avec esquilles dont on n'opère pas l'extraction. 1 seul blessé sur 29 non trépanés fut sauvé, et encore fut-il réformé le huitième mois de sa blessure, pour vertiges et incapacité absolue de travail. On comprend dès lors l'importance du diagnostic. Quand la table externe du crâne n'est pas fracturée et qu'il n'existe pas d'accidents, aucun chirurgien n'a jamais conseillé la trépanation. Quesnay (1), un des premiers, a signalé la gravité des contusions du crâne, par armes à feu, mais il attendait les complications pour intervenir. La difficulté de reconnaître une fracture isolée de la lame vitrée semblait insurmontable. La Chirurgie trouvera peut-être dans l'auscultation par percussion un moyen de diagnostic et de progrès. Le docteur Obis, dans un mémoire spécial, comprenant 20 observations de fractures vitrées sans solution de continuité de la table externe du crâne, observations traduites par M. le professeur Chauvel, et que nous avons utilisées, a cité à ce sujet des faits généralement oubliés. De la Motte (2) admettait que la résonnance du crâne pouvait indiquer les fractures isolées de la table vitrée. Athalen (de Besançon) avait fondé la même opinion sur une observation recueillie en 1746.

« Stromeyer, après avoir dit que Lanfranc et A. Paré n'ignoraient pas ce moyen d'exploration, a raconté que, dans un cas où il n'existait qu'une fissure à peine perceptible de la table externe du crâne, il avait constaté sûrement, par la percussion avec un stylet d'argent, l'étendue de la séparation de la lame vitrée, et, après la mort du blessé atteint de pyohémie, un grand nombre de jeunes chirurgiens avaient reconnu l'exactitude de son diagnostic. »

Il est surprenant de voir l'ingénieux et inventif Stromeyer, s'applaudir de l'ignorance où sont restés les chirurgiens de ces résultats. « Sans cela, dit-il, beaucoup d'entre eux auraient pratiqué la trépanation, qui eût entraîné la mort, tandis que les antiphlogistiques sont un moyen très-supérieur de traitement. Qu'aurait fait le trépan, ajoute-t-il, contre un abcès métastatique du foie? » Nous répondrons que cette opération était le seul moyen de prévenir la pyohémie, tandis que dix saignées et le ptyalisme mercuriel restèrent sans aucune efficacité. M. le professeur Dolbeau et M. le docteur Félizet ont confirmé l'exactitude de ce procédé d'auscultation.

Un avantage de la réhabilitation du trépan sera le retour de la Chirurgie aux règles posées par les grands maîtres de l'art de tous les temps et universellement adoptées. Il a fallu le spectacle des affreuses mortalités des localités infectieuses et des hôpitaux contaminés pour faire proscrire l'exploration des blessures, dont le siége, la nature, les complications jettent une si vive lumière sur le traitement à y apporter. L'abstention préconisée dans les fractures du crâne par Desault, Gama, Stromeyer, etc., n'est qu'un aveu d'impuissance et de désespoir, et ne saurait être élevée au rang de doctrine, en dehors de circonstances fatales et passagères où ce n'est plus à la chirurgie qu'il faut faire appel, mais à l'hygiène.

Nous avons proposé, dans les cas de doute et d'hésitation, au sujet de la réalité d'une fracture vitrée, de recourir à la trépanation *explorative*, que M. le docteur Gross, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, a pratiquée dans de très-mauvaises conditions de salubrité. Cette opération était faite pour la première fois et sera certainement renouvelée.

(1) Quesnay, *Du trépan dans les cas douteux.* (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. Ier.)

(2) De la Motte, *Observations de chirurgie*, t. II, p. 303; Paris, 1771.

Première observation (1). — Plaie du pariétal droit par un éclat d'obus. Fracture sans enfoncement de l'os. Trépanation préventive et explorative. La table interne trouvée sans fracture est laissée en place. L'état général reste satisfaisant pendant les dix premiers jours, puis accidents de pyohémie et mort le vingt-deuxième jour. Pachyméningite suppurée de la dure-mère, longeant le sinus longitudinal supérieur jusque vers le sinus latéral. Abcès pulmonaires métastatiques multiples.

On a écrit que l'issue malheureuse de cette opération devait être attribuée à la mise à nu du diploé et qu'il fallait l'exclure des cadres de l'exploration chirurgicale; voici quelques-uns des motifs qui nous empêchent d'accepter ce jugement. La plaie produite par un éclat d'obus était essentiellement contuse et les blessures de ce genre sont très-souvent compliquées de pyohémies mortelles, avec ou sans trépan. L'état supputé de la dure-mère montrait qu'elle avait été atteinte de contusion indirecte, et la mise à nu du diploé n'entraîne pas habituellement d'accidents, comme on le voit, dans les excisions superficielles du crâne par coups de sabre. L'ablation par l'arrachement chirurgical d'une rondelle osseuse de la table externe fracturée ne cause pas la contusion du diploé, divisé et mis à nu, dans toutes les applications du trépan. On est dès lors autorisé à ne pas attribuer la mort à l'exploration pratiquée, puisque la blessure en elle-même était assez grave pour entraîner des complications mortelles. Un seul cas d'insuccès ne suffit pas à résoudre une question aussi importante, et, s'il était vrai que la mise à nu du diploé a la gravité qu'on suppose, on pourrait encore conjurer les accidents par un pansement antiseptique. C'est donc une étude à continuer.

Les complications des fractures vitrées, le temps écoulé depuis la blessure, les milieux et les degrés de vitalité des malades ont une grande influence sur l'état des malades, qui succombent vite ou résistent d'une manière surprenante à des lésions presque identiques. On s'est beaucoup occupé des dangers des abcès intra-crâniens sans issue du pus et des accidents déterminés par la présence des esquilles et par de simples contusions du crâne. Nous signalerons, sous ces différents rapports, quelques observations remarquables qui représentent assez exactement toutes les autres.

Deuxième observation (quatrième du docteur Obis). — Plaie à l'occiput par balle conique, inscrite le dixième jour à l'hôpital sous ce titre : plaie légère du cuir chevelu. Deux mois après, accidents cérébraux graves. Mort. A l'autopsie, table externe du crâne non fracturée, esquille vitrée ayant traversé la dure-mère, inflammation et ramollissement du tissu cérébral.

Troisième observation (dixième du docteur Obis). — Plaie du cuir chevelu, au sommet du pariétal droit, par une balle de fusil. Blessure jugée de peu d'importance. Aucun accident pendant vingt-quatre jours, puis coma, mort. Table externe, nécrosée, sans fracture. Esquilles étoilées et déprimées de la table vitrée. Vaste abcès sous la dure-mère ayant perforé la faux du cerveau et envahi l'hémisphère opposé.

Quatrième observation (quatorzième du docteur Obis). — Dénudation du frontal gauche sans fracture, par une balle conique. Aucun accident pendant seize jours; puis frissons, paralysie, stupeur. Mort dix jours plus tard. Table externe non fracturée, mais baignée de pus. Table vitrée, brisée, sans dépression. Dure-mère noirâtre et purulente. Inflammation des méninges et des lobes cérébraux antérieurs. Abcès métastatiques du foie et des poumons.

Cinquième observation (vingtième du docteur Obis). — Plaie à la partie postérieure du pariétal droit, par une balle conique, sans

(1) Gross, *Notice sur l'hôpital civil pendant le siége.* (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

fracture de la table externe. Divers accidents attribués à une fièvre paludéenne. Extrême faiblesse. Extraction de la portion contuse du crâne, devenue mobile le quatrième mois. Table interne fracturée et déprimée encore adhérente. Guérison le sixième mois. Réformé le huitième pour vertiges et incapacité de travail.

Sixième observation (1). — Fracture du pariétal gauche par coup de marteau. Enfoncement de 5 millimètres. Pas d'accidents primitifs. Trépanation *préventive* par M. le professeur E. Bœckel, douze heures plus tard. Extraction de deux esquilles détachées de la table vitrée. Guérison au bout de six semaines.

Septième observation (2). — Fracture du frontal par coup de pied de cheval. Enfoncement de 7 millimètres. Aucun accident primitif. Trépanation *préventive* par M. le docteur J. Bœckel, une heure après la blessure. Extraction de deux longues esquilles déplacées de la table vitrée. Guérison en un mois.

Huitième observation (3). — Fracture du frontal avec enfoncement de 5 à 7 millimètres environ, sans autres accidents qu'un évanouissement de quelques instants et quelques envies de vomir. Trépanation *préventive* le deuxième jour, par suite du refus du blessé de se laisser opérer plus tôt. Extraction de quinze à vingt esquilles vitrées dont quelques-unes ont 15 millimètres de longueur. La dure-mère a été déchirée et ouverte. Pansement simple avec un sindon enduit de cérat. La plaie osseuse, fort irrégulière, à 5 centimètres carrés. Guérison rapide. Le blessé, qui est conducteur d'omnibus, reprend son service au bout de moins de deux mois.

Neuvième observation (4). — Fracture et nécrose de la table vitrée du frontal par une balle, sans fracture ni enfoncement de la table externe. Aucun accident primitif grave pendant dix-neuf jours, puis symptômes cérébraux annonçant une mort prochaine. Trépanation *curative* et *tardive*, le vingt-quatrième jour de la blessure. Extraction d'un large fragment déplacé de la table vitrée. Ponction de la dure-mère, à la recherche d'un abcès; pus mêlé à des débris de matière cérébrale ramollie, lancé à plus de trois pieds de distance. Mort quelques jours plus tard. Abcès du lobe antérieur du cerveau et les ventricules latéraux remplis de pus.

Dixième observation (5). — Fracture avec dépression du pariétal droit par une balle. Trépanation *curative* le huitième jour. Extraction d'une large esquille vitrée. Écoulement de 30 grammes de pus sanguinolent. Mort deux jours plus tard sans amélioration. Un autre fragment vitré de 3/4 de pouce fut trouvé dans le cerveau.

Onzième observation (6). — Fracture du pariétal gauche, sans enfoncement. Pas d'accidents primitifs. Coma le huitième jour. Trépanation le neuvième. Extraction de quatorze esquilles vitrées, dont une était enfoncée dans la substance cérébrale. Guérison.

Douzième observation (7). — Fracture du frontal droit par une balle de pistolet. Délire. Légère hémiplégie. Trépanation *curative* le douzième jour. Extraction de la balle engagée dans le crâne et non reconnue, et d'un fragment de la table interne enfoncé dans le cerveau. Disparition des accidents. Guérison au bout de deux mois.

L'expérience éclairera, sans aucun doute, quelques-uns des problèmes relatifs au diagnostic, aux indications, aux dangers, aux divers modes de pansement des plaies des fractures vitrées. Nous ne pouvions que signaler ici ces questions, et le principal but de cette Communication sera rempli, si nous avons démontré la haute importance et la nécessité du trépan, dans les conditions spéciales que nous avons étudiées.

(1) Mémoire du docteur J. Bœckel, *loco citato*, p. 49.
(2) Mémoire du docteur J. Bœckel, p. 51; Paris, 1873.
(3) Mémoire du docteur Schalck de Lutzelhouse (Meurthe-et-Moselle). — (*Gaz. méd. de Strasbourg*, du 1er novembre 1875.)
(4) Traduction de M. le professeur Chauvel.
(5) *Idem.*
(6) *Idem.*
(7) *Idem.*

VARIÉTÉS

Le Japonais (1)

Par M. le docteur Maget
Médecin de 2e classe de la marine.

Le Japonais a une grosse tête portée par un cou trapu, ce qui donne certaine valeur à l'expression vulgaire *d'avoir la tête entre les épaules*, qu'on lui attribue souvent. Vue d'en haut, elle a la forme d'un ovale, dont le grand diamètre est en arrière des conduits auditifs, et où le diamètre antéro-postérieur l'emporte d'un cinquième environ sur le transversal. Le front bas et étroit, d'une ouverture comprise entre 75° et 80°, est la partie la plus étroite du crâne. Par suite de l'aplatissement que subissent les pariétaux en arrière et à cause de la rentrée rapide de l'occiput vers le rachis, la partie postérieure de la tête est réduite en une manière de couronnement, où les muscles cervicaux rencontrent une insertion plus favorable; les fosses temporales, moins profondes et moins larges, sont plus hautes que chez nous; les bosses frontales sont mal indiquées, tandis que les éminences sourcilières s'avancent en arête vers la cavité orbitaire; celle-ci, moins profonde, a ses bords plus tranchants. Quant aux fosses nasales, elles regardent franchement en avant. Au niveau de l'articulation du frontal avec les os propres du nez est une forte dépression après laquelle le dos du nez se relève tout comme dans les crânes des sépultures égyptiennes. Il existe un prognatisme double médiocrement accusé, et à la suite duquel le menton se trouve déjeté fortement en arrière; celui-ci appartient à une courbe étroite et a son contour finement dessiné. Les os malaires sont saillants, mais plus largement développés que dans le type malais; comme dans ce dernier, l'espace interoculaire est considérable. En somme, on peut inscrire la face dans un trapèze à sommet rétréci, d'où partiraient deux côtés fortement déjetés en dehors.

Placés à fleur de tête, les yeux s'ouvrent obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, moins franchement, il est vrai, que chez le Mongol; la paupière supérieure bridée est surmontée d'un sourcil dirigé dans le même sens, mais plus oblique encore; il en est très-éloigné, tout en restant à peu près sur le même plan qu'elle. Il suffit d'avoir dessiné quelques types indigènes pour savoir bien vite que l'œil, le front et la joue sont sur des plans très-voisins; c'est même la réalisation la plus parfaite de cette condition qui constitue la beauté classique; dans les grandes œuvres d'art et même dans l'imagerie populaire, les kamis, les empereurs, les impératrices, les daïmios, les kougués, tout ce qui tient, en un mot, à la haute aristocratie, sont représentés avec cette face aplatie, dont l'unité est à peine interrompue par un nez très-finement aquilin. L'iris est d'un noir profond; la sclérotique est nettement bleuâtre; le regard, enjoué et malin, a rarement ce caractère placide qu'il revêt communément chez l'Européen. Aussi ce qui frappa le plus les Nipons quand ils firent la connaissance des Hollandais, ce fut leurs grands yeux aux regards doux, et de là suit l'expression de *Ollanda o mé* (Hollandais à l'œil singulier), qui, dans le Sud, désigne encore à haute voix l'étranger qui passe. Séparé du front par une forte dépression, le nez naît largement pour aller s'épanouir en ailes épatées avec ses narines très-ouvertes qui regardent en avant; les nez aquilins et busqués qu'on remarque chez les anciens dignitaires de Kioto, dans la grande noblesse et parfois même chez quelques gens du peuple, forment l'exception. La bouche est projetée en avant et s'ouvre en deux lèvres épaisses et renversées un peu en dehors, qui, la plupart du temps, ne se rejoignent pas au repos, laissent voir ainsi les dents. Celles-ci sont d'une belle venue; les incisives et les canines sont plus longues et plus fortes que les nôtres, tandis que les molaires sont d'un plus faible échantillon; les saillies alvéolaires, bien dessinées sur le squelette, se laissent encore apercevoir sur le vivant au travers de la muqueuse gingivale. Des pommettes largement développées, un sillon naso-labial bien dessiné, un menton petit qui

(1) Cette esquisse est détachée d'une étude publiée dans les *Archives de médecine navale*, pour août 1876.

fait suite à la lèvre inférieure à travers un sillon mento-labial à peine indiqué, une oreille petite et bien faible, contribuent enfin pour leur part à donner au faciès nipon son aspect caractéristique. Chez quelques prêtres du culte boudhique, j'ai vu le lobule de l'oreille acquérir des dimensions énormes, et, comme cette difformité est attribuée communément à leurs idoles, il est permis de supposer que, dans un but de perfection, ils la demandent à des pratiques artificielles.

On peut aisément faire ici l'examen du reste du corps; car, outre ceux qui, par leur profession, vivent presque constamment dans un état de quasi-nudité, le Japonais, à quelque classe qu'il appartienne, trouve toujours un instant du jour pour se dépouiller de ses vêtements et vaquer ainsi aux soins de sa toilette. Sa poitrine est plus étroite que la nôtre, déprimée vers le haut et faiblement épaulée; elle se continue avec l'abdomen sans presque former de taille; celui-ci, développé relativement à la poitrine, a, par sa rotondité uniforme et l'effacement de ses plans musculaires, certaines analogies avec celui des enfants; du bassin, qui est franchement cubique et dont les bords sont à peine renversés en dehors, partent des muscles spinaux très-développés, qui laissent entre eux et sur la ligne médiane un sillon profond.

Les membres sont courts et ont un contour arrondi sous lequel les groupes musculaires forment à peine saillie, et où les méplats et les reliefs se fondent comme dans le bras d'une femme. Ce système musculaire est d'ailleurs peu développé, ce qui peut tenir à l'usage d'un régime composé presque exclusivement de féculents. En règle générale, le muscle a toujours plus d'apparence que de force réelle; il est presque constamment flasque et peu résistant à la pression. Au membre supérieur, les attaches deltoïdiennes sont mollement indiquées : le bras et l'avant-bras sont quasi-cylindriques et se terminent par un poignet fin, une main petite et délicate. Courte et trapue, la cuisse a des attaches fessières peu proéminentes, et on dirait que, dans le membre inférieur, toute la force s'est condensée dans la jambe, qui, elle, est armée d'un mollet superbement développé, particularité qui exprime on ne peut mieux le milieu sans cesse accidenté, dans lequel vit l'indigène et dont on est porté volontiers à faire presque un *caractère de race*. Le membre abdominal est plus fort que le thoracique; il est arqué, difformité due sans doute au mode d'accroupissement qu'on affecte à tout moment du jour, soit au travail, soit au repos; c'est en lui que réside une bonne partie de la force. En effet, on n'est pas longtemps sans remarquer que, lorsqu'un Japonais a une forte traction à exercer, il se sert surtout du segment inférieur du corps, tandis que le thorax et les bras prennent peu de part à l'ouvrage. Le cou-de-pied est fin, et le pied, développé à l'air libre, a ses orteils bien déliés, capables même, chez quelques sujets, de saisir et de ramasser aisément un objet placé à terre.

Le tégument externe, très-épais, rosé chez les enfants, prend chez les adultes cette couleur uniforme qu'on exprime à merveille par un glacis de terre sienne brûlée passée sur un fond jaunâtre. A la façon des Malais et des Chinois, les Japonais sont leucotriques; on rencontre cependant parmi eux des sujets à chevelure ondulée et même frisée, qui pourraient bien dériver d'une race spéciale, si l'on en juge par le peu de cas qu'on en fait dans le pays. Gras, luisants, d'un noir profond qui prend des reflets de bleu de Prusse lorsqu'ils sont vus en masse, les cheveux s'implantent prématurément sur le front et sur les tempes, et rétrécissent d'autant ces parties. La barbe ne croît que fort tard, comme chez tous les Orientaux, du reste; elle se compose de quelques poils rares, raides et fort espacés sur la lèvre supérieure et sur le contour de la mâchoire inférieure. Les aisselles, le pubis, le scrotum, sont peu fournis de poils; quant au reste du corps, il est tout à fait glabre. Dans les deux sexes, les parties génitales sont très-développées. Au Japon, l'obésité est rare, quand elle est si répandue en Chine. On n'y rencontre guère cette difformité que chez les athlètes, *smos*, qui, choisis dès le jeune âge, doivent acquérir peu à peu, par l'entraînement, un poids qui les autorise à avoir quelques chances de succès dans des luttes où la masse doit agir plus que la force musculaire.

Dès l'âge de douze ans, la femme est nubile; elle est alors d'une grande fraîcheur et réellement jolie sous sa physionomie féline, à laquelle on met cependant quelque temps à se faire. A vingt ans commence déjà ce déclin précoce commun au beau sexe des peuples orientaux; à vingt-huit ans, la femme est déjà vieille. La Niponne est d'une stature petite et ramassée; ses épaules étroites, au lieu d'avoir la courbe gracieuse propre à l'élément féminin, se rapprochent au contraire de l'horizontale. La poitrine, déprimée vers le haut, porte des seins légèrement conoïdes, placés sur un plan plus latéral que chez nous, et relevés comme chez les femmes cophtes. Les extrémités sont d'une finesse qui donnerait envie à plus d'une dame européenne; chez elle, la peau revêt fréquemment cette teinte d'un bleu mat et transparent, semblable à celle de nos créoles. Les femmes brunes du Ken, de Hizen, sont renommées par leur gaieté aimable et leur grâce; celles du Kioto, par la pureté de leur type et la blancheur de leur teint. Le bassin est cubique, la saillie fessière est peu marquée; elles accouchent avec une grande facilité; aussi rient-elles des souffrances dont témoignent nos Européennes au milieu de semblables circonstances. Pour le travail, elles s'accroupissent sur leurs talons, les jambes écartées, la plante du pied fortement déjetée en dehors; puis elles prennent un autre point d'appui, avec les coudes, sur une de ces petites tables hautes d'un décimètre, si usitées dans le pays; position singulière au premier abord, mais favorable à coup sûr aux phénomènes de l'effort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Clermont. — M. Blatin', suppléant d'anatomie et physiologie, est maintenu pour un an dans ses fonctions.

— Le *Propagateur* (de Lille) donne les renseignements suivants sur la Faculté catholique de médecine de Lille, qui doit s'ouvrir en novembre prochain.

Dès le 15 novembre au plus tard, la Faculté sera en mesure de donner des inscriptions.

Pour l'année 1876-1877, on organise seulement le cours de première et de deuxième année. La troisième année sera ajoutée en 1877-1878. Au bout de deux ans, l'organisation sera complète.

Les professeurs, imitant les établissements d'instruction secondaire qui se fondent, ont décidé de n'admettre que les élèves qui commencent leurs études.

On avait eu un moment la pensée de réunir dans un même lieu tous les services; mais des difficultés administratives ont obligé à ajourner cette combinaison, et, pour l'année prochaine au moins, on a pris les dispositions suivantes :

Cliniques, à l'hôpital Saint-Eugénie;

Travaux pratiques, à la maison Saint-Maur (rue de la Barre);

Travaux anatomiques, à l'amphithéâtre en construction en dehors de la porte Saint-André.

Pour les étudiants en médecine, comme pour les étudiants en droit, des bulletins trimestriels seront envoyés aux familles.

L'université catholique a pris la résolution de ne pas admettre les étudiants qui ne visent qu'au brevet d'officier de santé.

De même pour les étudiants en pharmacie, on n'admettra que les aspirants au diplôme de pharmacie de première classe.

Enfin, il y aura pour les étudiants une messe tous les dimanches, avec une instruction se rapportant à leurs besoins spéciaux.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances, le mercredi 11 octobre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Rapport à l'Administration sur les médicaments à ajouter au formulaire des bureaux de bienfaisance, par M. Lafont; — 2° Observation de tétanos, par le docteur Zimberlin, membre correspondant de la Société; — 3° Conséquences de la suppression de plusieurs médecins dans chacun des bureaux de bienfaisance du centre de Paris, par M. Passant.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 116. — JEUDI 5 OCTOBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 5 OCTOBRE 1876. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été occupée par la communication que M. Chatin a faite à l'Académie d'une notice sur la vie et les travaux de son regretté collègue M. Gobley, et par une lecture de M. Magne sur l'allaitement et le sevrage des enfants et des jeunes animaux. MM. Bouley, J. Guérin et Depaul ont présenté à ce sujet des observations critiques qui paraissent devoir être les préludes d'une discussion qui s'ouvrira probablement dans la séance prochaine.

Vu l'étendue du travail de M. Magne, nous n'avons pu donner dans le compte rendu qu'une simple indication de son objet. Nous ne pourrions en apprécier convenablement la valeur, ainsi que celle des observations qu'il a suscitées, qu'après en avoir pris complétement connaissance. C'est ce que nous renvoyons à huitaine.

Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

Les épileptiques (1).

II. — Les troubles intellectuels passagers qui traversent la vie des épileptiques sont aisément reconnaissables et vraiment typiques, mais ils varient selon la nature de la manifestation somatique de l'épilepsie. L'altération mentale du vertigineux, par exemple, n'est pas la même que celle du convulsif. Et, d'autre part, le désordre temporaire de la raison emprunte une nuance saisissable et une signification particulière à cette circonstance qu'il précède, qu'il accompagne ou qu'il suit l'accident physique, ou bien encore qu'il éclate dans l'intervalle des accidents. On passe d'ordinaire à côté de ces minuties cliniques, et cependant c'est à elles seules que l'on doit, à un moment donné, de pouvoir fournir à la justice l'explication scientifique du crime le plus insolite, le plus atroce, et en apparence le moins justifiable.

A. *Vertiges.* — L'individu affecté de vertiges jouit de toutes les apparences de la santé, s'occupe de son travail ou cause tranquillement, quand tout à coup il pâlit un peu, s'arrête, paraît surpris, interrompt sa phrase, conserve les yeux fixes, lâche l'objet qu'il tient à la main ou le lance convulsivement loin de lui, et reste ainsi immobile pendant quatre, huit, dix ou douze secondes au plus. Il pousse un soupir, achève ce qu'il disait, et ne se doute pas souvent qu'il vient d'être malade. Il n'est pas tombé, n'a rien vu, rien entendu, rien senti; il a été isolé du monde extérieur, il a été absent.

Un enfant, ayant toute la gaieté de son âge, s'arrête brusquement en jouant, ferme les yeux ou les entr'ouvre largement, reste immobile, fixe, dans l'attitude où le mal l'a pris; puis, au bout de sept ou huit secondes et après une longue inspiration, il reprend ses jeux. D'autres fois, la durée du vertige est bien moindre, et c'est après être resté deux ou trois secondes immobile et les yeux largement ouverts ou fermés que l'enfant continue à s'amuser. Les accidents éprouvés par cet enfant sont un indice certain de l'épilepsie.

Une personne joue au whist et fait le geste de lancer sa carte sur le tapis, quand soudain la carte s'échappe de ses doigts et tombe de travers sur ses genoux ou sur le coin de la table. Après quelques secondes d'immobilité et d'occlusion des paupières, elle continue sa partie.

A la suite d'un simple vertige, on voit des malades rester troublés pendant quelques secondes, quelques minutes ou quelques heures. Étonnés, ahuris, demi-hébétés, ils balbutient quelques mots incohérents ou orduriers, déboutonnent machinalement leurs vêtements, découvrent leurs organes génitaux, urinent dans un salon, au théâtre ou à l'église, font des gestes choquants, se mettent à genoux, baisent la terre, répètent un certain nombre de fois le même mot ou le même acte, ou bien encore sont rencontrés tout nus dans leur escalier, dans la cour de leur maison, ou se montrent ainsi sur la voie publique. Rentrés en possession d'eux-mêmes, ils ne se souviennent absolument de rien, apprécient d'ordinaire l'étrangeté de leur conduite, dévorent leur honte, s'excusent timidement et indemnisent autrui, s'il y a lieu. Mais comme le public n'est point apte à juger l'épilepsie, et qu'il n'a pas mission de le faire, c'est devant l'autorité que comparaît d'abord le délinquant. Une décision est prise et, dans les cas où le médecin intervient ensuite, la difficulté pendante ne dépend plus que d'un diagnostic précis.

Dans un wagon de première classe, huit personnes voyageaient un jour sur la ligne de l'Ouest. Un quart d'heure avant d'arriver à Paris, un homme d'une quarantaine d'années se lève tout à coup, vide ses poches, dépose sa montre dans son chapeau, jette ses lunettes par la portière, urine sur les genoux d'une petite fille de huit ans, puis se rassied sans avoir l'air de

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 octobre.

comprendre l'indignation, les reproches, les menaces et même les violences des voyageurs. A l'arrivée du train, il est arrêté à la gare, conduit au poste, puis dirigé sur le dépôt de la Préfecture sous la prévention d'outrage public à la pudeur. Je l'examinai le lendemain, le trouvai de très-bonne foi, tout à fait humilié de son aventure, mais ne se souvenant de rien. Je n'eus pas de peine, après un interrogatoire minutieux et prolongé, à diagnostiquer l'épilepsie et à affirmer, dans l'espèce, l'irresponsabilité. On prévint sa famille, et on le rendit à la liberté.

J'interrogeai un jour, à la prison Saint-Lazare, une femme P..., âgée de trente ans, sans antécédents judiciaires, mère de trois enfants, qui, sans aucun besoin, avait volé une paire de souliers à un étalage, alors que le marchand était en face d'elle et la regardait. Arrêtée en flagrant délit, elle se trouble, balbutie, rend aussitôt les objets volés, pleure, proteste de toute la pureté de sa vie et ne cherche pas d'ailleurs à excuser le fait imputé dont elle n'a, dit-elle, ni souvenir, ni conscience. C'était une vertigineuse épileptique. Pendant que j'affirmais cette opinion, comme expert, les témoins entendus dans l'instruction déposaient en faveur d'absences temporaires de raison et de bizarreries inconscientes. Une ordonnance de non-lieu a été rendue. Depuis cette époque, j'ai déjà revu trois fois cette même femme. Elle avait relevé ses jupes dans un marché, mendié dans la rue et insulté un gardien de la paix, excité par paroles un vieillard à la débauche, tenté de voler le bonnet d'une petite fille de dix ans qui se rendait paisiblement à l'école, etc., etc. Dans l'un de ses égarements passagers, elle s'est trempé les mains dans une casserole de lait bouillant, et elle porte d'indélébiles cicatrices.

Malgré sa durée éphémère, sa presque instantanéité, le vertige conduit tout aussi rapidement que l'accès incomplet ou l'attaque convulsive à des manifestations psychiques anormales, à des impulsions dangereuses, à l'accomplissement d'actes insolites, répréhensibles ou dommageables. Après un seul accident ou une série d'accidents, le vertigineux peut brusquement parcourir tous les tons de la gamme délirante, depuis l'irascibilité capricieuse ou l'excitation turbulente, jusqu'à l'incohérence et la fureur. Le plus souvent, toutefois, et je vais immédiatement en citer des exemples, l'affaiblissement des facultés de l'entendement, et principalement de la mémoire, s'accomplit en silence et par degrés.

J'ai beaucoup connu, à une certaine époque, un fonctionnaire public sujet depuis très-longtemps à de légers vertiges, qu'il déguisait de très-bonne foi sous le nom de *migraines*. D'un caractère faible, timide, pusillanime même, il évitait le monde. M. X... venait-il à paraître dans un salon, on le voyait embarrassé, honteux et balbutiant; il se défiait à ce point de de sa mémoire, qu'il n'osait prendre part à la conversation générale. Lorsque quelques vertiges, dont la durée était à peine de cinq ou six secondes, l'avaient tourmenté, il accusait de la céphalalgie, bégayait un peu, devenait irritable et querelleur, se prenait d'enthousiasme pour un projet, ou se rendait à l'église et priait avec ferveur. Ses allures assez bizarres le faisaient passer pour un homme distrait et original; sa famille vivait dans une quiétude sans égale. Ce malade est tombé complétement en démence.

D..., ouvrier bijoutier, âgé de vingt-huit ans, est intelligent, mais bizarre et morose. Il est laborieux, gagne huit francs par jour et habite avec ses parents. Son père, porteur de journaux, est faible d'esprit; sa mère est violente et adonnée à l'ivrognerie. D..., a des vertiges épileptiques, à la suite desquels il est très-troublé pendant quelques instants. Un jour, il jette par la fenêtre une foule d'objets mobiliers; une autre fois, il se deshabille et descend tout nu l'escalier; une autre fois encore, il entre dans une maison de la rue Taitbout, monte au quatrième étage, voit une clef à une porte et entre sans frapper. Arrivé au milieu de la chambre, il laisse tomber un cahier de musique qu'il tenait à la main, reste immobile et paraît ahuri. On le prend pour un voleur et on l'arrête. Conduit au poste, il déclare qu'il n'avait rien à faire dans la rue Taitbout et qu'il est très-surpris d'y être passé, qu'il ne connaissait personne dans la maison qu'on lui désigne et qu'il ne se souvient pas d'y avoir pénétré. Il convient seulement qu'il est sorti de chez lui, à telle heure, avec un cahier de musique sous le bras. A chacune de ses arrestations, j'ai interrogé D..., et signalé l'épilepsie. Ce malade est actuellement à Bicêtre, déjà depuis plusieurs années, et il a été très-vite frappé de démence.

En dehors des absences psychiques et des actes excentriques que l'on peut constater, à la suite du vertige, il y a lieu d'attacher une très-grande importance à l'uniformité des symptômes présentés et à la répétition absolument semblable des mêmes actes accomplis. C'est là l'un des caractères les plus significatifs et les plus concluants de l'épilepsie. Les cas rapportés jusqu'à présent ont pu témoigner d'anomalies certainement épileptiques, mais il y aura quelque chose de plus dans ceux qui suivront : il y aura la récidive, et la récidive identique, invariable, implacable.

Au milieu de cette multitude d'enfants abandonnés, de mendiants, d'infirmes, de délinquants de tout âge, de tout sexe et de toute condition, de criminels, de filles publiques ou de vieillards impotents, que je trouve chaque jour au dépôt de la Préfecture, j'ai été surpris de rencontrer souvent les mêmes individus et d'apprendre d'eux qu'ils étaient toujours poursuivis pour les mêmes délits. En les questionnant méthodiquement sur leur état de santé, j'ai maintes fois retrouvé dans « leurs malaises, leurs étourdissements, leurs migraines, leurs évanouissements, leurs coups de soleil, leurs palpitations de cœur, leurs coups de sang, leurs absences momentanées de raison ou leur abolition de la mémoire », les caractères certains du vertige épileptique. Avec le vertige épileptique, on peut reconstruire toute l'épilepsie et s'expliquer alors comment le même homme peut être conduit presque périodiquement aux mêmes singularités intellectuelles, aux mêmes impulsions malfaisantes et aux mêmes actes anormaux, sans que les conditions, les caractères principaux ou les plus petits détails de ces singularités, de ces impulsions et de ces actes, soient modifiées en quoi que ce soit.

Qu'il s'agisse de vagabondage, d'outrages aux agents, de rébellion, de violences, de cris séditieux, de vols à l'étalage, de coups et blessures, de scandale ou d'obscénités sur la voie publique, d'outrages à la morale, de tentatives de suicide, d'incendie ou de meurtre, les faits se passent d'une manière identique et s'accompagnent des mêmes circonstances insolites. Les procès-verbaux en font foi.

Quelques exemples feront bien saisir cette répétition des mêmes bizarreries intellectuelles ou délictueuses, si bien connues d'ailleurs des familles des malades, mais dont la signification réelle est malheureusement ignorée encore de beaucoup de médecins.

Après un ou plusieurs vertiges, un jeune homme se met à siffler, à se déshabiller et à brosser ses habits. Il siffle toujours le même air. Un jour il, s'est déchaussé dans un café et a été mis dehors.

Un excellent ouvrier se couche sur un banc et s'endort n'importe à quelle heure. On l'arrête comme un vagabond et et comme prévenu d'ivresse publique. Or, il a un domicile et une famille et il n'a pas bu.

Une dame distribue aux passants des pièces de monnaie, son livre de messe, ses gants, son mouchoir de poche, son

parapluie et son chapeau. Des femmes et des enfants la suivent, se moquent d'elle et la croient ivre. Elle reprend connaissance et rentre chez elle en voiture. Ces faits se sont renouvelés déjà plus de quinze fois depuis trois ans, et, tout récemment, cette même dame, traversant la rue pour affranchir une lettre et la jeter à la poste, a donné sa lettre et les vingt-cinq centimes qu'elle tenait à la main, à la première femme qu'elle a rencontrée. Un peu plus loin, l'une de ses voisines l'a reconnue et l'a ramenée à son domicile.

Un employé de bureau ouvre machinalement la porte du calorifère et fait tomber sur le parquet tout le charbon en ignition. Il a donné lieu un jour à un commencement d'incendie. Soupçonné à tort, mal famé, incapable de se placer désormais et tombé dans la misère, il en est réduit maintenant à laver des voitures.

Un savant, assis à sa table de travail, s'interrompt trois ou quatre fois dans un court espace de temps pour aller défaire et refaire son lit.

Un ex-gardien de la paix, qui n'a jamais eu d'idées de suicide, coupe toutes les extrémités phosphorées des allumettes et se prépare un breuvage.

Une demoiselle de vingt-trois ans, qui a toujours vécu dans un milieu très-distingué, fait entendre quelques paroles grossièrement lubriques, et toujours les mêmes, puis relève ses jupes et cherche à déchirer le pantalon fermé qu'elle porte toujours. Ses gestes sont cyniques.

Un jeune peintre descend à peine vêtu chez son concierge, se promène à grands pas dans la loge, emporte le premier objet venu et remonte ses cinq étages.

Un négociant, qui ne se rase plus lui-même depuis plusieurs années, se met à repasser ses anciens rasoirs, et cela, quelquefois, pendant plus d'une heure.

Un homme de soixante ans, bien vêtu, ayant de quoi vivre, demande l'aumône à tous les passants, pendant un quart d'heure ou vingt minutes, tous les mois environ.

Un ancien clerc d'huissier, chargé de famille, non alcoolisé, mais vertigineux depuis son enfance, s'égare dans les rues, demande son chemin, mais ne peut dire où il va, ni où il demeure, ni comment il s'appelle. Il ne s'en souvient pas. On le conduit au poste, on le fouille et l'on trouve un papier qui établit son identité et qui informe l'autorité qu'il est «sujet à des rêveries».

Un gendarme, au milieu d'un champ de foire, se met tout à coup à sortir son sabre du fourreau et à frapper les personnes qui se trouvent autour de lui. On s'empare de lui, et l'on s'aperçoit qu'il ne se rend aucun compte de sa position, qu'il n'a point conscience de l'acte commis, et qu'il ne s'en souvient pas. On apprend alors qu'il a des vertiges épileptiques.

Un militaire porte une dépêche, traverse un bois qu'il connaît parfaitement, se perd, jette loin de lui le carnier qui renferme sa dépêche, dépose son sabre au bas d'un arbre, cherche sa route, revient à lui, ne retrouve ni dépêche ni sabre, et passe en conseil de guerre. Il n'avait pas un seul jour de punition sur son livret et n'allait jamais au cabaret. On sait seulement qu'il lui arrivait de se lever quelquefois la nuit et de ne pas pouvoir retrouver son lit. Il est intelligent d'ailleurs, estimé de ses camarades et a une fort bonne réputation a son corps. Il ne se souvient de rien. Une sévère condamnation est prononcée contre lui. Un an après, la grâce est obtenue et la réforme prononcée. Rentré dans la vie civile, il s'est déjà fait arrêter quatre fois pour avoir mis publiquement à nu ses organes génitaux.

Voilà toute une série de désordres intellectuels et d'actes anormaux, qui ne sont aucunement en rapport avec l'état mental ordinaire des individus que nous avons passés en revue, qui jurent avec leurs antécédents, leurs habitudes et leur éducation, qui se répètent toujours de la même façon, qui ne s'expliquent pas et qui s'éloignent même des manifestations habituelles de la perversité et des procédés classiques du méfait. Ces désordres et ces actes appartiennent au vertige épileptique, et nous verrons plus tard, à l'occasion de la médecine légale, ce qu'il faudra penser des impulsions homicides des vertigineux.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

La douleur produite par cette opération a été très-variable dans les différents cas que j'ai vus. Dans le premier, qui était un anévrysme de l'innominée, le malade se plaignit beaucoup tout le temps, mais surtout quand on changeait les pôles. Dans ces moments, il semblait vraiment souffrir beaucoup; pendant le reste du temps, bien qu'il criât passablement, cependant la facilité avec laquelle il causait, quand on attirait son attention, nous fit penser que la douleur ne devait pas être excessive. Nous fîmes usage dans cette circonstance de l'éthérisation locale, mais sans avantage marqué. Si le malade a beaucoup souffert dans une application antérieure, ou s'il est très-pusillanime, on peut employer l'anesthésie générale sans aucun inconvénient; je crois même que l'anesthésie est fort utile pour éviter le trouble de l'action du cœur pendant et après la séance.

Une autre question du plus haut intérêt, est celle de savoir s'il est possible d'empêcher la mort immédiate dans un anévrysme qui menace de se rompre. Le fait le plus probant que je connaisse est celui qu'a récemment traité le docteur John Duncan (d'Édimbourg), et qu'il a communiqué, je crois, il y a peu de temps à la Société médicale et chirurgicale d'Édimbourg. Dans ce cas, des nodules s'élevaient d'un large anévrsyme de l'aorte, et l'un d'eux, du volume d'une orange, qui s'était rapidement développé, *était rouge et irrité, portant à son sommet un cercle d'un bleu foncé, de la longueur d'une couronne, avec une plaque centrale large comme un demi-penny, dépouillée d'épithélium et paraissant gangrénée.* Cette note fut prise le dernier jour de 1871. Le 1er janvier 1872, on fit une application de galvanisme pendant une heure et vingt-six minutes avec deux aiguilles, en rapport l'une avec le pôle positif, l'autre avec le pôle négatif, et recouvertes toutes deux de vulcanite, pour éviter de cautériser les tissus. Au bout de cinquante minutes, la tumeur était si tendue, que du sérum sanguinolent commença à sourdre à travers la plaque demi-gangréneuse.

Malgré ce signe menaçant, le docteur Duncan persévéra, dans le but d'obtenir un caillot suffisant pour servir de barrière au devant de la peau demi-gangrénée et empêcher l'hémorrhagie. Pendant ce temps, les pulsations se réduisirent à un faible mouvement de soulèvement, la tension devint considérable, et les nodules s'effacèrent complétement. La tumeur fut alors enveloppée de ouate soutenue par un bandage; cette enveloppe fut ensuite consolidée avec du collodion et laissée en place pendant un mois. Le 1er février, on enleva ce bandage, qui s'était relâché par suite du retrait de la tumeur et

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 septembre.

qui répandait une odeur fétide à cause du sang altéré qui s'écoulait à travers la peau. Cet écoulement continua pendant dix jours environ, puis disparut. Le malade, pendant ce temps, avait été maintenu au lit, à un régime sévère, prenant 33 grains d'iodure de potassium quatre fois par jour. En soulevant le bandage, on constata que « la moitié de la tumeur était revenue au niveau de la poitrine, et que le reste avait beaucoup diminué de volume. Un ulcère en voie de cicatrisation, n'étant pas à beaucoup près plus large qu'un shilling, était situé à la gauche du sternum, à la distance d'un bon demi-pouce de la zone des pulsations. Il représentait le nodule circulaire de couleur sombre, qui avait précédemment occupé la partie la plus saillante de l'anévrysme. » Il est hors de doute que la rupture immédiate de l'anévrysme fut tout au moins éloignée. Cependant, trois semaines après environ, un nouveau nodule apparut sur la tumeur principale et s'accrut du côté de l'ulcère. Les pulsations devinrent visibles dans les granulations, et le 23 février survint un écoulement de sang artériel par l'ulcère. On répéta l'opération dans l'après-midi, et elle dura soixante-cinq minutes. « Les mêmes phénomènes d'accroissement de la tension et de diminution des pulsations furent encore notés, et, vers la fin de la séance, des gaz s'échappèrent de la plaie avec un fort bruit de sifflement. »

La mort immédiate fut encore éloignée, la tumeur externe commença à diminuer et à présenter de plus faibles pulsations, et l'ulcère commença à se cicatriser. Mais au commencement de mars, les symptômes indiquèrent l'accroissement de la portion interne, et le docteur Duncan projetait d'introduire les aiguilles dans la portion intra-thoracique du sac, et d'y provoquer la formation de caillots, quand le malade fut malheureusement atteint d'érysipèle, provenant du petit ulcère qui n'avait plus que la largeur d'un pois; l'ulcère se gangréna, une nouvelle ouverture se fit aux parois de la poitrine, au-dessus de la première; le malade fut abandonné à lui-même, et l'hémorrhagie reparut par l'ulcère. Le malade mourut le 12 avril, en partie par suite de l'hémorrhagie, en partie par suite de dyspnée et autres conséquences de la compression intra-thoracique. L'autopsie montra clairement les effets de l'action de l'électricité par les caillots auxquels elle avait donné naissance. L'érysipèle avait été accompagné de suppuration de la portion sous-cutanée du sac.

L'expérience que nous avons aujourd'hui du galvanisme dans le traitement des anévrysmes intra-thoraciques, nous montre que cette méthode peut souvent être employée pour éloigner une mort imminente par rupture du sac, et ne serait-ce que dans cette vue, qu'elle mérite d'être encore expérimentée. Je suis convaincu qu'elle peut, dans certains cas, déterminer une guérison temporaire et même permanente. Mais à ce sujet, je ne saurais mieux faire que de reproduire quelques observations de Ciniselli dans une lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'écrire il y a peu de temps : « Nous ne devons pas nous exagérer la valeur de cette méthode. Les circonstances favorables à un succès complet se rencontrent rarement dans la pratique. Dans la majorité des cas qui se présentent, la maladie est dans un état trop avancé, et ils devraient n'être pas opérés, parce que l'opération serait inutile et peut-être nuisible. Dans les circonstances les plus favorables, il est possible d'obtenir la consolidation et la guérison d'un anévrysme idiopathique; mais comme la cause qui a produit l'anévrysme, l'état athéromateux des artères, existe encore, détermine en augmentant une récidive dans une autre partie du vaisseau. Mais en admettant cela, comme nous avons affaire à une maladie pour laquelle on n'a pas encore découvert de remède plus sûr, je reconnais que c'est un pas considérable dans le traitement des anévrysmes internes d'avoir découvert une méthode qui, employée suivant les règles sanctionnées par l'expérience, se montre innocente, procure même une guérison temporaire, soulage les souffrances du malade et prolonge son existence. »

Je suis en parfait accord avec Ciniselli, dans sa manière sobre, mais à la fois encourageante d'envisager la question. Il reste à acquérir l'expérience pratique des détails de la méthode, qui suivra de près les tentatives variées d'application, avec l'aide des électriciens pratiques.

Mon expérience personnelle de la méthode se borne jusqu'ici à trois cas, et je dois rendre hommage à l'assistance bienveillante et aux conseils éclairés du docteur Althaus; et d'après ce que j'ai vu je suis conduit à croire que la meilleure manière consiste à plonger les deux pôles dans le sang du sac, à employer un courant relativement faible pendant longtemps, sous l'influence de l'anesthésie.

Voici ces trois cas : le premier est l'anévrysme de l'innominée, auquel j'ai déjà fait allusion; où après l'échec de la double ligature périphérique, on fit passer à travers le sac un courant galvanique alternant, et le malade mourut d'inflammation diffuse.

Le second était un anévrysme traumatique de la cubitale, soigné récemment à l'hôpital Saint-George, par M. Pick. On essaya d'en amener la consolidation en introduisant dans le sac qui était petit et à parois minces, deux aiguilles de façon à le traverser de part en part et reliées au pôle négatif de la batterie, le courant étant maintenu pendant environ vingt minutes. Cette tentative échoua, il s'écoula un peu de sang quand on retira les aiguilles, mais on en vient aisément à bout par la compression. Le jour suivant le malade se plaignit beaucoup, et le lendemain le sac s'ouvrit au sommet. L'artère fut alors liée au-dessus et au-dessous, et le malade fut rapidement guéri.

Le troisième cas dans lequel j'ai vu les effets du courant galvanique était un gros anévryme de l'aorte, qui s'était évidemment développé très-près du cœur et qui avait perforé les parois thoraciques à droite, à un niveau assez bas. Avec l'assistance du docteur Ballard et du docteur Althaus, j'ai traité à plusieurs reprises cet anévrysme avec le courant négatif, mais sans résultat marqué; puis j'ai fait alterner le courant négatif avec le courant positif. Enfin nous appliquâmes les deux pôles à l'intérieur du sac, un nodule de la tumeur s'étant tellement approché de la peau, que l'on craignait une rupture immédiate. L'effet fut frappant, mais j'ai le regret de dire qu'il fut passager. Nous laissâmes le malade, les pulsations ayant diminué et la tumeur en partie consolidée. Bientôt après les pulsations disparurent complétement. Ce fait ne fut observé par aucun de nous et ne repose que sur le témoignage du malade et celui de sa femme. Mais comme c'étaient des gens intelligents, et que pendant un an le patient avait été torturé jour et nuit par les battements de cette tumeur volumineuse, ils peuvent difficilement s'être trompés sur ce point. Bientôt après, cependant, les pulsations reparurent, et quand je revis le malade, je ne les trouvai pas sensiblement diminuées. Néanmoins il se sentait un peu mieux et la diminution de la dyspnée et de la toux qui l'avaient grandement incommodé, diminution qui datait du commencement du traitement, suffisait par elle-même à compenser les légers inconvénients que lui avait fait éprouver le galvanisme. Le malade mourut enfin d'hémorrhagie externe par l'un des trous d'aiguille.

L'observation sera publiée *in extenso* ailleurs.

A mon avis, la vie du malade fut réellement prolongée par le traitement, il avait lui-même conscience de l'amendement apporté aux symptômes, et il s'en montrait reconnaissant; mais le mal ne comportait plus évidemment aucun espoir de guérison radicale quand je vis le malade pour la première fois.

Je passe maintenant aux anévrysmes de la sous-clavière, et par là j'entends des tumeurs dans lesquelles le tronc de l'innominée n'est pas impliqué et dans lesquelles la dilatation anévrysmale commence en un point quelconque au-dessus de la clavicule. Dans quelques cas, cependant, elle s'étend jusque dans l'aisselle formant ce qu'on appelle alors un anévrysme *subclavio-axillaire*. Il est nécessaire d'avoir une idée précise de ce que l'on appelle un anévrysme *sous-clavier*, parce que dans les ouvrages étrangers le mot *sous-clavier* est souvent employé dans un sens différent. Dans le traité étranger le plus récent et le plus soigné, celui de Moch, l'artère sous-clavière est considérée comme se terminant au niveau du bord inférieur du petit pectoral, de telle sorte que des anévrysmes que nous appelons *axillaires*, sont classés dans ce traité comme anévrysmes de la sous-clavière.

L'anévrysme de l'artère sous-clavière est une affection qui s'est montrée jusqu'ici tout aussi difficile à traiter que les anévrysmes de l'innominée et la cause de ce fait est évidente. L'opération de Hunter est le seul traitement qui ait été jusqu'ici essayé sur une échelle un peu large et les résultats en ont été fort désastreux. La galvano-puncture, il est vrai, a donné un incontestable succès chez le malade d'Abeille. M. Poland a publié un cas de guérison par la compression appliquée à la sous-clavière au-dessus de la tumeur et la guérison fut également obtenue dans un cas où l'on employa la compression directe. Il y a des cas de guérison spontanée dans les anévrysmes de cette artère aussi bien qu'ailleurs; et dans ces cas éparpillés dans les recuils, où l'on a eu recours à des moyens tels que la réfrigération, l'application d'escharotiques ou d'irritants sur les téguments et où ces moyens ont été suivis de guérison, il est probable que cette guérison était spontanée. Ces autres méthodes de traitement n'ont pas été employées dans un nombre de cas suffisant pour prouver qu'elles puissent donner de meilleurs résultats que ceux qui ont suivi jusqu'ici la ligature de Hunter.

Moch a publié une statistique très-soignée sur les anévrysmes de la sous-clavière et leur traitement chirurgical, et les recherches de M. Poland sur ce sujet sont si complètes et si récentes, que je ne vois pas la nécessité de faire plus que d'attirer simplement votre attention sur ces travaux, et d'indiquer en peu de mots les résultats qui semblent découler de notre expérience actuelle.

M. Poland nous donne d'abord trente-cinq observations dans lesquelles aucun traitement ne fut employé ou dans lesquelles la maladie fut soumise à un traitement général et local. Dans onze cas on invoque la guérison, mais M. Poland fait valoir des raisons très-fondées de douter de l'exactitude du diagnostic dans quelques cas, et il est très-clair que dans quelques autres la réalité de la guérison est encore plus douteuse. Néanmoins, ces notes en montrent assez pour prouver que dans ces anévrysmes, comme dans tous ceux qui sont situés près du cœur, le chirurgien remplit ordinairement mieux son devoir vis-à-vis du malade, en cherchant à provoquer ce que l'on appelle la guérison spontanée de la maladie, c'est-à-dire, la guérison par le simple ralentissement du courant sanguin. Il y a, sans doute, quelques cas dans lesquels la maladie marche avec trop de rapidité pour justifier une pareille conduite, et dans ces cas, comme dans ceux où l'essai a été fait sans succès, il faut envisager de face la difficile question du traitement chirurgical.

L'opération de Hunter sur l'innominée ou la première partie de la sous-clavière, donne vingt-huit cas (qui comprennent tous les cas de la statistique de M. Poland, plus une ligature de l'innominée par M. Bickersteh, ce qui donne treize cas de ligature de l'innominée et quinze de la sous-clavière). Le cas de succès est celui de M. Smyth, de New-Orléans, dans un seul desquels le malade a survécu, et encore après avoir eu des hémorrhagies répétées. Lugubre tableau de mort et de sang!

La ligature de la seconde et de la troisième portion de la sous-clavière n'est, la plupart du temps, praticable que dans des anévrysmes, qui sont autant axillaires que sous-claviers, et les résultats en sont peu encourageants. M. Poland nous donne vingt et un cas, sur lesquels il y a neuf guérisons.

La ligature périphérique me semble ici complétement hors de place, car elle a probablement pour effet de faire affluer la circulation collatérale précisément dans la partie altérée du vaisseau, et elle est plus propre à augmenter le volume de l'anévrysme, qu'à arrêter son accroissement. Elle a été pratiquée quatre fois, et le résultat a été uniformément la mort. Dans un cas, la carotide a été liée en manière d'opération périphérique, et le malade est mort. Cette artère fut liée après que l'opérateur (M. Butcher), ayant mis à nu la première partie de la sous-clavière et l'innominée, les eut trouvées beaucoup trop altérées pour pouvoir y placer une ligature. A cette lugubre liste d'insuccès, je puis ajouter sept cas dans lesquels, par suite de causes différentes, la tentative de lier soit la première partie de la sous-clavière, soit l'innominée, avait échoué; et ce qui est curieux, c'est que, dans l'un de ces cas, la malaxation de la tumeur qui résulta des tentatives faites pour lier l'innominée, fut suivie de la guérison de l'anévrysme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un exemplaire du rapport de M. le docteur Simonin (de Nancy) sur les services de la médecine gratuite et de la vaccine. Les rapports spéciaux des médecins de l'assistance gratuite dans le département de Meurthe-et-Moselle sur les maladies qu'ils ont observées en 1871.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part de M. Clément Grandmarais, une brochure intitulée : *Des morsures de vipères.*

LECTURES

M. CHATIN donne lecture du discours qu'il se proposait de prononcer aux obsèques de son collègue, M. Gobley. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Allaitement et sevrage des enfants et des jeunes animaux. — M. MAGNE donne lecture, sous ce titre, d'un travail dont l'étendue ne nous permet que d'indiquer l'objet.

Je vois, dit-il, entre la manière de nourrir les enfants et la manière de nourrir les jeunes animaux, une différence que je ne m'explique pas par leur organisation, que je ne crois pas conforme aux lois de la physiologie. Il n'y a pas, entre les animaux qui tettent et les enfants à la mamelle, la différence qu'il y aura plus tard entre les animaux et les enfants devenus hommes, il serait donc naturel

qu'on soumit les uns et les autres à des régimes à peu près semblables; et, cependant, quelle différence entre la manière dont les fermiers élèvent, nourrissent leurs poulains, leurs veaux, leurs agneaux, et la manière dont les fermiers élèvent, nourrissent leurs enfants; mais aussi quelle différence dans le résultat! Frappé de la similitude qu'il y a entre les nourrissons, quelle que soit l'espèce à laquelle ils appartiennent, je me demande depuis longtemps pourquoi l'allaitement artificiel par exemple, si favorable aux jeunes animaux, est généralement considéré comme mauvais pour les enfants! Pourquoi des aliments substantiels ajoutés au lait, ou même donnés à la place du lait, si favorables au poulain et au veau seraient-ils nuisibles aux enfants?

Je connais bien des faits, qui me font croire que les différences dans la manière de nourrir que j'indique, ne sont pas rationnelles. Je crois devoir soumettre mes doutes à cet égard.

L'auteur d'un mémoire manuscrit qui a été déposé sur le bureau, à l'une des dernières séances, conseille de s'abstenir des compositions diverses que le commerce recommande comme propres à remplacer le lait, et considère comme dangereux de donner à l'enfant, dès les premiers mois surtout, une nourriture solide.

Là-dessus nous serions unanimes; mais la recommandation de nourrir exclusivement l'enfant avec du lait de femme jusqu'à l'âge d'un an, celle de lui donner à la fin de la première année des potages légers au lait, au pain blanc, au riz, ne peuvent-elles pas avoir des inconvénients si elles sont rigoureusement suivies?

C'est de ces deux recommandations que je veux vous entretenir...

M. Magne trouve cette première recommandation insuffisante, mauvaise pour les enfants, et il examine à cette occasion les questions suivantes :

Quels sont les aliments que réclament les nourrissons et, en général les jeunes sujets, les animaux comme les enfants? La nourriture conseillée, qui est celle que donnent généralement les mères de famille et les nourrices à leurs enfants peut-elle suffire au développement des organes?

M. Magne, passant en revue le système d'alimentation adopté pour les jeunes animaux, se demande s'il ne s'abuse pas en faisant de la médecine comparée, s'il ne faut pas tenir compte de la différence qu'il y a entre la constitution des jeunes animaux et celle des enfants. On ne saurait donner, je le sais, dit-il en terminant, ce qui peut convenir à des poulains, à des veaux qu'on élève, comme règle à suivre dans l'alimentation des jeunes enfants chétifs que la médecine ne fait vivre qu'à force de soins. Pour ces êtres faibles, le régime conseillé est peut-être nécessaire. Mais en supposant que ce régime contribue à conserver des hommes qui, après avoir eu une enfance débile, fournissent une belle carrière, est-ce motif d'en généraliser l'emploi?

MM. BOULEY, J. GUÉRIN et DEPAUL présentent, à l'occasion de de cette lecture, quelques observations critiques. M. J. Guérin demande que la discussion de ce travail soit mise à l'ordre du jour après sa publication.

La séance est levée à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III.

M. de Sybel remarque avec soin que ce que la France et l'Angleterre, par la plume de MM. Pattison et Renan, admirent le plus dans les institutions allemandes, ce n'est pas seulement les droits si étendus des corporations savantes, les libertés dites académiques, mais bien l'organisation même de l'université, conçue de telle sorte que la Faculté n'est pas seulement un établissement d'enseignement, mais *un atelier de science*. Nous avons cherché, dans tout le cours de ces notes, à montrer comment l'organisation matérielle des instituts scientifiques concourait merveilleusement à ce but en Allemagne, mais est-il besoin d'ajouter que tout cet arrangement de premier ordre n'est que l'application des principes supérieurs qui dominent l'ensemble des institutions d'enseignement scientifique.

Ce n'est pas seulement la question de riches et spacieux laboratoires, ce n'est pas seulement le côté vraiment pratique des études et de l'enseignement scientifique allemand qui concourent à faire des universités des écoles de recherches, c'est aussi, au dire du professeur de Sybel, le mode de recrutement du corps enseignant. Là en effet, se trouve la clef du système.

Sans doute, les différences profondes qui existent entre la constitution du corps des professeurs français dans les Facultés de médecine et celle du corps des professeurs allemands, tel qu'il existe dans toutes les Facultés, sans distinction, reposent sur les habitudes d'esprit et de travail entièrement opposées; du moins on est tenté de le croire à la lecture des critiques de l'auteur allemand, et ces critiques sont également applicables aux Facultés de médecine et de lettres. Avec le concours, tel qu'il a existé dans notre Faculté jusqu'en 1851, et tel qu'il existe encore aujourd'hui pour les agrégés, une des grandes préoccupations du jury est le talent de parole et d'enseignement; les qualités du candidat sur ce point entrent et doivent naturellement entrer en ligne de compte; peut-être ces qualités primaient-elles toutes les autres, quand il s'agissait de candidats également éminents par le mérite scientifique, tels que ceux qui ont illustré le concours, sous Louis-Philippe et la seconde République. N'était-ce point une bien grave et bien difficile question que de décider dans une lutte à laquelle prenaient part les Velpeau, les Bérard, les Gerdy, les Malgaigne, les Michon, les Robert, lequel de ces grands et savants esprits occuperait la première place?

Les principes sur lesquels repose le mode de recrutement allemand sont tout à fait différents, opposés. Rarement, ils ont été résumés d'une manière plus précise et plus nette que dans l'écrit que nous venons de citer. L'unique préoccupation du corps académique et du ministre, dans le choix des personnes appelées à remplir une situation universitaire, porte sur le bagage des productions littéraires ou scientifiques; et, quant au talent de parole et d'enseignement, dans le sens formel du mot, élèves et collègues, public et ministre, tout le monde se déclare content quand il ne manque pas tout à fait. L'homme qui a fait preuve de capacité scientifique ne peut pas, à moins d'étrangetés difficiles à prévoir, ne point remplir les conditions essentielles de l'enseignement universitaire. Tels sont les principes qui règlent la matière, et leur application rigoureuse a pour résultat de faire entrer dans l'université, ainsi que le dit M. de Sybel, les meilleures forces laborieuses et créatrices de toute l'Allemagne.

Ce qui fait donc la force et la grandeur de l'enseignement scientifique outre-Rhin, c'est que le recrutement des chaires officielles se fait exclusivement parmi les membres de l'enseignement libre, sans entraves de concours ou d'examen. La publication, encore la publication, tel est le grand titre à l'attention des collèges académiques. Le privat-docentisme est la base la plus large, la plus riche que l'on puisse trouver pour les institutions de recrutement académique; c'est une porte d'entrée constamment ouverte à tous les docteurs qui veulent faire œuvre d'enseignement, avec l'espérance bien légitime d'obtenir, un jour, l'adoption de l'État et les éclatants avantages qu'elle confère. Or, les Allemands ne peuvent admettre un système qui laisse en dehors d'une Faculté, en dehors du corps des professeurs titulaires et agrégés, des savants marquants. Il est facile de leur répondre que les Facultés, la Faculté de Paris, par exemple, a su déroger aux habitudes reçues, et faire de nobles exceptions; qu'elle a su appeler dans son sein les gloires de l'enseignement libre les Longuet, les Pajot, celles de l'enseignement des hôpitaux les Germain Sée, mais on ne convainc guère des contradicteurs très-au courant de nos affaires universitaires intérieures, et celui qui d'aventure l'eut ignoré apprendrait bien vite pourquoi les Duchenne (de Boulogne), les Robert, les Michon, les Luys, les Davaine, et tant d'autres morts ou vivants, n'ont point fait ou ne font point partie de la docte compagnie.

« Ici, comme en Allemagne, dit V. Cousin dans son rapport sur

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 septembre.

l'enseignement en Hollande (1), personne ne comprend des professeurs de l'Universités qui doivent être des hommes depuis longtemps connus et entourés d'une certaine renommée, concourant comme d'obscurs maîtres d'école, ou comme des jeunes gens, devant des juges qui, à dire vrai, sont ou doivent être incapables de les apprécier. En effet, que dans une Faculté de sciences, par exemple, le professeur unique de mathématiques vienne à mourir, voilà les professeurs d'histoire naturelle, de physique, de chimie, etc., qui se trouvent juges d'un concours pour une chaire de mathématiques, lorsqu'ils ne sont pas ou peuvent ne pas être mathématiciens, et quand celui qui se présente doit leur être infiniment supérieur à tous dans cette branche spéciale de connaissances.

« ..... J'ai encore, il y a longtemps, exprimé mon opinion tout entière à cet égard, et, grâce à Dieu, l'opinion publique, un moment égarée ou plutôt étourdie, commence à reconnaître que le concours appliqué aux chaires d'université est une véritable dérision. En Hollande, le collége des curateurs propose, et le roi ou le ministre nomme. Il en est à peu près de même en Allemagne où le ministre prend peut-être un peu plus l'initiative du choix. Je sais bien tout ce qu'on peut dire contre ce mode de nomination; mais tout a ses inconvénients, et les plus grands sont du côté du concours » (2).

Le corps des privat-docents fournit donc exclusivement les professeurs extraordinaires, qui correspondent à peu près à nos agrégés, et les professeurs ordinaires se recrutent parmi les professeurs extraordinaires. Le ministre fait les choix, s'éclairant des conseils des colléges académiques. La carrière du professorat est donc une carrière sérieuse en Allemagne, et l'on peut dire avec vérité, qu'un cinquième environ des étudiants s'y destine avec quelque certitude d'arriver un jour et de voir récompenser une vie de labeurs. Pourrait-on dire la même chose sans témérité en France. Hâtons-nous d'ajouter que le grand nombre des universités en Allemagne, nombre qui s'augmente encore des universités autrichiennes et suisses où l'enseignement se donne en langue allemande, offre aux hommes qui se destinent à la carrière de l'enseignement un débouché vraiment considérable; il faut ici de gros bataillons. Et d'ailleurs, on ne doit point oublier que les mœurs, le genre de vie, les habitudes d'esprit diffèrent singulièrement des nôtres outre-Rhin. Nous avons déjà parlé de la vie un peu nomade du corps enseignant allemand à travers les universités; les plus éminents d'entre ces maîtres acceptent, désirent, sollicitent même des changements de résidence qui, au premier abord, ne laissent pas d'étonner. Celui-ci quitte Berlin, Vienne pour Leipsig, cet autre passe sans regret de Zurich à Strasbourg, ce troisième quitte Tubingue pour Breslau. La vie de province, si ce mot peut être appliqué dans un pays encore très-morcelé, ne se présente point ici sous le même aspect qu'en France. Quelle ville a été jamais dans notre pays l'analogue de la petite ville de Weimar? Une petite ville universitaire, comme Wurtzbourg, Giessen, Fribourg, Heidelberg est un centre intellectuel et scientifique très-suffisant et parfaitement capable de retenir un monde lettré et savant, tel que le corps enseignant d'une université; on y trouve avec un peu moins de bruit et sur une plus petite échelle, les ressources d'esprit offertes par les capitales. Le morcellement politique, l'existence propre de chaque État, dans le Nord comme dans le Sud, n'a pas peu contribué à maintenir en Allemagne ce genre de vie et ces habitudes que nous ne pourrions peut-être pas supporter. La centralisation politique, littéraire, scientifique de notre patrie, nous a, dès le début, inculqué des sentiments, des coutumes tout à fait différents, et l'on pourrait justement dire que parmi nous, à l'inverse de César, la plupart des médecins qui travaillent, aiment mieux être les seconds dans Rome que les premiers dans la province.

(1) P. 122.

(2) M. le professeur Verneuil dans son *Éloge de Robert*, resté célèbre, a tracé de même, en ce qui touche particulièrement la médecine, un parallèle entre le concours et le mode de nomination actuellement en vigueur, qui abonde en critiques ingénieuses et en vues du plus puissant intérêt.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une correspondance particulière que nous recevons de Nancy nous annonce que M. Chantard, professeur de physique et doyen de la Faculté des sciences de cette ville, passe, en la même qualité, à la Faculté catholique de Lille.

On nous affirme, en outre, que des offres avaient été faites, sans résultat cette fois, par la même Faculté catholique à M. Benoît, doyen de la Faculté des lettres, et à M. Chrétien, agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine.

— M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, reprendra ses cours d'anatomie et de dissection dans son amphithéâtre, 2, rue Antoine-Dubois, et à l'École pratique, le lundi 22 octobre 1876.

Les élèves doivent s'inscrire pour les cours les matins, de huit à dix heures, 21, rue Jacob, où on leur délivrera une carte d'entrée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude clinique sur deux cas de goutte saturnine, par le docteur Halma-Grand. — In-8° avec 2 planches. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Compendium der Thermothérapie (wasserkur), par le docteur J. Czerwinski. — 1 vol. in-8°. — Wien, 1875, Karl. Czermak.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La saignée et le chloral dans l'éclampsie.

Les deux malades éclamptiques du service de la Clinique d'accouchement, dont nous avons rapporté l'histoire dans notre précédente Revue, nous ramènent naturellement à la question du traitement et, — presque forcément, — au parallèle de la saignée et des anesthésiques qui s'est si souvent imposé ici sous notre plume.

On ne doit pas avoir oublié que la conclusion de ces nombreux parallèles a été celle-ci : que, loin de s'exclure, ces deux moyens s'entr'aident, et qu'ils peuvent et doivent souvent même être employés concurremment. Mais dans quel ordre et suivant quelles indications? Voilà ce qu'il s'agit surtout de déterminer. C'est ce que M. Guéniot nous paraît avoir fait très-pertinemment, à l'occasion des deux malades en question.

Et d'abord, le premier principe formulé par M. Guéniot, dont personne assurément ne contestera la justesse, est celui d'intervenir promptement, d'agir tôt et énergiquement. D'où l'importance d'être bien fixé sur les symptômes prodromiques et initiaux de l'éclampsie et de leur demander la première indication à remplir, car le plus grand service que l'on puisse rendre à une femme qui est sous l'imminence d'éclampsie est de prévenir l'invasion des accès. Ce sont les accès futurs, c'est ce qui va advenir chez elle, que l'on doit surtout avoir en vue. Chez les deux malades de la Clinique, les prodromes ont été très-nettement accusés. Elles ont eu toutes deux au début ce que M. Guéniot désigne sous le nom de «migraine prodromique des éclamptiques», c'est-à-dire une céphalalgie intense avec troubles des sens et de la vision en particulier, accompagnée de troubles gastriques et de cette susceptibilité nerveuse générale propre aux éclamptiques. C'est un premier avertissement qu'il faut se bien garder de négliger, et c'est du moment où il se produit, si l'on est assez heureux pour en être témoin, que doit commencer le traitement.

Quelles sont les sources principales des indications? Elles se tirent et de l'état présent des malades et des notions acquises sur la pathogénie de l'éclampsie.

La première cause de l'éclampsie, c'est le fait même de la grossesse. Elle agit à la fois comme cause prédisposante et comme cause actuelle. Il est rare, en effet, bien que cela ne soit pas constant, que les accès d'éclampsie ne cessent pas avec la cessation de la grossesse. Chez un certain nombre de femmes, on voit cesser les accès du moment où est survenue la mort de l'enfant. C'est ce qui a eu lieu chez ces deux dernières malades. La première indication est donc de désemplir le plutôt possible la matrice. C'est là l'indication obstétricale dont nous n'avons à examiner ici ni les conditions ni les moyens, n'ayant en vue, pour le moment, que le traitement médical. Mais, comme ce n'est pas par le fait même et par le fait seul de la grossesse normale et physiologique que se produit l'éclampsie, mais bien par le fait de conditions pathologiques spéciales qu'elle engendre, c'est à ces conditions qu'il faut remonter pour y chercher les indications de traitement médical. Ces conditions, tous le monde les connaît, c'est le double fait de la polyémie, inhérante à l'état de grossesse en général et de la toxémie ou de l'empoisonnement du sang par suite de la rétention des matières extractives, qui est révélée et non constituée par l'albuminurie.

Si l'on ajoute à ces deux conditions une troisième condition également liée, sinon inhérente, à l'état de grossesse, la susceptibilité et l'excitabilité particulière du système nerveux, on aura l'ensemble des éléments qui entrent dans l'étiologie de l'éclampsie. C'est à ces mêmes éléments que doit aussi s'adresser la thérapeutique.

Ainsi, diminuer la masse du sang qui est en excès, de manière à en libérer en quelque sorte l'économie, d'autant que ce sang est en même temps intoxiqué, telle est la première indication; c'est celle que M. Guéniot s'est proposé de remplir et qu'il a remplie en effet, dans cette circonstance, par les saignées répétées.

Mais il en est une autre indication tirée de l'état d'irritabilité extrême dans lequel est jeté le système nerveux. C'est pour obéir à cette indication, qu'après les saignées M. Guéniot a eu recours au chloral, auquel il donne la préférence sur tous les autres anesthésiques.

Enfin, un dernier ordre d'indications se déduit des actions réflexes, et elle consiste à combattre, détruire, neutraliser ou prévenir l'action de toutes les influences secondaires qui peuvent retentir sur le système nerveux, c'est ce qui a été fait encore ici en combattant l'état saburral par un vomissement, en entretenant la liberté du ventre par des purgatifs ou des laxatifs, comme cela a été fait notamment chez l'une de ces deux malades, enfin éviter tout ce qui peut provoquer une douleur ou une irritation quelconque.

Telle est, à nos yeux, — et nous sommes heureux de pouvoir nous appuyer en cela sur l'autorité spéciale de M. Guéniot, — la marche la plus rationnelle à suivre dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, ce qui, bien entendu, n'exclut aucun des autres moyens ou procédés qui ont pu réussir dans d'autres circonstances, pourvu qu'ils se rattachent généralement à cet ensemble de principes.

Angine goutteuse.

Existe-t-il une angine à laquelle on puisse donner le nom d'angine goutteuse? La chose n'était pas douteuse pour les médecins anciens, qui étaient moins difficiles que nous pour admettre des entités diathésiques. Aujourd'hui, la question vaut la peine d'être posée. Le titre ne figure pas dans la classification du *Traité des angines* de M. Lasègue, mais le fait ne s'y trouve pas moins reconnu et consigné. Dans celui de ses chapitres qu'il consacre à l'histoire de l'angine catarrhale chronique diffuse, M. Lasègue constate que cette forme, pour ne pas dire cette espèce d'angine, peut être une des manifestations d'une aptitude diathésique et en particulier de la diathèse goutteuse, au même titre que certains troubles digestifs tout à fait spéciaux, dont personne aujourd'hui ne méconnaît plus la dépendance de l'état goutteux. Mais suffit-il de la coïncidence d'une angine chronique avec la goutte soupçonnée ou même confirmée, pour établir cette dépendance? Assurément non. Mais, en étudiant quelques-uns des cas dans lesquels cette coïncidence s'est rencontrée, M. Lasègue est arrivé à saisir quelques caractères qui peuvent servir à établir une espèce goutteuse dans la classe des angines catarrhales diffuses. « Si, dit-il, chez un goutteux atteint d'inflammation chronique et diffuse de la gorge, on essaie le traitement par les cautérisations, plus on persévère dans l'usage du remède, plus on aggrave l'affection locale. » Il a vu de ces angines chroniques, se présentant sans caractères appréciables qui permissent d'affirmer leur nature tant qu'elles étaient livrées à elles-mêmes, s'exacerber, sous l'influence des caustiques légers, avec une violence inattendue, absolument comme une irritation artificielle provoquée sur la peau d'un goutteux, s'y fixe avec une résistance et une obstination invincibles.

On trouve d'ailleurs dans son livre une observation très-curieuse, dans laquelle il lui a été donné de constater la même affection avec les mêmes caractères diathésiques chez le père et le fils.

Voici une observation dans laquelle l'autopsie est venue établir d'une manière plus étroite encore la relation dont il s'agit. Elle a été recueillie, dans le service de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, par M. J. de Lagouanère, qui l'a consignée dans sa thèse inaugurale (*Essai sur les angines rhumatismales et goutteuses.* Broch. in-8°, 1876, chez Adr. Delahaye).

Un homme de trente-sept ans, peintre en bâtiments, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 mai dernier, présentant un certain degré d'anémie professionnelle, bien qu'il n'ait d'ailleurs aucun des autres signes de la cachexie saturnine, et une analgésie notable des membres inférieurs. L'articulation tibio-tarsienne droite est gonflée, un peu rouge, assez douloureuse pour que le poids des couvertures soit insupportable. Les petites articulations tarsiennes et tarso-métatarsiennes, principalement celle du gros orteil, sont également gonflées, très-sensibles. La peau est chaude, la température axillaire du soir donne 38°8; le pouls est à 100. On entend à la base du cœur un souffle doux au premier temps. Le malade tousse depuis une semaine environ; expectoration muqueuse et catarrhale; quelques râles sibilants et ronflants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons; appétit languissant, vomissements tantôt alimentaires, tantôt bilieux.

Quatre jours après son entrée à l'hôpital, le 24 mai, le malade accuse de vives douleurs dans la gorge. A l'examen, les piliers, le voile du palais, la luette, le fond du pharynx sont rouges, légèrement tuméfiés, couverts d'un enduit catarrhal, visqueux, blanchâtre. On constate les mêmes phénomènes inflammatoires dans les fosses amygdaliennes, sur les tronçons des piliers antérieurs, à la place des amygdales dont l'ablation a été pratiquée, au dire du malade, à l'âge de quatre ans. Les difficultés de la déglutition sont considérables; la dyspnée est intense. En un mot, les phénomènes objectifs sont, par leur peu d'acuité, hors de proportion avec les violentes douleurs dont se plaint le malade.

Les jours suivants, il survient un abcès de l'isthme du gosier. Un vomitif en amène l'évacuation.

Le 27, l'angine a disparu. Le 28, l'articulation tibio-tarsienne est dégagée; néanmoins l'appétit ne revient pas. L'état général reste toujours menaçant : la température se maintient entre 38 et 39°; les vomissements continuent, incoercibles et incessants; il survient, en outre, une rétention d'urine opiniâtre, qui nécessite de fréquents cathétérismes; l'urine contient des flots d'albumine.

Le 1er juin, le malade est pris de délire, il a la face pâle, bouffie, les yeux hagards, les conjonctives décolorées; état semi-comateux, semi-délirant; langue sèche, etc.

Il survient, dans la journée, un point de côté au niveau du mamelon gauche; la toux augmente. Diminution de la sonorité dans le lobe supérieur du poumon gauche, souffle profond et râles sous-crépitants.

Le 2 juin, la température axillaire marque le matin 37°9, le soir 39°2. Le 3 juin, le malade succombe.

Voici ce que révéla l'autopsie.

Vaste épanchement purulent sur la plèvre gauche avec grumeaux et fausses membranes de formation récente. Compression et refoulement du poumon, sur le bord antérieur duquel on voit un noyau induré, calcaire. Le poumon droit est induré dans toute son étendue. Cœur gauche hypertrophié, endocarde infiltré, de couleur rouge sombre. Rien au cœur droit.

Léger épanchement séreux, clair dans la cavité abdominale.

Les reins petits, parsemés à leur surface de petits kystes, présentent, après le détachement difficile de la capsule, un aspect granité rouge et blanc. La substance corticale est réduite à une couche de 1 millimètre d'épaisseur. Entre les pyramides, la substance rénale paraît profondément altérée, dure et blanchâtre. Les pyramides, examinées de près, présentent de petites traînées blanchâtres d'acide urique.

Le cerveau est congestionné à la surface et dans l'intérieur.

Enfin, en pratiquant la désarticulation de l'orteil gauche, on a trouvé dans le cartilage articulaire des dépôts et des traînées blanchâtres d'acide urique.

Cas de ladrerie.

On a lu dans le compte rendu de la séance de la Société de chirurgie du 23 février dernier (voir le numéro du 25 février), l'histoire très-curieuse, rapportée par M. Broca, de ce cocher atteint de ladrerie et dont presque tout le corps était couvert de petites tumeurs de cysticerques. On se rappelle que M. Broca, ayant eu l'idée d'attaquer directement les cysticerques en ponctionnant ces kystes et en les vidant par pression, a pratiqué chez ce malade trois cent soixante-quinze de ces ponctions dans l'espace de deux mois et demi environ. A la

suite de ces ponctions, un grand nombre de ces kystes ont été ou complétement atrophiés, ou du moins réduits à un volume presque imperceptible, si bien qu'au bout de près de trois mois de ce genre de traitement, cet homme a pu quitter l'hôpital ne présentant presque plus de tumeurs appréciables et surtout très-soulagé, ce qui était le point essentiel, du sentiment général de lassitude et des douleurs que provoquaient la plupart de ces petites tumeurs. Toutefois, dans la prévision que quelques-uns de ces kystes pourraient se reproduire ou qu'il pourrait en survenir de nouveaux, on engagea ce malade à se présenter dans le service pour l'y soumettre, le cas échéant, au même moyen de traitement.

Effectivement ce malade, après avoir éprouvé un très-grand soulagement, qui lui a permis de reprendre pendant plus de six mois son travail habituel, s'est présenté de nouveau dans les salles de la clinique, où nous l'avons vu, il y a deux jours, réclamant le même mode de traitement pour une multitude de nouvelles tumeurs qui sont survenues depuis sur le tronc, mais en général beaucoup plus petites que les précédentes, autant qu'il nous a été possible d'en bien juger. M. Pozzi, actuellement chargé du service de la clinique, lui a pratiqué en notre présence, à l'aide d'une fine aiguille à cataracte, un assez grand nombre de ces ponctions dont le résultat est la mort du cysticerque et la résolution plus ou moins prompte de la tumeur.

Quant aux accidents cérébraux que cet homme avait éprouvés aux débuts de sa maladie : vertiges, maux de tête et pertes subites de connaissance, et qui, selon toute probabilité, devaient se rattacher à la présence dans l'encéphale de tumeurs semblables à celles que l'on constatait sur une grande partie du corps, ils ne paraissent pas s'être reproduits.

Cet homme n'a fait que passer cette fois à l'hôpital, uniquement pour y subir les petites opérations dont nous venons de parler. Il y a toute apparence qu'il y reviendra encore. Il serait très-intéressant de le suivre et de savoir comment son affection se terminera.

Dr Brochin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Cyclite et cécité absolue, causées par un corps étranger resté, pendant un mois, dans le cul-de-sac oculo-palpétral inférieur. — Guérison et rétablissement de la vue un mois après l'extraction du corps étranger.

Par M. le docteur Brière (du Havre).

Le 16 mai 1876, miss R..., âgée de quinze ans, élève dans un pensionnat, reçoit sur la figure et surtout sur l'œil droit une poignée de sable et de graviers lancée par une compagne avec laquelle elle refusait de jouer.

Une des directrices, témoin de cette petite scène, retire plusieurs poussiers qu'elle aperçoit entre les paupières, et fait laver l'œil de la jeune pensionnaire.

Pendant huit jours, miss R..., douée d'un caractère des plus insouciants, reste sans se plaindre cherchant, dans l'intérêt de sa compagne, à faire oublier ce qui a eu lieu.

La rougeur et le gonflement de la paupière attirèrent enfin l'attention neuf jours après l'accident; un médecin, chargé d'examiner l'œil, retira du cul-de-sac oculo-palpétral inférieur un fragment de caillou gros comme un grain de blé. Après l'extraction de ce corps étranger volumineux, on aurait pu croire que l'injection conjonctivale et périkératique allait disparaître.

Il n'en fut rien cependant. La jeune fille remarqua bientôt que la vue de son œil baissait progressivement. Huit jours après elle ne pouvait que compter les doigts à une petite distance. Cette diminution de vue était attribuée à tort à l'emploi d'une pommade belladonée sur la région circumorbitaire.

Un traitement composé surtout de lotions chaudes (?) n'ayant été suivi d'aucun effet, on m'adressa la malade.

Au moment ou je l'examine, trente-six jours après l'accident, l'œil est atteint d'une cécité absolue; la perception d'une lumière très-intense est extrêmement faible, douteuse même. La conjonctive bulbaire est très-injectée, surtout sur la moitié inférieure du globe oculaire; les veines sont extrêmement volumineuses. En ectropionnant la paupière autant que possible, on ne découvre aucun corps étanger. Mydriase assez prononcée qui peut être la conséquence de l'emploi de la pommade belladonée.

Vers le tiers interne de l'ouverture des paupières, il existe une grande sensibilité de la région ciliaire localisée en un point, telle qu'on la rencontre dans les cyclites. Au moindre contact du doigt à ce niveau, la malade retire la tête et accuse une douleur très-vive.

En continuant l'examen avec attention, on note un contraste très-grand entre l'état de la conjonctive palpébrale et oculaire dans les moitiés supérieure et inférieure de l'appareil oculaire. L'injection conjonctivale est limitée à la moitié inférieure, mais très-prononcée et d'un rouge vineux en ce point; elle est, au contraire, à peine augmentée vers la partie supérieure du globe.

Ces différents sympômes : abolition de la vue survenue progressivement et en trois semaines, douleur localisée et très-vive en un point du cul-de-sac palpébral provoquée par le palper de la paupière, et l'aspect rouge vineux du sillon oculo-palpébral inférieur, permettent de supposer qu'un corps étranger est encore resté entre la paupière et le globe oculaire, en contact avec cet organe. Un nouvel examen, à l'œil nu, reste infructueux.

J'examine alors, avec un stylet en argent, chacun des replis conjonctivaux et les sillons qui les séparent, en ayant soin de faire pénétrer le stylet au fond de chaque sillon.

Au grand étonnement des personnes présentes, le stylet rencontre bientôt et fait sortir un caillou un peu anguleux et gros comme un grain de maïs. Ce fragment était comme enkysté au fond d'un repli de la muqueuse, et, vu la profondeur du cul-de-sac, le caillou touchait d'un côté à la paroi inférieure de l'orbite, et de l'autre au globe oculaire, au niveau du corps ciliaire, formant comme un coin entre le plancher orbitaire et la portion correspondante du globe de l'œil.

Après un moment de repos, consacré par la malade à l'étonnement et à la joie, j'examine le fond de l'œil. La papille est plus pâle, bien que les veines et les *vasa varticosa* soient très-congestionnés; elle paraît en voie d'atrophie. La perception lumineuse est nulle. Malgré ces symptômes, certes très-alarmants, je n'abandonnai pas tout espoir de retour à la vue, la cause des accidents étant enlevée. Je prescrivis le repos le plus complet des yeux, le séjour dans une chambre très-peu éclairée, le calomel à l'intérieur et à petites doses, et une demi-diète composée de légumes cuits et de lait pour boisson.

Après quatorze jours de ce traitement, je reçus une lettre m'annonçant que l'œil était toujours privé de vision, malgré les soins. On me demandait s'il fallait continuer, dans la pensée où on était que tout traitement devenait inutile.

J'indiquai de poursuivre la médication pendant un mois.

Le 15 juillet, un mois après l'extraction du caillou, la malade eut une migraine, éprouva quelques douleurs dans l'intérieur de l'œil et remarqua avec joie que la vue revenait. En vingt-quatre heures, elle était rétablie au point que la malade lisait l'heure à la montre. Deux jours après, la vue était aussi bonne à droite qu'à gauche.

Cette cyclite et la cécité causées par le contact prolongé d'un corps étranger avec le globe oculaire, est un fait assez rare, et nous avons cru devoir le faire connaître.

Il ne paraît pas douteux, dans ce cas, que les lésions produites sur les filets nerveux terminaux du trijumeau autour du corps étranger soient devenues, par suite d'une action sensitive réflexe, le point de départ de la cécité dont cet œil a été atteint pendant deux mois, et qui aurait pu devenir définitive si l'action du corps étranger avait duré plus de temps.

Notre observation vient du reste à l'appui, d'une façon frappante, des faits expérimentaux et des cas pathologiques mis

surtout en lumière par Hutchinson, et rappelés par M. le docteur Panas dans ses leçons sur les kératites, qui prouvent que des dents cariées, certaines dacryocystites et d'autres lésions ou blessures voisines de l'œil peuvent retentir sur cet organe, et y déterminer des amblyopies et des amauroses plus ou moins graves.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement du trichiasis par le drainage ciliaire. — On sait que le trichiasis est une affection constituée par la déviation des cils, laquelle résulte de modifications importantes dans l'action de l'orbiculaire des paupières sur une extrémité altérée. A la suite des blépharo-adénites anciennes, après donné lieu à l'atrophie cicatricielle de la muqueuse palpébrale, le cartilage subit des modifications dans sa courbure et dans ses dimensions, en hauteur et en épaisseur, qui ne permettent plus le rapprochement exact du bord muqueux des paupières supérieure et inférieure.

M. le docteur Gayat (de Lyon) préconise contre cette affection le traitement suivant. Disons d'abord qu'il se sert pour tout instrument d'une aiguille, façon Pravaz, de 25 millimètres de long, dont la pointe en biseau coupe le mieux possible, et munie, dans toute sa longueur, d'une fente qui facilite le nettoyage et permet de conduire soit un cheveu, soit un fil métallique.

Pour opérer, on saisit de la main gauche la paupière avec la pince épilatoire à mords plats et large, ou bien avec la pince de Desmarres, modifiée par Snellen, suivant qu'il s'agit d'un seul cil ou d'un trichiasis étendu. De la main droite on introduit dans l'aiguille creuse le cil dévié, pour atteindre son follicule à 4 millimètres environ du bord palpébral. L'aiguille doit raser le cartilage tarse sans le pénétrer, et en sortant du côté de la peau, à 6 ou 7 millimètres du bord palpébral, entraîner le cil avec les débris des follicules et les parties transfixées. Pour le second temps, on peut faire usage de la pince porte-aiguille ordinaire. Cette opération peut se faire sans le secours d'un aide. Celui-ci, cependant, est nécessaire si l'on se sert de la pince de Desmarres, dont le poids, si l'on place la queue de l'instrument dans une direction parallèle au rebord palpébral, le ferait basculer et frotter sur une cornée déjà malade, s'il n'était maintenu par un aide.

L'aiguille de M. Gayat est rectiligne, et quoique cette forme présente quelques inconvénients à cause de la saillie du rebord orbitaire supérieur, elle se recommande pour cette raison qu'il est plus facile à lui imprimer une direction exactement déterminée, que s'il s'agissait d'un instrument courbe. — (*Mouv. méd.*)

De l'emploi de l'hydrate de chloral en accouchement. — S'écartant de l'opinion de M. Polaillon, qui veut qu'il soit impossible de produire l'anesthésie par le chloral, sans arrêter les contractions utérines, et qui en vient à renoncer à la mettre en usage pour calmer les douleurs de l'accouchement, M. le docteur Debauge formule les règles d'après lesquelles ce médicament doit être administré.

Il ne faut pas donner le chloral au début du travail, on doit attendre que les douleurs aient déjà produit chez la malade un certain degré de fatigue qui facilitera le sommeil. Un bain qu'on fera prendre préalablement à la parturiente, en faisant tomber l'état d'anthisme noueux dans lequel se trouvent presque toutes les femmes auxquelles le chloral est nécessaire, rendra son action encore plus efficace.

L'hydrate de chloral ne doit pas être prescrit à doses fractionnées. Il faut savoir arriver en quelques minutes à l'effet voulu. 2 à 3 grammes de chloral dissous dans 10 à 15 grammes d'eau forment, avec 40 à 50 grammes de sirop de groseilles, une potion que l'on fait prendre en deux ou trois fois, à cinq ou dix minutes d'intervalle. Il ne faut pas s'attendre après cette prescription à voir la malade prise d'un besoin de sommeil irrésistible; elle ne s'endort que si on lui recommande le calme le plus absolu, et que si elle cherche à s'endormir. A cette condition, le sommeil arrive; la femme à chaque douleur se réveille, mais elle s'endort quelques secondes après que la douleur a cessé. Si lorsque l'effet du chloral s'épuise, le travail se trouve peu avancé, on prolongera la sédation de quelques heures en prescrivant une nouvelle potion, dont la dose ne dépassera pas 1 gramme ou 1 gr. 50. L'action de cette deuxième potion épuisée, on pourra laisser la femme se réveiller. Si, au bout de huit à dix heures de veille l'accouchement n'était pas terminé et semblait devoir se prolonger encore longtemps; avec 1 gramme ou 2 de chloral on mettrait à même la malade de dormir.

Dans certains cas, lorsque, par exemple, la parturiente se trouve dans un état de souffrance continue, augmentant à chaque contraction, mais persistant à un degré moindre pendant les intervalles de repos de l'utérus, il faut arriver jusqu'à 5 ou 6 grammes de chloral pour entraîner un état de demi-anesthésie, insuffisante pour empêcher la perception des grandes douleurs, mais assez prononcée pour empêcher celle des douleurs faibles qui s'étendent d'une contraction à l'autre. On attendra une demi-heure l'effet de la première potion; si la dose de 2 à 3 grammes est insuffisante, on prescrira une nouvelle potion de 3 grammes, que l'on fera prendre de quart d'heure en quart d'heure, en ayant soin d'en suspendre l'administration si le sommeil survient avant qu'elle soit complétement prise.

Il ne faut jamais aller au delà de 5 à 6 grammes. Si, avec cette dose l'effet recherché n'est pas obtenu, c'est que la médication hypnotique n'est pas indiquée. Il en serait ainsi, par exemple, en présence de contractions utérines qui s'opèreraient trop rapidement pour permettre le sommeil. — (*L'École de méd.*)

De la contagion dans la grippe. — L'observation suivante, relatée par M. le docteur Bertholle, témoignerait, si le diagnostic est fondé, que la grippe n'est pas toujours une affection aussi bénigne qu'on le croit généralement, et que le médecin doit s'appliquer à empêcher toute cause de contagion entre les divers membres d'une famille.

M. M... de N... est pris, après un vif refroidissement, d'une diarrhée subite, suivie de fièvre violente, qui s'accompagne elle-même pendant quelques jours de délire, et finit par une poussée congestive à la base du poumon droit. Une accalmie se produit, puis une métastase a lieu sur le testicule gauche, qui est affectée d'une épidydimite; l'inflammation remonte par le cordon, gagne la prostrate, la vessie, puis le péritoine. Après cette poussée du côté des organes du bas-ventre, qui succède à la congestion pulmonaire, la guérison se fait.

La jeune fille de M. M... de N... prise d'accidents semblables, succombe en quelques heures à une congestion pulmonaire, suivie d'une congestion cérébrale secondaire. La terminaison fatale arrive dans la première phase de la maladie, avant même que la lésion pulmonaire ait eu le temps de prendre une forme bien déterminée. L'hématose est pour ainsi dire suspendue, et l'asphyxie gagne le système nerveux central, qui a été la cause prochaine de la rapidité foudroyante de la mort.

Enfin, la grand'mère de la jeune fille tombe malade le lendemain même de l'alitement de cette dernière. Comme les deux malades précédents, elle se plaint de céphalalgie, de mal de gorge et surtout d'une tendance invincible au sommeil. Le lendemain, les deux côtés de la poitrine présentent tous les signes d'une congestion pulmonaire, et la malade tombe dans une adynamie profonde. Quelques jours plus tard, il se fait une rémission très-notable des symptômes généraux, mais dans l'après-midi, la fièvre comateuse reparaît et ne cède qu'à huit heures du soir. Il en est de même les jours suivants, mais l'amélioration continue et les accès de fièvre vont s'amoindrissant, quand, au moment où l'on paraissait devoir triompher de la maladie, les accès redeviennent plus intenses, des crachats abondants, fétides, sont expectorés par la malade, qui retombe dans le coma et meurt dans un état d'adynamie complète, avec tous les signes d'une gangrène pulmonaire.

Invoquant la constitution médicale du moment, M. Bertholle n'hésite pas à mettre tous ces symptômes sur le compte de la grippe. Il ne saurait, en effet, être question d'une fièvre pernicieuse déterminée par un milieu malsain ou une cause d'insalubrité spéciale frappant successivement chaque membre de la famille. M. M... de N... habite un hôtel bien aéré dans un quartier sain. En effet, pour

M. Bertholle la grippe n'est pas une simple bronchite épidémique; elle est, au contraire, une fièvre, une maladie générale dont le principe peut, comme nous l'avons vu dans la première observation, se fixer dans certains cas sur l'intestin, la vessie et même sur les autres organes. C'est donc, en résumé, une fièvre adynamique essentiellement contagieuse, pouvant déterminer des congestions et des inflammations vers tous les organes, mais spécialement vers les organes des voies respiratoires.

Le subdélirium avec tendance au coma, qui a existé dans toutes les observations, rapproche cette affection des fièvres contagieuses miasmatiques. Ce qui tendrait à le démontrer, c'est qu'au moment où la jeune fille et la grand'mère s'alitent, a lieu la plus grande purulence des urines de M. M... de N..., purulence qui constitue probablement la malignité de la maladie. — (*Un. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lù et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend, en outre des publications scientifiques parues pendant les vacances, un mémoire sur certaines *fractures du col anatomique de l'humérus*, mémoire destiné à concourir pour le prix Laborie. M. le secrétaire général rappelle que la dernière limite pour l'envoi des mémoires destinés à ce concours est le 31 octobre.

PRÉSENTATIONS

M. Desprès présente, de la part de M. Bertin (de Gray), deux observations, l'une de *calcul de la vessie sorti par un abcès du périnée*, l'autre faisant connaître *certaines manifestations du rhumatisme chez un calculeux*.

M. Verneuil offre un mémoire dont il est l'auteur *sur la commotion*.

M. Chauvel offre un *Précis d'opérations de chirurgie*, qu'il vient de publier.

M. Lucas-Championnière donne la lecture d'une note de M. Baudon sur les résultats éloignés des résections de la hanche qu'il a pratiquées. Sur trois opérations, deux ont été suivis de succès, une n'a pas amené la guérison, mais le malade pourra être opéré de nouveau. (Voir la séance du 9 août 1876.)

M. Guéniot présente, de la part de M. Massot (de Perpignan), un mémoire manuscrit sur l'*influence des traumatismes sur la grossesse*.

M. le Président annonce la mort de deux membres correspondants nationaux, MM. Caylus et Putégnat (de Lunéville), et déclare vacante une place de membre titulaire.

RAPPORTS

M. Horteloup donne lecture d'un rapport sur *un nouveau procédé d'injection dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache*, par le docteur Roustan. A l'aide d'un petit appareil, le malade peut insuffler lui-même de l'air par sa trompe d'Eustache.

M. Tillaux fait observer que le procédé de Politzer est préférable en ce que le malade est passif, tandis qu'il est actif avec celui de M. Roustan, ce qui est un inconvénient.

Le mémoire de M. Roustan sera publié dans les bulletins de la Société, et des remercîments seront adressés à l'auteur.

M. Horteloup lit un rapport sur une observation de *fracture de la clavicule*, par M. le docteur Morée (de Borneuil), fracture qui a été suivie de paralysie du plexus cervical et d'oblitération de l'artère humérale survenue au bout de cinq jours et ayant duré huit mois. M. Horteloup pense qu'il faut rapporter cette oblitération à la périartérite.

M. Verneuil croit plutôt qu'il s'est produit une contusion de l'artère avec rupture très-circonscrite de la tunique interne. Il s'appuie sur une observation, qui lui est personnelle, de fissure de la carotide interne produite par une forte contusion, et ayant causé, au bout de deux ou trois jours, des phénomènes de compression auxquels le blessé a succombé. A l'autopsie, on a trouvé une déchirure légère de la tunique interne de la carotide, d'où portait un caillot qui s'était étendu graduellement par l'artère de Sylvius.

M. Polaillon rappelle la rareté de la blessure des vaisseaux au niveau de la clavicule dans les fractures de cet os.

M. Horteloup répond que si la périartérite est rare, elle ne l'est pas plus que la fissure de la tunique interne, dont M. Verneuil n'a vu qu'un seul cas.

M. Verneuil ne croit pas qu'il puisse se produire une oblitération d'une artère quand la paroi interne est saine. La périartérite est très-commune, car on la fait naître chaque fois qu'on dénude une artère et l'oblitération ne s'en suit pas. Les fissures de la tunique interne sont assez communes dans les régions inguinale et axillaire. Malgaigne cite comme origine des anévrysmes de ces régions la contusion directe et les efforts ou la distension violente de la cuisse. On a vu des anévrysmes naître peu de temps après; de même, après des tentatives de réduction de luxation de l'épaule.

M. Houel n'a pas observé la fissure de la tunique interne artérielle, mais il admet sa possibilité comme cause de la production d'une oblitération.

M. Verneuil a communiqué son observation à l'Académie de médecine, il y a trois ou quatre ans; elle a été publiée dans les bulletins.

M. Tillaux n'a pas vu une fissure simple après un traumatisme produire l'oblitération artérielle; mais il a observé, après une forte contusion de l'artère iliaque primitive par un brancard de voiture, la déchirure des tuniques interne et moyenne sans que la tunique externe fût atteinte, et même sans lésion de l'intestin ni de la paroi abdominale. La gangrène des orteils qui survint deux jours après l'accident fit seule reconnaître la gravité de la lésion artérielle, à laquelle le malade succomba. A part l'étendue plus grande, c'est la même lésion que celle observée par M. Verneuil.

M. Terrier a observé chez Jarjavay la déchirure des deux tuniques internes dans un cas de luxation en arrière du genou. Dans tous nos auteurs classiques, d'ailleurs, il est dit que la contusion des artères s'accompagne de la déchirure des deux tuniques internes.

M. Horteloup soutient son opinion de périartérite en disant que la rupture des tuniques internes arrête immédiatement la circulation dans une artère, fait qui ne s'est produit chez le malade de M. Morée que le cinquième jour.

M. Terrier réplique qu'on peut expliquer par les anastomoses la persistance du pouls après l'oblitération de l'artère humérale.

L'observation de M. Morée sera déposée aux Archives, et des remercîments seront adressés à l'auteur.

COMMUNICATION

De l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement. — M. Blot s'élève contre l'usage banal du chloroforme dans tous les accouchements. Cet anesthésique peut causer des accidents auxquels on n'a pas le droit d'exposer sans nécessité absolue une femme en couche, et aucun signe ne sert à pouvoir reconnaître d'avance si on sera influencé fâcheusement par cet agent, en mettant à part les contre-indications classiques. Cependant, dans certains cas exceptionnels, il peut même et doit être donné. M. Blot cite une jeune primipare bien constituée, chez laquelle les douleurs de l'enfantement, bien supportées pendant plusieurs heures, furent remplacées tout à coup par une douleur névralgique atroce, répondant à peu près aux insertions du diaphragme et rappelant les souffrances et l'angoisse de l'angine de poitrine. Le travail fut suspendu et même le col se rétracta spasmodiquement. Sous l'influence d'une petite dose de chloroforme, suffisante pour amener l'insensibilité sans perte de connaissance, la douleur névralgique cessa, et le col, d'abord resserré, redevint souple après sept ou huit minutes, et permit de terminer l'accouchement.

M. POLAILLON a expérimenté l'hydrate de chloral en lavement sur dix-sept femmes en couches, dans la dernière période du travail, à la dose de 2 à 8 grammes. Ces lavements n'ont pas toujours été conservés, ou ne l'ont été qu'en partie. Quant à l'effet produit sur le travail, dans la grande majorité des cas, il a été ralenti et même quelquefois arrêté; chez une ou deux femmes, il s'est fait avec une rapidité un peu plus grande, sans qu'on puisse dire que le chloral en a été cause; chez les autres, l'influence a été nulle. Les seules indications de son emploi sont les contractions spasmodiques extrêmement douloureuses qui ne portent pas sur le col.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne voit pas d'inconvénient à donner quelques gouttes de chloroforme pour endormir un peu la douleur, comme le font les Anglais.

M. POLAILLON préfère l'hydrate de chloral, qui produit un effet suffisant sans avoir les dangers du chloroforme.

M. PERRIN pense qu'il faut faire une grande différence dans les effets du chloroforme, selon l'anesthésie que l'on veut obtenir, chirurgicale ou obstétricale. Dans l'anesthésie chirurgicale, la première période est une période d'excitation, pendant laquelle la moelle est rendue plus sensible, comme sous l'influence de la strychnine; c'est la période dangereuse. Les premiers troubles sont des troubles de l'intelligence. Dans l'anesthésie obstétricale, les phénomènes sembleraient renversés, et M. Perrin déclare ne pas s'expliquer.

M. BLOT n'a pas varié d'opinion depuis qu'il a fait sa thèse d'agrégation sur l'anesthésie chirurgicale, en 1863. La seule indication de son emploi c'est lorsque les douleurs sont anormales, *déviées*, et exerçant une influence fâcheuse sur l'efficacité des contractions, et encore ne faut-il jamais y avoir recours *s'il est possible de terminer l'accouchement avec le forceps sans que son application augmente la douleur*. Quant au degré d'anesthésie à obtenir, M. Blot fait observer qu'on peut arriver à l'analgésie bien avant la perte de la raison, comme il l'a expérimenté plusieurs fois sur lui-même, et cet état est suffisant pour terminer ou laisser terminer le travail. Il combat la sensibilité anormale qui rend inefficaces les contractions.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV

Nous avons, en plus d'une occasion, déjà longuement parlé du rôle des privat-docents ou professeurs libres, de celui des professeurs extraordinaires. Parmi les professeurs extraordinaires, les uns sont dits *ad honores*; cette classe ne reçoit aucun traitement. Les autres font partie du collége des professeurs ordinaires, ainsi que nous l'avons dit en parlant de Vienne. Les extraordinaires peuvent être rapprochés de nos agrégés; cependant il est bon de marquer par quels point les deux situations académiques diffèrent. Tout d'abord rappelons que le professeur agrégé n'est plus appelé à faire passer d'examen et à remplacer nos professeurs titulaires à la Faculté ou dans les hôpitaux, une fois les quelques années d'exercice écoulées; ce professeur devient agrégé *libre*, et on peut justement dire de lui qu'il est professeur *ad honores*, si ses travaux le désignent à l'attention du corps des professeurs, il peut être proposé pour une chaire titulaire.

Le professeur extraordinaire, au contraire, professe sans aucune limite de temps, qu'il soit rétribué comme faisant partie du collége des professeurs ordinaires, ou qu'il soit simplement *ad honores*, il doit donner l'enseignement et peut être appelé à faire partie des jurys d'examens. Le seul point commun, c'est que les titulaires sont recrutés parmi les extraordinaires, comme nos professeurs le sont généralement parmi les agrégés. Il suit de ce parallèle que le professeur extraordinaire allemand a vraiment une situation universitaire, académique, puisqu'il peut rester extraordinaire et professer sans aucune limite de temps. Une fois, au contraire, que notre agrégé a fini son exercice, les liens qui le rattachent à la Faculté deviennent de plus en plus lâches; et, pour rester réellement professeur, il lui faut donner un enseignement fréquent, soutenu, ou dans les hôpitaux, ou seulement à l'École pratique, c'est-à-dire qu'il doit revenir à l'enseignement libre.

Il sera sans doute permis de regretter la perte à peu près complète des agrégés *libres* pour l'enseignement, car, quand on consulte l'état de plusieurs générations d'agrégés, on voit combien est relativement petit le nombre de ceux qui font œuvre d'enseignement pendant toute leur vie, soit qu'ils arrivent aux chaires titulaires, soit (cas infiniment rare) qu'ils se consacrent à l'enseignement particulier, soit même qu'ils fassent des leçons dans les hôpitaux. Il y a donc là une grande somme de zèle, de bonne volonté, de science perdue pour les étudiants.

M. de Sybel l'observait avec finesse, on ne rencontre pour ainsi dire pas de savant sans position universitaire en Allemagne, alors que le cas est si fréquent en Angleterre et en France. Le système français fait plus encore, il est tel que des professeurs qui ont appartenu à l'université sortent bientôt de son sein et sont obligés de revenir à l'enseignement libre. Les travailleurs sans titre officiel parmi nous, à Paris, ne trouvent guère pour sphère de leur activité que les sociétés savantes, telles que notre Société de biologie, etc., laquelle entre autres, pourrait largement alimenter les chaires d'anatomie pathologique et de physiologie de bon nombre de Facultés de médecine en province. Outre-Rhin les Magnan, les Laborde, les Ed. Fournié, les Leven, les Onimus, les Pouchet, les Hénocque, les Javal, les Krishaber, les Bourneville, les Martin-Damourette, les Nepveu, les Tripier, les Laskowski (1) et combien d'autres encore, eussent été depuis longtemps pourvus de situations académiques, mais les institutions d'une part, les habitudes antérieures de l'autre sont là, et les choses restent en l'état.

Au surplus il est facile de récriminer, et quand on critique les institutions en vigueur et le concours en particulier, on parle beaucoup du mérite de ceux qui tombent, ou ne se présentent pas dans les tournois universitaires, et pas assez de la valeur de ceux qui triomphent, cela est nécessaire pour les besoins de l'argumentation. Il faut cependant convenir que si le concours n'existait pas, ceux qui arrivent par lui trouveraient moyen, avec l'autre système, de mettre en lumière un mérite qui éclate dans des luttes plus difficiles.

Bien des transformations, bien des réformes, bien des révolutions se produiront sans doute au sein des universités et des Facultés de médecine allemandes. Nous avons essayé, en quelques-unes de ces pages, de faire connaître les reproches que les Allemands adressent eux-mêmes à leurs institutions d'enseignement; mais ce qu'on peut affirmer, sans crainte d'être jamais démenti par les faits, c'est que jamais les réformateurs universitaires ne toucheront au mode de recrutement du corps enseignant dans les Facultés; c'est que jamais non plus, ainsi que nous l'avons vu dans notre pays en 1851, une révolution politique, un système gouvernemental n'auront un tel contre-coup dans l'enseignement supérieur allemand.

On a été jusqu'à émettre en France l'idée que si le concours devait être rétabli, c'était pour mettre la nomination des professeurs titulaires au-dessus des combinaisons de partis, des changements gouvernementaux, ministériels, en dehors d'influences fâcheuses, dont de récents événements pouvaient faire craindre le danger, voilà certes une pensée qui ne pourra jamais venir aux réformateurs d'outre-Rhin. Le professeur allemand sait allier à ses heures, et quand cela lui devient nécessaire ou seulement utile, le plus vif amour de la démocratie au plus respectueux dévouement pour le prince; la même plume universitaire (le professeur Billroth ne nous démentira pas) sait rendre à César l'hommage qu'un démocrate suffisamment convaincu doit rendre à César; et quelques lignes plus bas, envoyer au peuple les saluts et les vœux que peut décemment se permettre le plus honnête des courtisans de la pourpre impériale. Nous connaissons ces têtes à deux visages. Cependant on doit re-

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 octobre.

(1) Appelé récemment à la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Genève.

connaître que les influences politiques et surtout religieuses sont peu de mise dans ce grand monde universitaire et que les nominations ministérielles n'ont jamais été critiquées par ce côté. Nous n'avons jamais du moins entendu formuler un tel grief. Qu'il s'agisse aujourd'hui d'un pays protestant ou d'un pays catholique, de la Prusse, de la Saxe, de la Bavière, ou même de l'Autriche, on peut dire avec vérité que les colléges académiques et les ministères de l'instruction publique sont également animés dans le choix des professeurs du seul amour de la libre science et de l'intérêt public. Toute autre préoccupation, de quelque nature qu'elle soit, leur est étrangère, et ce n'est pas le plus mince éloge que l'on puisse faire du monde universitaire allemand, que de signaler un tel état intellectuel et moral dans toute sa hiérarchie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il résulte d'un rapport que M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, vient d'adresser au préfet de la Seine, que le nombre des enfants admis à l'hospice spécial en 1875 a été de 2,338. Ce chiffre, comparé à celui de l'année 1874, présente une diminution de 808 abandons.

Si l'on se rapporte à la statistique des années précédentes, on voit que, pour trouver un chiffre aussi peu élevé d'admissions, il faut remonter à l'année 1725, époque à laquelle la population de Paris n'était que de 640,000 habitants, le tiers environ de ce qu'elle est actuellement.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 4 décembre 1876, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour six places d'élèves internes.

Le lundi 18 du même mois, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour cinq places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions.

Ceux qui sont élèves externes, nommés par le concours et en activité de service, seront dispensés de ces formalités. Ils se borneront à se faire inscrire.

Les élèves stagiaires, occupant provisoirement des places vacantes d'élèves, pourront être admis à jouir de la même faveur, sur l'autorisation de la commission administrative, qui consultera le temps de leur service et les rapports concernant leur conduite dans l'hôpital.

Cette autorisation devra être demandée huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Le traitement des élèves est fixé :

Pour les internes de première année, à 800 francs par an ; pour les internes de deuxième année, à 900 francs par an; pour les internes de troisième année, à 1,000 francs par an; pour les externes, à 300 francs par an.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques et les opérations chicurgicales le samedi 14 octobre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Mallez commencera ses conférences le lundi 9 octobre, à une heure, à sa clinique, 3, rue Christine, et il les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le docteur Jardin exercera les élèves aux manipulations chimiques et micrographiques relatives à l'analyse des urines.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches géologiques, botaniques et satistiques sur l'impaludisme dans les dombes et le miasme paludéen, par le docteur Magnin. — In-8° avec une planche. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la splénotomie chez l'homme, avec une étude sur la physiologie de la rate, d'après un récent mémoire de M. Ch. Robin, et une nouvelle observation de splénotomie pratiquée avec succès par M. le docteur Péan, par le docteur Barrault. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Chirurgie utérine. De la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus, de leur traitement, par le docteur Chammard. — In-8° de 84 pages Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les hôpitaux et les maternités, par le docteur J. Félix. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la lymphadénite péri-utérine (phlegmon des ligaments larges), historique et pathogénie, par le docteur Auger. — — In-8°. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Épilepsie intermittente tierce et thérapeutique des fièvres larvées convulsives de l'enfance. — Thérapeutique de la pneumonie morbilleuse.

Depuis la description que j'ai donnée de la fièvre intermittente des enfants à la mamelle, dans la première édition de mon *Traité des maladies de l'enfance*, en 1845, on connaît les irrégularités de la manifestation des fièvres palustres du premier âge. Mais alors j'ignorais l'existence de la fièvre pernicieuse et des fièvres larvées, que je n'ai pu décrire que plus tard. Chez les jeunes enfants, la fièvre pernicieuse existe comme chez les adultes, rare à Paris, plus commune dans les contrées marécageuses et assez fréquente en Grèce, d'après les observations d'Alexandre de Sparte.

Elle se présente presque toujours sous la forme convulsive intermittente. C'est aussi sous cette forme que je l'ai vue à Paris. Un jeune enfant est pris de fièvre et de convulsions subites qui se dissipent sans laisser de traces, mais le lendemain ou le jour d'après, presque à la même heure, les mêmes accidents reparaissent. Si le médecin ne saisit pas, dans les phénomènes périodiques de convulsion dont il a été le témoin, l'indication d'un retour possible et de l'apparition d'un troisième accès convulsif, il s'expose à voir périr son malade. Chez les enfants à la mamelle, la mort peut ainsi se produire dans un accès de convulsion et bien évidemment alors il s'agissait de fièvre intermittente convulsive, c'est-à-dire d'une fièvre intermittente compliquée d'accidents pernicieux. Chez les enfants plus âgés, on voit aussi des phénomènes convulsifs épileptiformes se produire d'une façon périodique assez régulière, rappelant la fièvre pernicieuse à forme convulsive, mais si la maladie se prolonge, le caractère pernicieux est moins évident, et il semble qu'on ait plutôt affaire à une fièvre larvée. C'est le cas de la malade que vous avez sous les yeux, au n° 60 de la salle Sainte-Catherine.

Chez cette enfant, il y a depuis six semaines des convulsions épileptiformes revenant tous les deux jours à la même heure, et le diagnostic de *fièvre larvée* convulsive est plus approprié que celui de fièvre pernicieuse. Voici d'ailleurs la description des accès qui se sont produits sous nos yeux.

OBSERVATION. — *Fièvre larvée à forme épileptique tierce, guérie par le sulfate de quinine.* — R..., âgée de quatorze ans, entre le 12 juin 1876, au numéro 60 de la salle Sainte-Catherine. Service de M. Bouchut. Elle n'est pas formée, n'a jamais eu de convulsions. Depuis six semaines, elle a des crises nerveuses qui viennent tous les deux jours, sans heure fixe, alors elle ne jette pas de cris et perd connaissance. Elle devient insensible, son visage rougit sans écume, tout le corps est fortement courbé à gauche. Ces crises durent de dix minutes à une demi-heure, elles ne sont pas suivies de sommeil, et il y a rarement de l'incontinence.

17 juin 1876. — L'enfant a eu le 13, le 15 et le 17, une attaque convulsive venant de huit à neuf heures du matin, caractérisée par la perte de connaissance et l'insensibilité absolues; de la contracture des membres avec pleurothotonos; une fois des mouvements cloniques des membres, une autre fois des secousses dans tout le corps. Dans cette attaque le visage n'a pas changé de couleur, il n'y a pas eu d'écume à la bouche, et au bout de quelques minutes, elle est revenue à elle, conservant de la courbature, mais n'ayant pas de sommeil. Le pouls est ralenti, 64.

Sulfate de quinine, 0g 50.

19 juin. — Ce matin nouvelle crise convulsive.

23 juin. — L'attaque convulsive qui devait avoir lieu le mercredi 21 et aujourd'hui vendredi 23, ne s'est pas manifestée. Continuation du sulfate de quinine.

28 juin. — Les attaques convulsives ne sont pas revenues. L'enfant sort guérie.

Cette forme de fièvre larvée est très-rare. Je ne l'ai observée que très-peu souvent. Ce que l'on voit de préférence, c'est la forme névralgique, car dans la seconde enfance, on rencontre assez fréquemment, comme chez l'adulte, la névralgie frontale ou temporale intermittente.

Jusqu'à ce jour, il semble donc qu'il n'y ait que trois formes de fièvre larvée chez les enfants : la forme névralgique et la forme convulsive, plus une forme de fièvre pernicieuse qui serait convulsive.

Dans ces cas, il n'y a pas de temps à perdre et l'indication est formelle. Il faut recourir au sulfate de quinine à doses variables selon l'âge des enfants, et le donner par l'estomac, par le rectum ou par la peau.

Administré par l'estomac, le meilleur moyen de le faire prendre, c'est l'infusion de café sucrée. — La forme pilulaire est impossible chez les jeunes enfants, et l'état granuleux, qui est meilleur, n'est pas toujours possible. Je le donne en suspension dans le café noir, et tous les enfants peuvent le prendre. Dans certains cas, chez de très-petits enfants qui refusent

tout on peut le faire couler par les narines après l'avoir dissous dans l'eau et au moyen d'une cuiller. De un à trois ans, il faut en donner 5 centigrammes; de trois à six ans, 10 centigrammes; de six à dix ans, 15 centigrammes par jour, et à partir de dix ans, on peut élever la dose à 20 et 60 centigrammes, sans amener de phénomènes d'intoxication quinique.

Si on donne le sulfate de quinine en lavement, il faut le donner dans une petite quantité d'eau distillée rendue acidule par l'addition d'un atome d'acide sulfurique.

En pommade, on peut l'employer à la dose de 3 à 5 grammes pour 30 grammes d'axonge. Alors on fait des frictions trois fois par jour, sous les bras et dans les aines. Ce dernier moyen sur l'efficacité duquel on a élevé des doutes, est très-utile dans les cas où on ne peut faire avaler le médicament et où les lavements donnés aux enfants ne sont pas conservés par eux. Quoi qu'on puisse croire, il paraît que l'absorption du sulfate de quinine par la peau garnie d'épiderme se fait assez bien. En Grèce et dans l'Asie-Mineure, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par les médecins de ces contrées qui suivent ma clinique, ce moyen de traitement serait le plus généralement usité.

Quoi qu'il en soit, chez la jeune fille qui est au n° 60, avec une fièvre larvée convulsive à type tierce, une fois la constatation des accès convulsifs faite à deux reprises, j'ai donné le sulfate de quinine à la dose de 50 et 60 centigrammes dans du café noir sucré.

Sous l'influence de cette médication, les accès convulsifs épileptiformes ont cessé, il n'y a eu qu'un peu de surdité passagère produite par le médicament, et l'enfant a pu sortir guérie de l'hôpital. Sa fièvre larvée tierce avait duré sept semaines.

Je vais maintenant vous parler du *traitement de la pneumonie morbilleuse grave.*

L'épidémie de rougeole qui règne en ce moment à Paris, et qui, dans le bâtiment où logent les employés de l'hôpital, a fait périr deux enfants, nous a procuré de nombreux malades.

Beaucoup d'enfants n'ont eu que la forme la plus bénigne de la rougeole; d'autres en même temps que leur éruption, avaient une broncho-pneumonie légère qui s'est dissipée par les pectoraux ordinaires et par les balsamiques. Mais quelques-uns ont eu de véritables pneumonies catarrhales graves. Deux sont morts, et voici deux autres enfants prises d'une façon très-sérieuse que je vous ai fait examiner ce matin, et dont il faut que je vous entretienne un instant.

L'une de ces enfants, aujourd'hui assez gaie, jouant sur son lit avec une orange, était hier mourante, asphyxiée, et nous ne lui donnions pas une heure à vivre. Grâce au traitement employé, elle a survécu, et je vais vous dire ce que j'ai fait.

L'enfant a été prise de rougeole dans la salle; l'invasion date de six jours, et l'éruption, qui a duré trois jours, s'est terminée hier après avoir parcouru ses phases ordinaires et normales. Dans la nuit, la respiration est devenue très-pénible, sans que la toux soit très-fréquente; une cyanose intense a couvert le visage, le corps et les membres, le pouls était petit et filiforme 120, les yeux étaient voilés, mourants, les narines agitées, les membres en résolution complète, la sensibilité presque éteinte, et il était impossible de ne pas croire à une mort prochaine.

L'état des poumons ne justifiait pas cette cyanose, car leur résonnance était bonne, et on y entendait partout le murmure vésiculaire sans râles. Seul le cœur dilaté, asystolique, se contractant incomplétement, et plein de sang en stagnation, expliquait cette cyanose générale et cet état asphyxique.

Dans cette situation, que faire? Donner un vomitif me semblait inutile, car les bronches, n'étaient pas engorgées de mucus ni d'écume, comme cela s'observe en pareil cas. L'émétique aurait pu nuire par ses propriétés altérantes et dépressives, quant à l'ipécacuanha, comme il n'y avait rien à faire sortir des bronches, je n'ai pas voulu provoquer de secousses vomitives fatigantes dans un cas aussi grave.

J'ai un instant songé à l'immersion d'eau froide, et en ce temps d'engouement irréfléchi pour ce moyen parfois utile, on pouvait y penser. Mais ma pratique n'obéit à aucun système absolu, et je laisse à d'autres ce genre d'expériences. L'eau froide est très-bonne dans les maladies à excès de température, lorsque la chaleur s'élève à 40°6, 41 degrés et plus, mais ici la température était peu élevée, et l'indication la plus incontestable du bain froid dans les maladies aiguës n'existait pas. Et d'ailleurs, si j'ai souvent trouvé dans les scarlatines graves et malignes l'indication de l'eau froide à l'intérieur, je puis dire que je ne l'ai jamais rencontrée dans la rougeole. Ici donc toute idée d'affusion et de balnéation devait être abandonnée.

Ma pensée s'est portée de préférence sur les émissions sanguines trop délaissées de notre époque versatile et changeante. Après avoir usé et abusé de la saignée, on ne l'emploie guère aujourd'hui, et ils sont rares les médecins qui la mettent en pratique. C'est à ce point, qu'un élève sort aujourd'hui de l'école de Paris, sans avoir fait ni vu faire une saignée. Les laboratoires étrangers ont dit que l'alcool était antipyrétique chez les lapins, que la digitale, la bryone, le sulfate de quinine était des antiphlogistiques et ceux qui, en paroles, se révoltent contre les intrusions étrangères, ont accepté et vulgarisé cette thérapeutique insuffisante et nuisible. Je ne suis pas prophète, mais je puis vous affirmer que dans cinquante ans, le médecin qui découvrira que les émissions sanguines sont utiles, et qui réussira à les remettre en honneur, aura la gloire de Botal et de Broussais devenus célèbres dans l'histoire de la médecine pour avoir fait connaître cette méthode oubliée.

Chez cette malade une émission sanguine me parut nécessaire. Je fis pratiquer une saignée du bras qui ne réussit pas, et je la remplaçai par six sangsues à l'épigastre. Les piqûres coulèrent pendant une heure et furent fermées par le perchlorure de fer. Le résultat a été merveilleux, et l'enfant a survécu. Maintenant, elle est en très-bon état, n'a que peu de fièvre, elle crache beaucoup et elle a de nombreux râles dans la poitrine. Hier elle avait une sorte d'enchifrènement des parois vésiculaires qui, gonflées, gênaient l'hématose et produisaient l'asphyxie. Aujourd'hui, la saignée ayant fait cesser cette situation, la maladie est entrée dans la seconde période qui est celle de la sécrétion bronchique, et tout fait présumer que l'enfant guérira.

Sous cette forme, les complications pulmonaires de la rougeole sont rares. Je n'ai vu que cinq ou six cas semblables à celui que je viens de rapporter. Ce que l'on observe plus habituellement, c'est la broncho-pneumonie plus ou moins étendue, et la bronchite capillaire suffocante, comme chez une autre petite fille du n° 38.

Dans ces cas, pendant et après l'éruption de rougeole, la toux et les râles sous-crépitants augmentent. Au lieu de tomber la fièvre persiste, et il est évident, puis qu'il n'y a plus rien à la peau, que la maladie ne se prolonge que par suite d'une complication pulmonaire.

Si l'on examine la poitrine avec soin, on trouve tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, une diminution du son. Cette diminution résulte de l'hyperémie pulmonaire, et de l'accumulation

des mucosités bronchiques. C'est le prélude de la pneumonie lobulaire confluente. Avec cette diminution de résonnance existe alors un retentissement plus ou moins considérable du cri et de la voix selon l'état d'engouement pulmonaire.

Alors, l'ipécacuanha en poudre 20 à 30 centigrammes dans du sirop simple ou dans du sirop d'ipécacuanha; — le sirop de tolu 30 grammes avec 10 grammes de sirop diacode ; — un looch blanc avec 25 milligrammes de kermès; — un vésicatoire volant de 6 à 8 centimètres sur la poitrine, en avant ou en arrière, sont les moyens à employer.

Toutefois, si l'enfant s'affaiblit ou paraît très-faible, il faut lui donner chaque jour, pour tisane, de l'eau vineuse et une potion gommeuse de 80 grammes, additionnée de 15 à 20 grammes d'alcoolat d'anis.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LAROCHE-GANDON (Mayenne)

M. le docteur Henry Bonnet.

De la paralysie générale comme cause prédisposante pathologique des fractures.

D'après une observation de fracture complexe de l'humérus recueillie par M. Biaute, interne du service.

La communication faite par M. Le Dentu à la Société de chirurgie, sur une variété rare de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, un article de la *Gazette des hôpitaux* sur les fractures appelées pathologiques, par M. le professeur Broca, nous engagent à donner l'observation suivante relatant un cas ordinaire de fracture du corps de l'humérus, mais plus développée qu'elle n'aurait dû être, et compliquée de fractures diverses et incomplètes dont les causes doivent se retrouver dans la nature de l'os lui-même.

Le 1er février 1876, un malade de l'Asile faisait une chute, se fracturait le corps de l'humérus, et nous avions des présomptions pour trouver plus tard, outre les traces de la fracture sensible, certaine, la variété intéressant l'extrémité supérieure, ce qui nous aurait mis en présence d'une fracture comminutive. L'autopsie a pu être faite de bonne heure, c'est-à-dire à un moment où la pièce anatomique devait encore présenter tous les caractères du premier jour ; car, bien que la paralysie générale fût avancée, on était loin de s'attendre à une mort prochaine. Nous n'avons pas rencontré le vrai cas de M. Le Dentu, mais un cas assez intéressant à plusieurs points de vue pour que nous ayons cru devoir ne pas le laisser passer inaperçu, et appeler une sérieuse attention sur un côté pathologique qui, toutes conditions de mécanisme à part, doit se reposer sur des éléments de physiologie générale qui attiennent aux conséquences des dégénérescences vaso-motrices.

Et disons-le dès le début, nous appellerons notre fracture complexe, parce que nous y trouverons double effet, l'effet correspondant à la cause, effet exagéré cependant ainsi qu'il nous sera facile de le démontrer, et un effet indépendant de la cause directe; c'est ce dernier qui contiendra la caractéristique pathologique.

R... René, cinquante ans, marié, laboureur. Paralysie générale diagnostiquée à l'extérieur en octobre 1875, avec troubles rémittents de l'intelligence. — Vie antérieure régulière; antécédents héréditaires inconnus. L'état mental s'aggrave de plus en plus et nécessite un placement officiel. R... entre à l'Asile le 30 janvier 1876.

Les mouvements des membres sont d'une incoordination excessive, à tel point qu'il fait aux personnes de la ville, quand il est conduit par la gendarmerie, l'effet d'un homme ivre. La face (teinte huilo-terreuse) et la parole ont le cachet caractéristique; il est tatillonneur, gâteux et en pleine démence, quoiqu'il reste des traces d'ancien délire qui aura été un délire ambitieux. Dès le lendemain, de l'agitation se déclare, et le fait est bien moins rare chez les déments paralytiques que chez les déments ordinaires.

Le 1er février, à quatre heures du soir, et par suite de la difficulté de la marche, et par suite de son agitation, R... tombe dans la cour du quartier; un gardien le relève, et il est ramené dans la salle commune. Ce n'est qu'au moment de la contre-visite, vers cinq heures et quart, que le sous-surveillant nous dit que l'aliéné semble souffrir d'un bras et qu'il était tombé sur son épaule une heure auparavant. R... prend son repas et ne manifeste pas de douleur; mais l'épaule droite est plus basse que celle de l'autre côté et le bras pendant; il mange de la main gauche. Il se lève, vient à nous. D'après cet état, il était difficile de s'attendre à une lésion aussi grave que celle que l'examen direct fera diagnostiquer et que l'autopsie nous montrera dans toute sa grandeur. Au moment où l'exploration commence pour déterminer la nature et le siége de la lésion, un gardien soutenant le membre, R... fait un mouvement et on entend aussitôt un craquement prolongé; le bras retombe, la douleur est vive et l'aliéné fait des menaces. Il est alors amené à l'infirmerie, où on le prépare non sans peine à la visite du directeur-médecin.

Le chef de service, M. le docteur Henry Bonnet, constate à son arrivée une déformation du membre avec saillie au milieu du bras, dont la partie supérieure a un volume plus grand. La main éprouve, par les mouvements du sujet récalcitrant, en raison de la douleur qu'il ressent, une crépitation prolongée et brisée, analogue au craquement que l'oreille percevait, ainsi qu'il est dit plus haut. Un fragment, le supérieur, est dirigé en avant et en dehors, et son extrémité inférieure en pointe est au milieu du corps de l'humérus; le fragment inférieur est difficilement trouvé pour être approximativement mesuré et déterminé dans sa forme; mais bien haut, sous le deltoïde, on a du ballottement; il va donc jusqu'à ce point.

La tête de l'humérus occupe sa position normale.

Un examen plus long est impraticable pour le moment, et il suffit de savoir que l'on est en présence d'une fracture oblique très-allongée, allant de la partie moyenne du corps bien près de l'extrémité supérieure, de bas en haut et d'avant en arrière.

La réduction opérée, les fragments sont d'abord retenus au moyen d'une bande appliquée directement; quatre attelles avec coussinets sont ensuite placées et maintenues au moyen d'un bandage roulé, et par-dessus un second, dextriné, est appliquée : la pratique des aliénés exige cette précaution. Enfin le bras est placé en écharpe.

Potions, chloral, 8 grammes, en deux fois. Sommeil, pendant toute la durée de la nuit. Mais le lendemain le réveil ne s'opère pas et alors qu'il ne doit plus être sous l'influence du chloral, R... est immobile, congestionné, le regard fixe, les pupilles dilatées. Dans la soirée, l'épaule augmente beaucoup de volume et prend une forme de plus en plus globuleuse.

3. Même état; une ecchymose apparaît. Durant ces deux derniers jours aucun genre d'aliments n'a pu être pris.

4. Un peu de réveil; l'ecchymose augmente.

5. Malgré la contention que donne l'appareil, on sent encore de la crépitation, et, en raison de ce fait, du volume de l'épaule et de l'ecchymose, il vient à l'idée que la fracture quoique très-grave pourrait bien n'être pas simple et que l'extrémité supérieure pourrait avoir aussi sa part dans les désordres sensibles du corps. Mais R.. touche à sa fin; quoique sorti du coma, il est évident que la congestion cérébrale survenue après l'accident a eu raison du reste de vitalité du sujet.

6. Décès.

Autopsie. — L'appareil est enlevé et le membre reprend la déformation première. L'épaule droite a un volume de beaucoup supérieur à celui de la gauche, et une vaste ecchymose la recouvre jusqu'au delà des insertions supérieures du deltoïde, et en bas elle prend la forme de ce muscle, c'est-à-dire celle d'un V; quelques points ecchymotiques se remarquent encore sur la moitié inférieure du bras, en dedans et en dehors, et sur la partie supérieure de l'avant-bras au niveau de l'insertion des muscles épitrochléens et de celle du biceps.

Le tissu cellulaire sous-cutané sur toute la longueur du bras, à l'épaule et à la région sus-claviculaire, renferme un coagulum sanguin épais en certains points, surtout en ceux où l'on remarquait l'ecchymose par-dessus les téguments; dans les cloisons intermusculaires, se retrouve le même épanchement.

Le muscle deltoïde, large, épais, bien développé, incisé à sa partie moyenne et rejeté en haut et en bas, laisse voir le siége complet de la fracture; de plus on aperçoit une fracture intéressant le col chirurgical et partant de l'angle supérieur de la première; le biceps et les muscles à insertions à la coulisse bicipitale empêchent de voir l'étendue de celle du col; mais la tête humérale suivant les mouvements imprimés au fragment supérieur fait voir qu'elle n'est pas complète.

La substance médullaire, aperçue et observée par l'écartement très-sensible des fragments, n'est qu'une bouillie sanguinolente.

Avec le bras, l'omoplate et la clavicule sont enlevées; ces deux os n'ont présenté aucune de trace de fracture ou de fissure.

La fracture offre les particularités suivantes d'après la pièce complétement préparée :

Elle est compliquée sans être comminutive, mais plutôt complexe, ainsi que nous l'avons dénommée au début, car du point où arrive le bec du fragment inférieur, à 1 centimètre et 1/2 au-dessous du du col chirurgical, sur la portion mousse du bord externe de l'os, s'irradient deux fissures; en outre on en trouve une qui n'a point de rapports avec la fracture principale. Celle-ci est oblique, en bec de plume, de bas en haut et d'avant en arrière, et elle répresente deux V, l'un renversé sur l'autre sans cependant être losangique, le bord externe formant une ligne droite. La pointe du fragment supérieur commence un peu au-dessous de la moitié du corps sur la face externe; son bord interne passe sur le bord antérieur de l'os, gagne en montant sa face interne, contourne le bord interne et vient par la face postérieure à la partie supérieure du bord externe au point d'irradation dont il est question au commencement de la description; et en ce même point vient aboutir le bord externe du fragment, sensiblement rectiligne, et qui de la face externe remonte vers le bord externe de l'os pour former l'espace angulaire dans lequel est reçue la pointe du fragment inférieur, dont il est facile de se représenter la forme d'après la description du supérieur.

De l'angle supérieur partent deux fissures, une se dirigeant en haut et en avant vers le col chirurgical, dont elle suit la direction jusqu'en dessous de la petite tubérosité, et ses deux lèvres sont assez écartées; l'autre se dirigeant en haut et en arrière, et venant ensuite vers la face interne de l'os pour suivre une direction parallèle au bord interne du fragment supérieur; elle ne présente pas d'écartement. Une autre, sans être reliée aux précédentes, part du col anatomique entre la petite tubérosité et la dernière fissure, pour se diriger en bas vers le bord et la face interne de l'os.

Ces fissures occupent donc la base de l'extrémité supérieure, la contournent et c'est là précisément qu'aurait pu se produire le cas de M. Le Dentu, si ces fissures avaient été un effet direct de la cause.

La cause est connue, chute sur le côté droit de l'épaule et de la hauteur du corps seulement. On n'a donc pas quelque chose de violent comme une chute d'un lieu élevé, et pas d'autre force extérieure que le poids du corps. Et nous voulons arriver à cette conclusion que si le sujet n'eût pas été paralysé général, nous n'aurions pas eu les lésions de l'humérus aussi graves que celles relatées. La fracture oblique n'aurait pas été aussi allongée, car elle occupe toute la partie supérieure du corps, les fissures bien certainement ne se seraient pas produites, et celles-ci ne peuvent être attribuées qu'à la dénutrition primitive de l'os qui a éclaté de différentes parts en cédant à un mécanisme peu violent. Nous dirions même, sans pouvoir être taxé d'exagération, qu'aucune fracture n'aurait été la conséquence de la chute; mais alors il faudrait aussi tenir compte de la façon de tomber, de l'inertie totale de l'individu.

Quelques jours auparavant, un autre paralysé général faisait un faux pas et ne pouvait se relever de sa chute : il avait une fracture transversale du tibia gauche, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, et rien au péroné; le contraire a généralement lieu, cependant, dans ce genre de traumatisme.

Donc, chez ces malades, il existe des anomalies nombreuses que l'on peut expliquer néanmoins.

Chez les paralysés généraux, en effet, « toutes les altérations du grand sympathique entraînent des troubles de nutrition dans la plupart des organes, troubles qui aboutissent à la dégénérescence graisseuse ou à d'autres modifications de leurs éléments. » (*Recherches sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale*, par les docteurs Henry Bonnet et Poincarré, 1876, Georges Masson).

Les os ne sont pas exempts de ces troubles généraux. Nous avons examiné plusieurs os du sujet; au microscope on constate dans les substances médullaire, spongieuse et compacte une altération se traduisant par une prolifération de tissu adipeux et des gouttelettes du même genre suintant de toutes parts. Le tissu compacte en certains points est aminci outre mesure, et comparé avec celui des mêmes os d'un autre sujet, il présente des différences considérables. Enfin, dans toutes leurs parties constituantes, les os ont l'aspect de ceux qui sont atteints d'ostéite, mais sans augmentation de vascularité. Cependant le travail morbide n'est pas de même nature, et dans ce cas il n'y a ni inflammation, ni suppuration, mais simplement travail lent de destruction sans pouvoir réparateur et « formation d'éléments nécrobiotiques, dénutrition progressive se reliant intimement aux troubles centraux des vaso-moteurs; la désassimilation l'emporte. » (Docteurs Henri Bonnet et Poincarré, même ouvrage.)

Et ce sont ces mêmes causes désassimilatrices de l'organisme qui, dans toute complication qui serait survenue, auraient fait reculer devant une opération sanglante. On ne doit point toucher à un paralysé général, il ne faut pas donner de coup de fouet à la maladie. Mais de même que nous parlions d'anomalies dans la production des cas pathologiques, de même nous devons en citer pour la guérison. La fracture du tibia a été consolidée après deux mois de traitement. Le malade qui a présenté celle-ci était arrivé à l'Asile, il y a quatre ans, avec une fracture compliquée des deux os de la jambe droite : les fragments avaient fait saillie au dehors, étaient contenus difficilement, et il existait plusieurs trajets fistuleux. L'amputation était décidée, quand le désordre mental força la famille à le faire entrer à l'Asile. M. le docteur H. Bonnet se trouvant en présence de deux issues fatales, la paralysie générale et le sujet amputé dans des conditions détestables, s'en remit à la nature, sans espérer beaucoup, du soin de guérir son malade. Les indications générales que réclamaient l'état et le membre du sujet ne furent pas oubliées cependant. La nature se montra assez bonne mère dans ce cas : toutes les complications disparurent à la longue, les deux os se consolidèrent, et sept mois après, il marchait seul.

Les résultats favorables doivent être regardés comme une exception.

En nous résumant, nous sommes en droit de dire que la fracture de l'humérus n'aurait pas offert les particularités que présente la pièce anatomique, si R... n'eut pas été paralysé général, et que la paralysie générale, maladie essentiellement désorganisatrice des propriétés morales et physiques, attaque tous les tissus de l'économie, en substituant à leurs éléments propres d'autres éléments hétérogènes, d'où, pour les os, pré-

disposition aux fractures anomales sans les causes suffisantes qui seraient seules capables de les produire chez les individus ordinaires.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

J'ai déjà exprimé l'opinion que la ligature de l'innominée ou celle de la sous-clavière au niveau des scalènes, peut à la rigueur être une opération justifiable, si les récents perfectionnements dans la manière d'appliquer les ligatures sont réellement efficaces pour empêcher les hémorrhagies secondaires; mais il ne faut pas perdre de vue que, même dans ce cas, la ligature centrale dans les anévrysmes de la sous-clavière doit toujours être une ressource précaire, parce qu'il y a fort à craindre de trouver le vaisseau fort altéré depuis le siége de la ligature jusque vers le cœur. J'aurai plus tard occasion de protester contre la doctrine de M. Smyth, que, dans tout anévrysme, la communication entre l'artère et le sac existe en un point défini en deçà et au delà duquel l'artère est toujours saine. C'est là, si je ne me trompe, une opinion erronée, surtout en ce qui concerne les anévrysmes de la sous-clavière. Ceux-ci paraissent être ordinairement des dilatations tubulaires d'une portion de l'artère, se produisent le plus souvent sur un vaisseau athéromateux et plus ou moins élargi. En somme, l'anévrysme de la sous-clavière, si dangereux qu'il soit par lui-même, est souvent d'autant plus formidable, qu'il est l'expression d'une dégénérescence générale du système artériel, dégénérescence qui est particulièrement apte à se montrer sur la partie de l'artère qui se trouve en deçà de la ligature. Ces deux préparations, qui viennent de Dublin, sont des exemples de ce fait. L'une d'elles présente un grand intérêt historique, parce qu'elle est la préparation même du cas dans lequel M. Colles a le premier tenté cette opération hasardeuse. L'observation témoigne des longues hésitations de M. Colles avant de se décider à faire la ligature. En effet, ce ne fut que cinq jours après avoir passé le fil sous l'artère qu'il se risqua à le nouer. Cela, cependant, semble avoir résulté surtout de l'état général alarmant du sujet par suite de blessure de la plèvre.

Mais la préparation montre combien est courte la portion de l'artère comprise entre le sac et l'innominée; combien est avancée la dégénérescence de cette dernière artère (ce qui empêche M. Colles de placer sa ligature après avoir dénudé l'artère); elle montre aussi quelles larges branches naissent au niveau de la ligature, et que même, dans le court espace de temps qui s'écoula entre le moment ou le nœud fut serré et la mort du malade, le vaisseau s'était perforé par ulcération au-dessus de la ligature. En outre, dans la seconde préparation qui est celle du cas de M. O'Reilly, on peut voir l'énorme dilatation et l'état de dégénérescence de l'innominée, qui affecte également la carotide, quoique à un moindre degré. Cet état s'étendait aussi très-probablement à la partie de la sous-clavière sur laquelle était placée la ligature, quoique nous ne puissions pas en être certains, parce que cette portion du vaisseau a été presque entièrement détruite par ulcération. Il est important de noter ici que « la compression de la sous-clavière dans sa première portion arrêtait complétement les pulsations du sac et diminuait son contenu au point de le rendre flasque. » (Poland, *Report on the treatment of subclavian aneurism*, p. 53.)

Si l'on se décide à lier la première partie de la sous-clavière ou l'innominée, le chirurgien doit examiner avec soin l'opportunité de lier en même temps la carotide, comme le firent Liston et Smyth, ou de lier celles des grosses branches de la sous-clavière qui peuvent être mises à nu. Cette manière de faire semble certainement mettre à l'abri d'une hémorrhagie secondaire, du moins à en juger par le fait que, dans le seul cas de guérison, l'innominée et la carotide furent liées simultanément, et enfin la vertébrale. Mais il ne faut pas oublier non plus que, dans les cas de M. Liston et du docteur Parkes, où la première partie de la sous-clavière, la vertébrale et la carotide furent liées dans la même séance, les malades moururent d'hémorrhagie secondaire.

Considérant l'invariable insuccès de toutes les opérations qui ont été faites sur la première portion de la sous-clavière, Koch (Lang., *Arch.*, vol. X), s'est demandé si, dans quelques cas, il ne serait pas possible de lier cette artère entre les scalènes, et il produit cinq cas dans lesquels cette opération a été faite, et trois fois avec succès. La nomenclature de cet auteur diffère toutefois de la nôtre, de sorte que deux au moins de ses cinq cas sont ce que nous appellerions des anévrysmes axillaires, dans lesquels, sans doute, la ligature de la seconde portion de la sous-clavière est ordinairement possible, seulement il est peu probable qu'elle soit supérieure à l'opération ordinaire. Mais dans quelques cas d'anévrysme réellement sous-clavier (comme, par exemple celui qui porte le n° 2554 du musée de University College), il semble possible de lier l'artère entre les scalènes, opération qui, bien que difficile et dangereuse, l'est moins cependant que la ligature en dedans des scalènes. Mais dans ce cas-là, il sera probablement possible de recourir à la compression à l'aide du chloroforme.

On trouve dans les ouvrages et les musées anglais beaucoup d'anévrysmes classés comme anévrysmes de la sous-clavière, et qui sont aussi bien axillaires que sous-claviers, tel que celui qui est représenté dans cette figure, et qui provient d'un malade chez lequel la sous-clavière fut liée il y a plusieurs années par sir B. Brodie à l'hôpital Saint-George (série VI, n° 113 du catalogue). Beaucoup, sinon la majeure partie de ces anévrysmes, sont de l'espèce représentée par la préparation, immédiatement en dehors du bord externe du scalène antérieur. Mais, dans le cours de la dissection, on trouvera que l'artère était athéromateuse et très-dilatée; et si le malade eût vécu jusqu'à la chute de la ligature, il n'y a pas de doute qu'une hémorrhagie ne fut survenue malgré la formation abondante de caillots en dessus et en dessous du fil; car dans cet état pathologique du vaisseau, le sang est particulièrement apte à se frayer un passage entre le caillot et la paroi de l'artère. Il est certain que, dans un semblable cas, deux alternatives se présentent. Koch insiste fortement pour la ligature entre les scalènes, et dans le cas qui précède, cette manière de faire eut été fort possible, c'est, du reste, ce que firent avec succès Nichols et Warren dans des cas semblables. (Koch, p. 210.)

On verra sur notre préparation que l'artère est beaucoup plus saine en cet endroit. On a opposé deux objections à l'opération : 1° la présence fréquente d'une branche volumineuse (l'intercostale supérieure), surtout du côté droit, où, pour des raisons qui sont évidentes, les anévrysmes de la sous-clavière et de l'axillaire sont très-fréquents. Cette objection est très-réelle, comme le montre notre préparation, où l'on peut voir une branche volumineuse naître de cette partie de la sous-clavière; mais elle n'a pas une très-grande importance. Si l'on

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 octobre.

emploie pour la ligature le fil de boyau phéniqué, la proximité d'une pareille branche ne sera pas, je pense, très-importante; de plus, le chirurgien prévenu de la possibilité de la rencontrer, pourra vraisemblablement la comprendre dans sa ligature. L'autre objection est le risque de contusionner ou de diviser le nerf phrénique en faisant la section indispensable du scalène antérieur. L'expérience semble montrer que ce risque n'est rien moins que formidable. Dans douze cas où cette opération a été exécutée pour des causes diverses, qui ont été réunis par Koch, il n'y eut aucun symptôme de lésion du nerf phrénique, excepté dans un cas qui guérit, mais après la perte du bras. (Morton, *Amer. Journ. med. science*, juillet 1867.) Il n'y a pas lieu de douter qu'on ne puisse obtenir un caillot solide en cet endroit, aussi bien qu'au niveau de la troisième portion de l'artère. De sorte que, quand on entreprend la ligature de Hunter dans un semblable anévrysme, il semble qu'il est correct de dire que si le chirurgien trouve que la troisième portion de la sous-clavière n'est pas saine, il doit chercher à découvrir la seconde partie et y placer sa ligature, en ayant le soin de lier en même temps toute branche qui peut en partir.

ABLATION D'UN LIPOME ULCÉRÉ. — GUÉRISON.

Par M. le docteur Bilhaut
Médecin du bureau de bienfaisance du xxe arrondissement.

Mme X..., âgée de soixante-deux ans, demeurant rue des Haies, vient me trouver à la consultation de la Maison de secours de la rue de Bagnolet, le 1er février 1876.

Cette personne porte à la nuque une tumeur ovoïde située obliquement de haut en bas, de dedans en dehors. La partie supérieure est au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure, et correspond à la partie médiane de cette ligne. La tumeur descend et gagne le côté droit du cou.

C'est à l'âge de vingt-cinq ans que la malade s'est aperçue de l'apparition d'une tumeur insignifiante, au début, et c'est après l'avoir laissée croître pendant trente-sept ans qu'elle commence à la trouver incommode.

La tumeur mesure les dimensions suivantes: grand diamètre, 11 centimètres; petit diamètre, 65 millimètres.

La peau était restée lisse et amincie jusqu'alors, mais depuis un quinzaine de jours, elle est devenue violacée, et finalement, une plaie de 5 millimètres de diamètre s'est établie au centre, plaie déchiquetée et par laquelle se produit un écoulement ichoreux, séro-purulent et quelquefois teinté de sang. En divers endroits, la peau est très-amincie; les mouvements du cou sont gênés; la tumeur est molle, on trouve même une fausse fluctuation. La malade me demande de lui prescrire ce qu'il lui faut pour *faire dissoudre sa grosseur*. Je lui propose d'en faire l'ablation, après lui avoir dit que c'était le seul moyen de s'en débarrasser.

Je prévins mon ami le docteur Berthiot, et le 3 février, nous nous rendîmes ensemble auprès de la malade. Notre diagnostic était d'autant plus facile à faire que la plaie laissait voir les éléments anatomiques qui composaient la tumeur.

Il n'y avait pas de doute que nous ayons affaire à un lipome. Nous nous contentâmes d'avoir recours à l'anesthésie locale (évaporation d'éther sulfurique avec l'appareil de Richardson). Lorsque l'insensibilité fut absolue, M. Berthiot procéda à l'incision des téguments, puis à l'énucléation du lipome.

Deux incisions furent faites dans le sens du grand diamètre, de manière à aviver les bords de la plaie et à permettre d'établir des points de suture avec plus de chances de succès. Nous fûmes étonnés de la grande quantité de sang perdu par la malade. C'est que les parois du lipome étaient très-vascularisés. L'énucléation se fit facilement pour les parties sous-cutanées. La face profonde, au contraire, fut l'objet d'une dissection un peu plus minutieuse.

Les points de suture furent ensuite appliqués dans l'étendue des trois quarts supérieurs de l'incision. Le quart inférieur ne fut pas suturé pour permettre au pus de s'écouler facilement. Le pansement consista en application de charpie imbibée d'eau alcoolisée.

La réunion se fit par première intention, sauf dans le quart inférieur, où la suppuration fut insignifiante. Huit jours après, la malade était guérie.

J'ai revu notre opérée il y a un mois; elle est très-heureuse d'avoir été débarrassée, chez elle, de son mal, et elle me remercie autant, je crois, de ne pas l'avoir envoyée à l'hôpital que de l'avoir guérie.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

DOUZIÈME LETTRE

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DANS L'ALLEMAGNE DU NORD ET DU SUD. — DE LA CONSTITUTION DU CORPS ENSEIGNANT DANS LES UNIVERSITÉS. — LES ÉTUDIANTS. (*Suite et fin.*)

I

Leipsig, 10 juin 1876.

Monsieur le directeur,

Nous donnerons maintenant le plus de renseignements qu'il nous sera possible sur la question du traitement des professeurs allemands. En Prusse, dans la Hesse, dans le grand-duché de Bade, dans le Meklembourg, dans le duché de Weimar, en Alsace, aucune loi ne règle d'une manière formelle le traitement des maîtres. Dans la pratique on ne descend pas au-dessous d'un chiffre minimum, mais les rétributions n'ont point de limite légale.

En Prusse actuellement elles varient :

A Kœnigsberg	de 2,250 à 6,500 fr.
A Berlin	de 4,500 à 9,000
A Greifswald	de 4,000 à 6,750
A Breslau	de 4,500 à 9,000
A Halle	de 4,000 à 7,200
A Kiel	de 6,450 à 7,400
A Gœttingue	de 4,500 à 9,500
A Marbourg	de 4,500 à 7,400
A Bonn	de 6,450 à 8,250

Mais ces chiffres extrêmes, empressons-nous de l'ajouter, n'ont rien de stable en ce qui concerne le chiffre maximum surtout. D'ailleurs il faudrait ajouter les indemnités de logements attribuées aux membres du corps enseignant quand ceux-ci n'habitent pas dans les instituts.

En Suisse, le traitement des professeurs ordinaires varie de 3,000 à 5,000 francs, à Berne et à Bâle; à Zurich il varie de 2,500 à 4,000 francs. Les professeurs extraordinaires ne sont point payés à Bâle, ils ont 1,600 francs environ à Berne et de 1,000 à 2,000 francs à Zurich. En dehors de cela, les conseils de finances de ces républiques disposent de fonds assez considérables destinés à améliorer la situation de tel ou tel professeur, à retenir tel autre dans les universités du pays.

En Russie, à Dorpat, les professeurs ordinaires reçoivent 2,400 roubles, soit environ 10,000 francs, et les extraordinaires 1,700 roubles, soit 6,800 francs ou à peu près. Ici de même, les traitements n'ont

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 octobre.

rien de fixe et varient avec l'importance que l'université et le gouvernement attachent à la présence et à l'enseignement d'un maître.

A Tubingue, dans le Wurtemberg, les traitements sont fixés d'après trois classes :

1re Classe	4,400 marcs.
2e Classe	4,000
3e Classe	3,600

En Bavière, les traitements des professeurs ordinaires sont fixés pour les trois universités du royaume, Erlangen, Wurtzbourg et Munich, à 4,000 francs, et ceux des extraordinaires à 3,000 francs environ. En dehors de cela, il y a une augmentation après les cinq premières années de service. Le professeur ordinaire reçoit alors 400 francs de plus, et l'extraordinaire 200; puis le traitement s'augmente dans les deux catégories de professeurs de cinq années en cinq années de 200 francs. Il nous a même été dit qu'à Munich les professeurs pouvaient toucher une augmentation de 280 à 350 florins (B. W.) dans les années où la vie matérielle était par trop chère.

En Autriche, les traitements ont été souvent changés. Nous n'avons pas à revenir sur ce que nous en avons dit au temps de Van Swieten.

La loi du 9 avril 1870 a fixé le traitement des professeurs ordinaires dans toutes les Facultés, moins celle de théologie à 2,200 florins (Œ. W.) pour Vienne; à 2,000 pour Prague, à 1,800 pour les autres cités universitaires (Graz, Insbruck, etc.).

Comme en Bavière, ce traitement de chaque professeur, d'après la même loi, s'augmente après chaque période de cinq années, si toutefois elles ont été passées dans une université autrichienne, de 200 florins pour le professeur ordinaire. Cette clause favorable cesse d'être applicable après la vingt-cinquième année de service de l'ordinaire.

L'indemnité de logement pour les professeurs ordinaires qui n'habitent pas les instituts, qui n'ont pas d'appartement officiel, peut monter à 400 florins. Depuis le 15 avril 1873, un règlement a fixé les suppléments (pour leçons, cours, démonstrations additionnels) de 200 à 800 florins d'après le rang du professeur; en sorte qu'à Vienne le traitement total d'un ordinaire est d'environ 1,200 florins.

Une clause spéciale, insérée dans le décret du 9 avril 1870, permet d'ailleurs au ministre de dépasser de beaucoup, en Autriche, les chiffres que nous venons d'indiquer.

Mais ce qui n'existe point en France et ce qui contre-balance au plus haut point ce que ces séries de traitements peuvent offrir de modeste aux yeux des personnes qui ont souvent entendu vanter le chiffre convenable des rémunérations universitaires, c'est que, partout en Allemagne, les professeurs des universités peuvent faire avec les gouvernements des *contrats particuliers*, et c'est ainsi que l'Allemagne rémunère d'une façon digne de la science ses professeurs les plus illustres. Tel maître touche un traitement annuel de 15,000, 16,000, 20,000 francs; tel autre de 25,000 et même de 30,000 francs. Il nous suffira de citer M. de Recklenghausen dont la seule chaire, en dehors des honoraires des étudiants, rapporte 30,000 francs. Avec les honoraires des étudiants c'est une chaire qui vaut plus de 40,000 francs. On objectera qu'il s'agit ici de la Faculté de médecine, de l'université de Strasbourg, et que le gouvernement prussien n'hésite à faire aucun sacrifice; mais croit-on donc qu'une Faculté de médecine comme celle de Paris, n'a pas elle aussi pour l'enseignement des sciences une importance considérable dans notre pays? N'est-il pas vrai que tout en tenant compte du concours des Facultés de province et même si l'on veut des écoles secondaires, c'est sur les maîtres de la Faculté de Paris qu'a reposé et que repose encore l'instruction scientifique de plus de la moitié de la France médicale; et n'est-il pas vrai, étant donné le nombre des étudiants en médecine de Paris (1) qu'un si énorme labeur n'a pas été jusqu'ici rétribué à sa véritable valeur?

(1) En 1875, 469 thèses de doctorat ont été soutenues à la Faculté de Paris; 12 officiers de santé et 81 sages-femmes ont été reçus; 57 élèves de la Maternité ont été aussi promues sages-femmes. Le chiffre total des étudiants en médecine de Paris varie entre 5,000 et 6,000.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le président de la République, lors de sa visite à l'hôpital de Besançon, a remis la croix de chevalier de la Légion d'honneur, à M. Chenevier, chirurgien en chef.

— *La micrographie dans les hôpitaux.* — On sait, dit la *France*, que, l'année dernière, l'Assistance publique, se conformant au vœu des médecins professeurs des hôpitaux, a établi à l'hôpital de la Charité un laboratoire de micrographie où sont installés des appareils spéciaux destinés à l'étude des éléments constitutifs des tissus morbides. Des améliorations importantes avaient été également introduites à l'amphithéâtre de Clamart, en vue de favoriser le développement des études de ce genre, reconnues aujourd'hui indispensables à l'enseignement médical.

Nous apprenons aujourd'hui que, sur la demande de M. le docteur Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, une construction spéciale va être faite dans cet hôpital pour y installer un laboratoire complet de micrographie. Ce laboratoire, qui sera placé dans la cour et contigu au grand amphithéâtre, sera très-largement aéré et éclairé, et recevra les appareils les plus récents appropriés à l'étude microscopique des affections de la peau.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'approuver les devis dressés pour la construction de ce laboratoire, et ils seront soumis prochainement au conseil municipal.

— Le dimanche 15 octobre aura lieu à Lure (Haute-Saône) l'inauguration du buste du célèbre chirurgien Desault, né en 1744, au Magny-Vernois, arrondissement de Lure, et mort en 1795.

Ce buste, coulé en bronze, est dû au ciseau d'un de nos artistes les plus distingués, M. Iselin, et a été offert par lui à la ville de Lure. Il sera érigé sur une des fontaines qui ornent la rue principale de cette ville.

— *Un prétendu manuscrit de Denis Papin.* — C'est par erreur que les journaux politiques et plusieurs journaux de médecine ont annoncé l'acquisition récente par la Bibliothèque nationale d'un *Traité des opérations sans douleur* attribué à Denis Papin. Depuis 1875, le département des manuscrits n'a acquis que deux volumes de médecine : l'un, qui contient des fragments d'ouvrages, est du dixième siècle; l'autre, est un *Traité d'astrologie et d'obstétrique* (milieu du quinzième siècle). Ces ouvrages n'ont rien de commun avec le traité dont les journaux ont parlé et qui n'existe pas à la Bibliothèque. (*Gaz. heb.*)

— La fièvre jaune qui s'est déclarée, il y a plus d'un mois, à Savannah (Georgie) continue ses ravages. L'épidémie s'est étendue à plusieurs autres villes, et même jusque dans le Maryland. Le *New-York Herald* annonce que le service des steamers a été interrompu entre Savannah et Baltimore, quinze cas de fièvre jaune ayant été constatés dans cette dernière ville. On répand partout du chlorure de chaux, et l'on brûle du goudron dans les rues.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la pupille. Anatomie, physiologie, sémiologie, par le docteur Drouin. — 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. Prix : 7 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'épididymite syphilitique, précédée de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire, par le docteur Balme. — In-8° de 86 pages. Prix : 2 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'intelligence, par M. H. Taine. Analyse, par le docteur Ch. Féa. In-8°. Prix : 2 francs. — Ve Adrien Delahaye et Ce.

Étude sur les troubles de l'intelligence, des penchants de la sensibilité et de la motilité chez les épileptiques, par le docteur Pivion. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance dernière, la lecture de M. Magne sur l'allaitement et le sevrage des enfants et des jeunes animaux a été accueillie, avons-nous dit, par les protestations de plusieurs de ses collègues. Pour M. Bouley, c'était une erreur et une erreur dangereuse que d'établir une assimilation complète entre les herbivores et les carnivores, au point de vue des conditions de leur alimentation dans le premier âge, et de se croire autorisé à déduire des pratiques de l'élevage des jeunes herbivores, des applications à l'élevage de l'enfant. Pour M. J. Guérin les conclusions du mémoire de M. Magne étaient scientifiquement mal fondées et dangereuses pour la pratique. Enfin M. Depaul protestait énergiquement contre les conclusions de son collègue, établissant une différence énorme, à l'égard de l'alimentation, entre les enfants et les animaux, ajoutant que les enfants ne s'élèvent pas seulement par l'alimentation.

Que renfermait donc ce mémoire de M. Magne pour soulever, sur une simple audition, une aussi vive opposition? Nous en avons indiqué l'objet, nous allons essayer aujourd'hui d'en résumer ici les points principaux. Mais, auparavant, commençons par dire que M. Magne n'a pas entendu exprimer des propositions formelles, formuler des règles et édicter des préceptes. Il a eu des doutes, il a cherché à les éclaircir dans la comparaison, et cette comparaison il l'a prise naturellement dans l'ordre de faits dont la connaissance lui est plus familière, dans la zootechnie; et ces termes de comparaison eux-mêmes, il les a soumis au contrôle et aux lumières de la chimie. Enfin ces doutes qu'il conserve encore, n'ayant pas la prétention de les avoir dissipés par ses réflexions et par les considérations auxquelles il s'est livré dans son travail, il les soumet loyalement à ses collègues.

Maintenant, quelles sont ses vues principales?

M. Magne s'est proposé d'examiner particulièrement ou plutôt de soulever les deux questions suivantes :

1° Le lait constitue-il la seule nourriture qui convienne aux enfants jusqu'à l'âge d'un an? Doit-on attendre cet âge pour ajouter au lait de la mère d'autres aliments plus substantiels? Manquant de notions directes sur les quantités de principes alimentaires que peuvent réclamer les enfants après l'âge de six, sept et huit mois, M. Magne se base principalement sur des faits observés en grand dans l'hygiène vétérinaire.

Les cultivateurs qui croyaient aussi autrefois qu'un long allaitement était nécessaire pour produire des animaux robustes, que le sevrage devait avoir lieu à l'âge d'un an ou même plus tard, sont revenus de cette pratique et ont adopté aujourd'hui l'usage d'un sevrage beaucoup plus précoce et d'une alimentation artificielle beaucoup plus substantielle. Et ces changements, ajoute M. Magne, ont été introduits dans la pratique graduellement, ce qui prouve qu'on les trouve avantageux.

Or que donne-t-on aux jeunes animaux? Des œufs, de la farine de graine de lin dans laquelle se trouvent en abondance des corps gras, des albuminoïdes et des matières minérales, des mélanges de féveroles et de farine de maïs, des mélanges de son, de froment et d'avoine; en un mot, une nourriture qui représente à peu près la composition du lait, mais qui est préférable à ce dernier, parce qu'elle est infiniment moins aqueuse et plus substantielle.

2° Quels sont les aliments que réclament en général les jeunes sujets, les animaux comme les enfants?

La nourriture que donnent généralement les mères et les nourrices à leurs enfants après qu'elles ont cessé de les allaiter, c'est-à dire en général à la fin de la première année, peut-elle suffire au développement des organes. Examinant un à un les aliments habituellement recommandés pour préparer les enfants au sevrage, le pain, le riz, la fécule, M. Magne ne trouve dans aucun d'eux les quantités de matières azotées ni de matières minérales nécessaires à la formation de divers tissus de l'économie.

Il pense, par analogie, que pour les enfants les œufs crus ou cuits et hachés, la viande, le pain, les farines des graines oléagineuses, les farines de graminées, les farines des légumineuses, fort différentes les unes des autres par leur composition chimique et par leur propriétés hygiéniques, fourniraient le moyen de répondre à tous les besoins.

Enfin M. Magne propose, dans son travail, d'ajouter au programme de la commission sur l'hygiène de l'enfance, une addition à la sixième question, qui pourrait être ainsi conçue: « Suivant la profession des parents. » Si on signalait, dit-il, et cela arriverait probablement, une différence dans la mortalité des enfants, selon que les parents ou les maris des nourrices seraient ouvriers, petits propriétaires, cultivateurs ou bourgeois, on aurait indirectement une indication utile à la pratique, ces trois catégories d'habitants ne nourrissant pas leurs enfants de la même manière.

Tels sont les points principaux du travail de M. Magne que

nous tenions à mettre un peu en relief, afin de mettre d'abord nos lecteurs à même d'en apprécier l'esprit et la valeur, et de permettre également de juger les protestations et les objections dont il a été l'objet.

M. Bouley, dans la dernière séance, se plaçant au point de vue zootechnique d'où est parti M. Magne, lui a reproché, avons-nous dit, d'avoir assimilé à tort les herbivores et les carnivores, au point de vue des conditions de leur alimentation dans le premier âge, et de s'être indûment autorisé à déduire, des pratiques de l'élevage des jeunes herbivores, des applications à l'élevage des enfants. Il a rappelé, en effet, que les herbivores étant beaucoup plus précoces que les carnivores, cela impliquait évidemment qu'ils devaient être bien plus tôt que les carnivores aptes à vivre d'une vie indépendante, à se nourrir plutôt d'autres substances, que du lait de leur mère; tandis que les carnivores naissant aveugles et privés de la faculté de déplacement, restent absolument dépendants de leur mère dès les premiers temps de leur vie et ne peuvent être réellement nourris que de leur lait.

Dans la séance d'hier, M. Devilliers est intervenu avec l'autorité que lui donne la part importante qu'il a prise et qu'il continue à prendre dans les travaux de l'Académie afférents à cette question; et, comme ses collègues, il regrette la tentative révolutionnaire de M. Magne en un point de doctrine et de pratique qu'il considère comme définitivement établi par les travaux de l'Académie, et par les discussions qui en ont préparé l'élaboration.

L'honorable rapporteur de la commission de l'hygiène de l'enfance n'admet pas davantage l'addition que M. Magne propose de faire au sixième paragraphe du programme.

M. J. Guérin est revenu à la charge, mais moins pour accabler M. Magne de nouvelles critiques, que pour atténuer au contraire en partie toutes celles qui lui ont déjà été faites et les siennes propres, en faisant remarquer d'une part le caractère essentiellement scientifique du travail de M. Magne, et en montrant d'autre part que, dans une certaine limite, l'observation de son collègue sur l'abus que l'on pouvait faire, dans quelques circonstances, de l'allaitement maternel indéfiniment prolongé n'était pas entièrement dénuée de fondement, et qu'il y a à cet égard quelque chose à faire, mais pas absolument dans le sens indiqué par M. Magne qui conduirait à des dangers que tout le monde connaît.

La discussion n'étant pas terminée, nous aurons à y revenir, et notamment à apprécier la réponse que M. Magne a faite à ses contradicteurs.

Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Legrand du Saulle.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

B. — *Accès incomplets.* — L'accès incomplet est une manifestation épileptique intermédiaire entre le vertige et l'attaque convulsive. Il est principalement caractérisé par des mouvements convulsifs partiels ou plutôt des contractions involontaires de certains muscles de la face ou des membres, du mâchonnement et une sorte de déglutition automatique.

Le malade, dans n'importe quelle attitude, s'arrête tout à coup : sa tête tourne lentement d'un côté, sa face pâlit un peu et revêt surtout une expression d'étonnement indigné, de terreur ou de fureur; puis l'un des côtés du corps se raidit, la respiration se suspend, le visage se colore, un certain mâchonnement se produit, et l'on entend dans la gorge un bruit analogue à celui de la déglutition qui se fait à vide. Il n'y a ni cri initial, ni chute. Au bout de dix à trente-cinq secondes, tout rentre dans l'ordre, et l'on n'observe plus que de la demi-hébétude et de la lourdeur de tête.

Ces « fausses crises », comme les appellent certains malades, reviennent à des époques fixes ou irrégulières et sont toujours invariablement les mêmes; elles sont calquées les unes sur les autres, identiques en tous points, stéréotypées. Une fois que l'accès incomplet s'est produit chez un individu de la façon qui vient d'être décrite, l'empreinte est prise et le cliché reste. A chaque accès subséquent, une nouvelle épreuve est tirée.

Il n'existe aucune différence entre l'accès incomplet et le début de la grande attaque. L'accès incomplet, en effet, représente fidèlement l'attaque réduite à ses symptômes initiaux. L'un est le diminutif de l'autre.

Si cet accès est incomplet au point de vue des troubles des mouvements, il ne l'est pas moins sous le rapport de la perte de connaissance, du manque de projection à terre et de la perturbation consécutive de la mémoire. Les malades rapportent, par exemple, qu'ils ont comme un souvenir confus qu'il vient de leur arriver quelque chose de douloureux ou d'horrible; qu'ils ont comme un fragment de souvenir d'une anxiété pénible; qu'ils croient avoir été les témoins d'un événement sinistre ou qu'il leur semble avoir fait un rêve affreux. En faisant un très-grand effort, ils essayent même de retracer quelques réminiscences partielles de leur aventure psychique, mais leur mémoire est littéralement en lambeaux, et ils n'y parviennent point ou alors très-confusément.

Pendant toutes les autres manifestations épileptiques, le malade perd entièrement connaissance, est dans l'impossibilité de parler, reste étranger à tout ce qui se passe autour de lui et ne conserve aucun souvenir de sa crise; mais il peut, pendant l'accès incomplet, exprimer des sons, bredouiller, et faire entendre quelques mots incohérents et peu compréhensibles ou quelques monosyllabes trahissant une affliction émue ou une vive frayeur. Quelquefois il prononce assez distinctement le même mot un grand nombre de fois, et cela avec une étrange volubilité. Il s'arrête tout à coup : l'accident est fini. Au point de vue du diagnostic, ce signe a une importance considérable et vient s'ajouter aux particularités spéciales déjà signalées. En matière d'épilepsie, un trouble intellectuel quelconque pendant la crise révèle donc nécessairement un accès incomplet. Il importe d'autant plus d'insister là-dessus que Trousseau a pu s'y méprendre et attribuer, par exemple, à des vertiges, les deux cas très-curieux d'accès incomplets qui vont suivre.

Un ecclésiastique, au moment où il remplissait les fonctions de diacre et encensait son évêque officiant, éprouva un malaise comitial et continua d'encenser, tout en tournant la tête d'une façon bizarre et tout en grimaçant de telle sorte que l'accident n'échappa à personne. Sujet à ces troubles si caractéristiques, il les avait eus souvent, lorsqu'il était en chaire ou qu'il célébrait la messe, sans jamais avoir été obligé d'interrompre son sermon ou de quitter l'autel; mais comme il avait laissé parfois échapper des paroles décousues ou étranges, et comme il lui était arrivé de chanter d'une manière grotesque, on fut obligé de lui interdire l'exercice de son ministère.

Le président d'un tribunal de première instance, homme d'une intelligence élevée et historiographe des plus distingués, vint un jour consulter Trousseau. Il lui arrivait quelquefois de

(1) Suite. — Voir les numéros des 3 et 5 octobre.

se lever brusquement de son siége pendant une plaidoirie, d'aller dans la chambre du conseil, de balbutier quelques mots, de s'apercevoir de sa méprise et de rentrer bien vite dans la salle d'audience. Tout cela s'exécutait en une demi-minute. Suivi une fois, entre autres, par des huissiers, il fut trouvé urinant en pleine salle du conseil. Trousseau crut de son devoir d'avertir son beau-père; il le prévint que M. X... était épileptique, que les accidents pouvaient très-certainement augmenter d'intensité, et qu'afin de ne point l'exposer à compromettre sa position de magistrat, il valait mieux qu'il donnât de suite sa démission. Il s'y refusa. A peu de temps de là, et un jour qu'il présidait une audience, M. X... se lève, fait quelques pas dans la salle et tient le plus bizarre langage. Le public de rire. Bien qu'il eût promptement regagné son fauteuil et que sans trouble appréciable de l'intelligence il eût continué à diriger les débats, les juges le prévinrent avec ménagement qu'il avait donné lieu à une scène de désordre. Il donna sa démission. M. X... était membre d'une société d'historiographes qui tenait ses séances à la préfecture de la Seine. Un jour il quitte brusquement la réunion, articule quelques mots inintelligibles, descend l'escalier, traverse rapidement la place de l'Hôtel-de-Ville et arrive sur le le quai de Gèvres. Saisi par le froid (c'était en hiver), il s'arrête, s'aperçoit qu'il n'a ni son paletot ni son chapeau et rentre au plus vite à la préfecture. Sa femme, qui veillait sur lui avec la sollicitude la plus tendre et la plus éclairée, rendait compte à Trousseau de toutes les circonstances qui marquaient les accidents épileptiques. M. X... faisait-il le soir une lecture, elle le voyait s'arrêter à un certain moment, rester sur le dernier vers ou sur le dernier membre de phrase, le répéter avec volubilité, et après quelques secondes, qui avaient suffi pour troubler l'expression ordinaire de sa physionomie, il reprenait son livre.

Parmi les observations très-concluantes que j'ai recueillies, je détacherai seulement la suivante.

Une jeune dame, nouvellement mariée, tient son salon, un jour de réception. Au milieu de la conversation, elle se tait tout à coup, pâlit, déglutit à vide, se lève, fait quelques pas d'une marche mal assurée, se heurte au premier obstacle et dit : « Ah! ah!... pourquoi le tuer?... ah! il n'est pas mort... c'est affreux! » Son air un peu effaré s'efface, son étonnement se dissipe, sa coloration faciale redevient normale, et elle continue à recevoir ses visiteurs avec autant d'entrain qu'auparavant. Une heure ou deux après, elle est un peu triste et paraît préoccupée, puis tout est dit. Le lendemain, en se remémorant les visites qu'elle a reçues et en en prenant note, elle oublie de mentionner la plupart des personnes qui étaient présentes au moment de l'accident. On lui fait remarquer l'infidélité de sa mémoire, mais elle soutient que telles et telles personnes ne sont pas venues chez elle la veille, et elle se fâche. Deux mois après, à l'Opéra, au commencement même de la représentation, elle quitte sa loge, se retire dans le petit salon qui la précède, balbutie quelques mots, dérange sa coiffure, ôte un bracelet et fait le geste de s'accroupir. On l'entoure aussitôt, on lui fait prendre l'air; elle revient à elle et insiste pour être ramenée à son hôtel. On la déshabille et l'on constate qu'elle a laissé échapper des matières fécales. La famille s'inquiète, tout en attribuant l'événement à la chaleur très-élevée qui régnait dans la salle, et mon avis est réclamé. Avec toutes les précautions voulues, j'atteste l'origine épileptique des deux seuls malaises que l'on m'accuse et que j'ai rapportés, puis l'on va prendre conseil de plusieurs autres médecins. On crut à un début possible de grossesse et l'on s'endormit dans une sécurité radieuse. Mais de nouveaux accès incomplets survinrent, l'espérance d'une grossesse ne se réalisa point, l'épilepsie devint officielle et l'on acquit la conviction que la famille de la jeune femme n'avait point avoué, avant le mariage, tout une série de malaises antérieurs déjà fort inquiétants, dont la signification clinique n'avait point été soupçonnée et pour le traitement desquels on n'avait rien institué de sérieux. Une séparation amiable allait intervenir lorsque je fus rappelé. J'affirmai que les accidents pouvaient être éloignés d'abord et peut-être entièrement suspendus, sous l'influence d'une persévérante médication bromurée, et la réconciliation s'est opérée entre les époux et entre les deux familles. Deux enfants sont nés de cette union. L'aîné a un pied-bot.

Ici même doit se placer la description obligée d'un phénomène tout à fait surprenant. Voici un individu qui vient d'éprouver un accès incomplet : il est tout à fait revenu à lui, il parle, va et vient, s'occupe de ses affaires, sans que l'on saisisse chez lui le plus léger trouble mental, puis il est repris d'un nouvel accès incomplet, et, cette fois, quand tout est fini et que la conscience est bien présente, il a complétement oublié tout ce qu'il a dit ou fait pendant l'intervalle de lucidité apparente. Et cependant, la raison avait paru irréprochable à tout le monde, pendant cet espace de temps qui a été soit de plusieurs heures, soit même d'un jour ou d'un jour et et demi!

Un tailleur, âgé de trente ans, a un accès incomplet à neuf heures du matin. A onze heures il déjeune, et à midi il part pour Neuilly. Il revient chez lui à deux heures et demie, rapportant les habits qu'il a portés à l'essai. A quatre heures, il éprouve un nouvel accès incomplet, reprend connaissance, aperçoit le paquet de vêtements qu'il a rapportés, le met sous son bras et reprend à cinq heures la voiture publique de Neuilly. Il apprend là qu'il est déjà venu dans la journée et qu'il a marqué à la craie certaines corrections qui doivent être faites. Ne se souvenant de rien, il nie avec assurance, puis il ouvre son paquet, reconnaît que les habits ont été effectivement essayés, est frappé de stupéfaction et se retire en balbutiant des excuses.

Cet épileptique-là ressemble de point en point à l'homme endormi et qui rêve, que l'on réveille, avec lequel on cause quelques instants, qui se rendort, reprend le rêve interrompu, et qui, à son réveil définitif, ne se souvient ni d'avoir été éveillé ni d'avoir parlé.

Entre deux accès incomplets, l'intelligence peut non-seulement se recouvrer, mais même s'élever très-haut. Et d'abord, il n'est pas vrai, comme on a tenté de l'avancer, que tout épileptique soit aliéné. Cette opinion n'a été soutenue que par des médecins qui, dans des établissements spéciaux, ne donnent leurs soins qu'à des épileptiques aliénés, mais j'ai établi que sur quarante mille épileptiques, trente-six mille vivaient en liberté. Il importe donc de franchir le seuil des hospices ouverts à la folie et de rester sur le terrain de la pratique courante.

Une circonstance rend parfois très-obscur le diagnostic des accès incomplets : certains malades n'ont jamais que des malaises nocturnes. A tout prendre, ce sont encore les privilégiés! Souvent ils ne se doutent pas de la signification réelle de la céphalalgie, de la myriade de pétéchies presque imperceptibles imprimées sur le front, de quelques taches ecchymotiques du blanc de l'œil, de l'émission involontaire du liquide excrémentitiel, des éraillures et morsures de la langue, et des autres symptômes moins accusés qui les surprennent si désagréablement à leur réveil. Ces malades sont pour le moins aussi dangereux que ceux dont les crises sont diurnes, et que les verti-

gineux ou les convulsifs. Delasiauve a soigné à Bicêtre un aliéné qui, à la suite d'un calme soutenu, avait obtenu sa réintégration dans la société. Après une série d'accidents nocturnes non soupçonnés, il tua sa femme! J'ai connu autrefois un jeune officier, parfaitement renseigné sur sa situation maladive, qui, toutes les fois qu'il avait eu des accidents pendant la nuit, était poursuivi le lendemain matin, en se faisant la barbe, par une envie démesurée de se couper la gorge.

Les deux exemples qui précèdent nous conduisent tout naturellement à l'examen de ce que l'on a appelé *l'impulsion*.

L'impulsion, en général, est un phénomène psychique en vertu duquel un individu est impérieusement poussé à commettre un acte. L'impulsion maladive est quelquefois si brusque, si inattendue, si violente, que l'exécution de l'acte en est la conséquence nécessaire, fatale et immédiate. C'est un symptôme commun à plusieurs états pathologiques de l'intelligence, mais tout particulièrement lié à la folie héréditaire et au trouble mental épileptique, et qui n'a par lui-même qu'une valeur relative. Il n'acquiert une importance marquée que lorsqu'il se montre concurremment avec d'autres phénomènes nettement définis qui accroissent alors sa signification véritable. L'acte malfaisant auquel a conduit l'impulsion n'est donc plus la caractéristique d'une forme nosologique : c'est un épisode qui traverse le cours d'une maladie préexistante. Pour qu'un diagnostic soit scientifiquement exact, il faut donc non pas seulement constater l'impulsion, mais retrouver tous les autres caractères de la névrose, à la suite de laquelle cette impulsion s'est produite. Sans cela, le diagnostic, ne reposant que sur une base insuffisante, sera nécessairement discutable et flottant.

A la suite d'un vertige, d'un accès incomplet ou d'une attaque convulsive, un épileptique peut avoir un désir spontané, involontaire, immodéré, d'accomplir une action fâcheuse. A chaque manifestation comitiale nouvelle, le même désir s'impose. Une lutte s'établit, le crime paraît odieux, et l'obsession est repoussée. Dans quelques cas, le malade, après une anxieuse délibération mentale, sent que sa volonté l'abandonne, que ses forces sont défaillantes, que sa résistance diminue de plus en plus et qu'il va enfin frapper autrui ou se frapper lui-même, mais la raison l'emporte encore, et, par un dernier et suprême effort, il livre le secret qui torture sa vie, à certains moments, et il invoque une intervention étrangère ou la protection de l'autorité.

L'impulsion est bien plus souvent brusque, impérieuse et irréfléchie. Elle éblouit, domine, fascine, supprime la volonté, arme le bras et immole. C'est une sorte de convulsion mentale, qui ne laisse après elle qu'un souvenir confus ou nul du crime accompli.

Un forgeron, qui avait toujours passé pour être doux, bien portant et inoffensif, travaille avec l'un de ses camarades. A un moment donné, son camarade se penche sur l'enclume et le forgeron lui assène tout à coup sur la nuque un violent coup de marteau, qui détermine une grave blessure. On arrête le forgeron, on l'interroge immédiatement, et, dans son trouble, il invoque pour se justifier de prétendus motifs de vengeance. On fait une enquête minutieuse, et l'on découvre l'épilepsie, et tout son cortége obligé de phénomènes spéciaux, l'absurdité d'une vengeance possible et la réalité d'une impulsion pathologique.

L'impulsion homicide est souvent précédée d'une sensation morbide qui part invariablement d'un point déterminé du corps et qui monte rapidement jusqu'au cerveau. Absolument analogue à l'*aura epileptica*, cette sensation permet au malade d'avertir qu'il va frapper et devenir dangereux. Et, de fait, il se précipite presque aussitôt sur la personne qui est le plus à sa portée. J'ai connu un sieur C..., âgé de trente ans, qui avait été condamné à mort par un conseil de guerre pour d'inexplicables voies de fait envers son supérieur, et qui, dès qu'il se sentait envahi par une aura épigastrique, criait précipitamment : *Gare!* A peine la menace avait-elle été entendue que la violence se produisait déjà. C... n'avait jamais eu d'attaques convulsives; il avait conscience de son état et était extrêmement affligé des brutalités sans nom qu'il avait commises dans sa vie. Sur sa propre demande, il est entré dans une maison de santé, puis on a dû le diriger sur l'asile de Clermont (Oise).

Gall a connu un paysan de vingt-sept ans, sujet à des attaques d'épilepsie, qui éprouvait un irrésistible penchant au meurtre. Dès qu'il se sentait envahi par le désir de tuer, il demandait qu'on l'enchaînât et éloignait sa mère. L'accès passé, le malade se faisait délier, déplorait ses tendances homicides, regardait l'assassinat comme le crime le plus épouvantable et s'estimait heureux de n'avoir attenté à la vie de personne.

Skae, médecin de l'asile de Morgninside, a rapporté l'observation d'un malade dont l'aura partait des orteils, gagnait l'abdomen, la poitrine et la tête, et amenait les déterminations les plus imprévues. « Il se sentait poussé à des actes de violence contre les autres et contre lui-même. Une fois, il essaya de se tuer, mais, le plus souvent, il était poussé à assaillir les autres. Ce malheureux déplorait sa triste condition. Il en parlait avec pleine intelligence et donnait, sur son passé et sur ses sentiments actuels, tous les détails désirables. » A une date postérieure, Skae a donné des nouvelles de ce malade : « Il continue, a-t-il dit, à souffrir de l'aura épileptique et à présenter d'autres symptômes très-voisins de l'épilepsie. »

Maudsley a connu une dame de soixante-douze ans, sujette à des paroxysmes fréquents de colère convulsive, qui faisait chaque fois d'énergiques efforts pour étrangler sa fille qu'elle chérissait tendrement et dont elle était très-aimée. Tout d'un coup elle devenait furieuse, en criant : « Il faut que je la « tue! » et elle sautait sur sa fille pour l'étrangler. Durant cette scène, elle déployait tant de force qu'une seule personne pouvait difficilement la contenir; mais, au bout de quelques minutes de lutte, elle s'affaissait épuisée : « Vous le voyez, « disait-elle, vous ne voulez pas croire que je suis méchante! » L'accès avait, chez elle, toute l'apparence d'une convulsion mentale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1876. — Présidence de M. CHATIN.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1875, dans les départements de l'Aisne, de la Loire-Inférieure et des Basses-Pyrénées. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur l'*anthrax*, par M. le docteur Charles Brame (de Tours). (Commission : MM. Charcot, Alphonse Guérin et Léon Lefort.)

2° Un mémoire sur la *fièvre catarrhale*, par M. le docteur Girbal (de Montpellier).

PRÉSENTATIONS

M. DEVILLIERS offre en hommage, au nom de M. le docteur Brochard, un ouvrage intitulé : *Manuel pratique du sevrage, guide des mères et des nourrices.*

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. le docteur Raymondaud, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Limoges, une brochure intitulée : *Le clou de Biskra à l'hôpital de Limoges.*

M. DEVERGIE, au nom de M. le docteur Moncorvo de Figueiredo (de Rio-de-Janeiro), un mémoire sur la lèpre dactylienne du Brésil et du Portugal. (Commission : MM. Devergie, Hillairet, Hardy et Leroy de Méricourt.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. Magne relatif à l'allaitement.

DISCUSSION SUR L'ALLAITEMENT

M. DEVILLIERS. Ce n'est pas sans inquiétude et sans regrets que nous avons entendu M. Magne émettre, dans la dernière séance, des propositions qui tendent à jeter des doutes sur des doctrines qui semblaient bien établies, après les travaux et les discussions de ces dernières années. Cette tentative de notre collègue pourrait avoir des conséquences et présenter des dangers plus grands qu'il ne le pense.

M. Devilliers, considérant comme suffisantes les observations de MM. Depaul et J. Guérin sur le fond même de la question, se borne à la proposition qu'a faite M. Magne d'ajouter une sixième question relative à la profession des parents. M. Devilliers ne croit pas que cette addition soit utile et qu'elle fût de nature à modifier ce que l'on sait sur les divers modes d'élevage et sur la mortalité des enfants dans certains pays.

Arrivant aux points principaux du travail de M. Magne, M. Devilliers fait remarquer que les propositions citées par son collègue, d'après un travail manuscrit déposé à l'Académie, sont la reproduction presque textuelle de quelques-uns des conseils hygiéniques dont l'Académie a approuvé la publication. Les objections que leur fait M. Magne s'adressent donc aussi au travail de la commission de l'hygiène de l'enfance. Or ces objections ne sont pas fondées et les analogies sur lesquelles M. Magne voudrait baser le régime alimentaire des enfants manquent de réalité.

M. Devilliers rapporte à cette occasion un fait qui lui a été communiqué par M. le docteur Bernard (de Montbrun), duquel il résulterait la démonstration de la différence notable qui existe entre les propriétés du lait de femme et du lait de chienne.

Quant au lait de femme, que l'on croit insuffisant pendant la première année, ce lait n'a-t-il pas été considéré par les physiologistes de tous les temps comme l'aliment le plus parfait que puisse recevoir l'enfant pendant la première année? Si l'on veut avoir des preuves que le lait suffit dans la majorité des cas pour nourrir les enfants pendant la première année, on n'a qu'à consulter les relevés statistiques et les observations que l'Académie publie chaque année, et on y verra que c'est dans les pays où l'allaitement maternel est le plus répandu et le plus prolongé pendant la première période de la dentition que la mortalité des enfants est la moindre.

Mais ce n'est pas à dire qu'il n'existe pas certaines circonstances dans lesquelles il faut imposer à l'allaitement des limites plus restreintes qu'à l'ordinaire. Ces cas existent, mais ce sont des exceptions.

M. Magne propose, pour remédier à la prétendue insuffisance du lait de la nourrice, des œufs crus, de la viande, etc. Nous savons tous ce que produisent souvent des essais de ce genre. Nous ne défendons pas d'ailleurs de faire quelques tentatives à la fin de la première année, après avoir consulté les forces digestives de l'enfant et l'y avoir préparé peu à peu ; mais M. Magne est certainement dans l'erreur lorsqu'il croit pouvoir réussir avec l'alimentation prématurée chez les enfants, comme on le fait chez les animaux.

Toutes les recherches faites depuis longtemps, toutes les statistiques concordent sur ce point que c'est l'alimentation prématurée, qui est la cause ordinaire du plus grand nombre de décès chez les enfants de tous les pays.

Il faut s'élever avec énergie, dit M. Devilliers en terminant, contre l'abus que l'on peut faire de l'alimentation artificielle. L'Académie dans son programme a bien fait de poser des règles générales, et il nous semble imprudent, après les efforts multipliés faits dans ces dernières années par le corps médical pour inculquer aux populations les saines doctrines de l'allaitement maternel, de venir remettre en doute les résultats heureux de cet allaitement.

M. J. GUÉRIN. Ce que l'Académie vient d'entendre, pourrait me dispenser d'entrer dans de grands détails sur tout ce que j'avais l'intention de dire. Cependant je ne voudrais pas, comme semble le penser M. Devilliers, qu'on pût croire que tout ce qui a été dit dans les rapports de la commission de l'hygiène de l'enfance est suffisant, et qu'il n'y a rien à dire après. Le travail que nous a lu M. Magne est un travail tout à fait scientifique, qui prouve que la question n'est pas tellement résolue qu'on ne puisse la discuter. M. Magne s'est placé à un point de vue différent de celui où s'était placée la commission dont M. Devilliers a été l'organe ; il s'est placé au point de vue physiologique et zootechnique. C'est sur ce terrain qu'il faut le discuter. Je crois, pour ma part, que les premières propositions de son travail reposent sur une erreur. Ainsi lorsqu'il dit que, parvenus à l'âge adulte, les hommes et les animaux diffèrent beaucoup par leur manière de sentir, par leur besoins divers, mais qu'entre les animaux qui tettent et les enfants à la mamelle, il n'y a pas la différence qu'il y aura plus tard, je crois qu'il se trompe. L'homme est homme depuis sa naissance, comme le cheval sera cheval toute sa vie. Ce n'est donc pas en se fondant sur l'analogie des fonctions du premier âge que l'on arrivera à résoudre la question posée. Aux raisonnements déduits de la physiologie il faut opposer ce que l'expérience a établi. Sans doute, il y a souvent des erreurs dans la tradition, mais il y a souvent aussi des vérités de fait qu'il faut savoir en dégager. Il s'agit, une fois le fait bien établi, d'en chercher la démonstration.

Je crois que lorsqu'on aura bien étudié la question, on arrivera peut-être à reconnaître que l'allaitement maternel, bien que fondé en principe, ne doit cependant pas être admis d'une manière absolue, qu'il est des cas dans lesquels il faudra le modifier et même peut-être lui substituer l'alimentation artificielle ; tels sont les cas, par exemple, où le lait de la femme est de mauvaise qualité ou en disproportion par la quantité ou sa composition avec les besoins de l'enfant. Voilà ce que je voudrais voir établir contradictoirement avec l'opinion généralement reçue et même avec l'opinion admise par la commission de l'Académie.

Mais M. Magne a voulu aller plus loin, il veut révolutionner le mode habituel d'alimentation des enfants et lui substituer en principe un mode d'alimentation artificiel, semblable à celui qui est en usage pour l'élevage de certains animaux. Or, tout le monde sait que le mode d'alimentation qu'il propose, entraîne chez les enfants la diarrhée, le marasme et en définitive le rachitisme. Voilà le point sur lequel je ne puis le suivre.

En résumé, je crois comme M. Magne qu'il y a quelque chose à faire, je suis convaincu, par des observations que chacun est à même de faire, qu'on a quelquefois abusé de l'allaitement maternel, qu'en prolongeant cet allaitement au delà de certaines limites, on fait des enfants lymphatiques. C'est là une exagération d'une bonne méthode, qui n'est pas sans inconvénient. J'adopterai donc non pas les idées de M. Magne, mais la critique qu'il a faite de ce qui se pratique généralement. Pour moi, ce n'est pas par la médecine comparée, ni par la chimie que l'on parviendra à résoudre cette question, mais par une observation bien faite. En conséquence, je concluerai contrairement à M. Magne, que pour les premiers mois de la vie de l'enfant c'est du lait qu'il lui faut, que lorsque le lait de la femme n'est pas suffisant, on peut utilement introduire le lait d'animaux dans son alimentation ; enfin que, comme le veut M. Magne, on peut donner un peu plus tôt qu'on ne le fait généralement des aliments plus solides.

M. MAGNE déclare qu'il ne serait pas excusable s'il entrait en discussion avec des collègues tels que MM. Depaul et Jules Guérin sur un sujet qui est en dehors de sa compétence. C'est un peu par le hasard des circonstances, qui lui a fait tomber sous les yeux des propositions dont il a été frappé tout d'abord, qu'il a été conduit à s'occuper de cette question et sans autre compétence que celle que

peut avoir tout père de famille. Il a cru pouvoir utilement appliquer ses connaissances zootechniques à l'étude de l'allaitement. S'il ne l'a pas fait avec plus de succès, il ne faut s'en prendre qu'à ce qu'il se sera fait sans doute le mauvais avocat d'une bonne cause. Mais il ne se félicite pas moins d'avoir provoqué cette discussion, voyant déjà que sur quelques points M. J. Guérin se rapproche un peu de sa manière de voir.

M. Magne engage ensuite la discussion avec M. Bouley, et répond de point en point aux objections de MM. Depaul, J. Guérin et Devilliers. Mais cette partie de son argumentation étant écrite, et son manuscrit n'ayant pas été déposé au secrétariat, il nous serait difficile d'en présenter ici un exposé suffisant.

M. BOULEY dit que M. Magne a semblé vouloir établir que le lait était un aliment insuffisant, et qu'il fallait trouver un lait artificiel. Il est surabondamment prouvé par ce que l'on observe chez la chienne et la truie, par exemple, que le lait des mammifères est plus que suffisant pour le développement des jeunes. La thèse soutenue par M. Magne est absolument antiphysiologique. Il est vrai, néanmoins, que l'on peut par des moyens artificiels accélérer le développement organique des jeunes. M. Bouley laisse aux hommes compétents le soin de déterminer quel avantage il pourrait y avoir à user de ces moyens pour les enfants.

M. MARROTTE demande si en hâtant le développement des jeunes on n'abrége pas leur existence.

M. J. GUÉRIN fait observer qu'aujourd'hui M. Magne a soutenu une autre doctrine que celle qu'il a défendue dans sa première communication, et le ramène à sa thèse première qui est de créer pour les enfants une alimentation primitive. Or cette thèse est jugée depuis longtemps; avec un pareil système, on n'obtient que des enfants rachitiques ou des enfants qui meurent de diarrhées ou d'affections intestinales. Aujourd'hui, la seconde doctrine qui nous est présentée par M. Magne consiste à trouver un aliment succédané du lait de la mère. Or ce succédané existe depuis longtemps, et il n'est pas besoin de l'aller chercher dans les moyens artificiels, les animaux eux-mêmes nous le fourniront en aussi grande quantité que nous voudrons; M. Guérin veut parler du lait de vache. Qu'on s'applique à augmenter le nombre des vaches laitières, dit-il, et on répondra complétement aux desiderata signalés par M. Magne. Mais il est complétement inutile de recourir aux laits artificiels de messieurs tels et tels qui ne sont qu'affaires de commerce et de charlatanisme.

LECTURE

Corps étranger de l'œsophage, œsophagotomie externe. — M. CAZIN (de Boulogne) lit une observation ayant pour titre : *Corps étranger de l'œsophage, œsophagotomie externe.*

Il termine en appelant particulièrement l'attention sur les quatre points suivants :

« 1° Le procédé de dissection du lobe latéral de la thyroïde préconisé par S. Duplay pour arriver plus facilement à l'œsophage, et rendu ici plus laborieux par l'existence d'un goître.

2° L'usage d'un instrument dilatateur et conséquemment conducteur très-simple, et qu'on peut se procurer partout.

3° La suture, séparée des deux tuniques du conduit œsophagien, précaution devant assurer la parfaite coaptation des surfaces saignantes et mettre la suture interne à l'abri des contractions musculaires de la couche extérieure. L'idée de cette modification m'a été inspirée par les remarquables expériences du professeur Colin sur les animaux.

4° La tentative qui consistait à laisser la sonde à demeure.

Je ne suis pas éloigné de penser que, malgré le peu de temps que la sonde a pu être gardée, le succès de la suture a pu être suffisamment préparée, et la soustrayant pendant vingt-huit heures au contact des liquides, à celui de l'introduction répétée d'une sonde, et en imposant à l'organe un repos proportionnel.

Le séjour de cet instrument dans les narines n'a pas, en somme, été trop pénible; il n'a déterminé aucune nausée ni de troubles de la respiration, logé qu'il se trouvait dans la rainure latérale du pharynx.

M. Cazin insiste ensuite sur ces points, qui justifient le choix qu'il a fait de cette voie pour pénétrer jusqu'à l'œsophage; l'introduction par la bouche eût rendu le maintien de la sonde à peu près impossible, et il eût été fort difficile de la fixer, ce qui avait lieu pour ainsi dire le soir même à l'orifice des fosses nasales.

Le travail de M. Cazin sera renvoyé à l'examen d'une commission.

La séance est levée à cinq heures.

Circulaire concernant la collation des grades par les jurys mixtes.

Monsieur le Préfet, le Ministère des finances vient d'adresser à MM. les Trésoriers-Payeurs généraux, concernant la perception des droits relatifs aux examens passés devant les jurys mixtes, une instruction dont j'ai l'honneur de vous envoyer copie.

Paris, le 17 août 1876.

Monsieur, aux termes de l'article 15 de la loi du 12 juillet 1875 sur la liberté de l'enseignement supérieur, les élèves des universités libres sont soumis aux mêmes règles que ceux des facultés de l'État, notamment en ce qui concerne les droits à percevoir. Pour l'exécution de cette loi, un décret en date du 16 août courant, rendu sur le rapport des Ministres de l'instruction publique et des finances, a déterminé certaines règles qu'il importe aux receveurs des finances de connaître. Je vais entrer dans quelques explications à cet égard.

Il convient tout d'abord de remarquer que les droits d'immatriculation, d'inscription, etc., sont versés directement à la faculté libre et lui restent acquis en totalité. Le décret précipité ne s'occupe, dès lors, que des droits consignés par suite des examens passés devant les jurys mixtes.

D'après l'article 1er du décret, « les droits relatifs aux examens passés devant les jurys mixtes, ainsi que les droits de certificat de capacité ou d'aptitude, de diplôme et de visa, seront versés entre les mains des secrétaires agents comptables des établissements d'enseignement supérieur de l'État. » Il a paru, en effet, que du moment que l'État avait un intérêt direct dans le produit des droits, la perception ne pouvait en avoir lieu que par les mains de ses secrétaires agents comptables. Leurs écritures se prêteront d'ailleurs facilement à la constatation des recettes du nouveau service, puisque déjà ils reçoivent des consignations qui sont ou remboursées aux élèves, ou converties en droits acquis.

L'article 2 est relatif à l'attribution et à l'imputation des droits recouvrés. D'après cet article, « les droits d'examen seront partagés par moitié entre l'Etat et l'université libre, » tandis que « les droits de certificat de capacité ou d'aptitude, de diplôme, de visa, de duplicata de diplômes et de certificats formant brevets, appartiendront en totalité à l'Etat, qui seul a qualité pour délivrer lesdits certificats et diplômes. »

A cet effet, et aux termes de l'article 3, « la portion des droits d'examen revenant aux universités libres sera décomptée sur les états sommaires que les recteurs d'académie établissent en fin de trimestre, et sera payée auxdites universités par le trésorier général du département dans lequel les examens auront été passés. » En conséquence, les états sommaires devront présenter très-exactement la distinction de la moitié des droits acquis revenant à l'Etat et de l'autre moitié appartenant à chacune des universités libres. Les trésoriers généraux se chargeront en recette de la première moitié au compte des *Produits universitaires de l'exercice*, suivant les règles ordinaires, et de la seconde moitié au crédit d'un compte des correspondants du Trésor à ouvrir sur le titre de : *Droits d'examen revenant aux universités libres*. Ce compte sera ensuite débité par des payements qui seront faits matériellement par le trésorier général entre les mains du représentant dûment accrédité de l'université libre. Le payement sera justifié par un décompte établi par le trésorier général, certifié par le recteur et quittancé par la partie prenante.

Quant aux droits de certificat, de diplôme, de visa, etc., ils con-

tinueront d'être appliqués au compte des produits universitaires, comme les autres droits revenant à l'État.

J'invite les trésoriers généraux à donner les instructions et directions nécessaires aux secrétaires agents comptables dont la gestion est placée sous leur surveillance et leur responsabilité.

Je vous prie de faire parvenir immédiatement à MM. les doyens et secrétaires agents comptables un exemplaire de cette instruction, qui est accompagnée du décret du 16 août 1876.

Recevez, Monsieur le Préfet, etc.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
WADDINGTON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 9 octobre 1876, la chaire de chimie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *Distinctions honorifiques.* — M. le docteur Jousset (de Bellême) est nommé officier de l'Instruction publique, — officier d'Académie depuis 1870.

M. le docteur Corlieu (de Paris) et M. le docteur Triaire (de Tours) sont nommés officiers d'Académie.

M. Aribert-Dufresne, ancien professeur et directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est nommé directeur honoraire.

M. Michaud, ancien professeur à la même école, est nommé professeur honoraire.

— On annonce que, sur la demande du conseil de surveillance des aliénés, l'administration départementale de la Seine va très-prochainement entreprendre d'importants travaux d'agrandissements aux asiles de Ville-Évrard, Sainte-Anne et Vaucluse. Le quartier des aliénés de la Salpêtrière serait, en outre, complétement transformé. Ces modifications auraient pour résultat d'augmenter notablement le chiffre des aliénés qu'il est possible de conserver dans ces établissements et, par conséquent, de diminuer d'autant les envois faits aux asiles de province.

— *Hospice général de Tours.* La commission administrative de l'hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 4 octobre 1876, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au mardi 24 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au mercredi 25, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'hospice général).

Le concours pour la suppléance est fixé aux 30 et 31 octobre; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Le registre d'inscription pour ces deux concours sera ouvert, au bureau du directeur de l'hospice, à partir de ce jour; il sera clos, pour les candidats à l'internat, le 18 octobre, à huit heures du matin, et pour les candidats à la suppléance, le 30 octobre, à la même heure.

Chaque candidat, en s'inscrivant, est tenu de produire :

1° Son acte de naissance;

2° Un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié;

3° Un certificat constatant :

Pour les candidats aux fonctions d'internes, la possession d'au moins huit inscriptions validées;

Pour les candidats aux places de suppléants, la prise des quatre inscriptions au moins, près d'une faculté ou une école de médecine.

Ces diverses pièces devront être légalisées.

Les candidats appelés par le concours à remplir les places d'élèves internes ou suppléants à l'hôpital de Tours sont, en outre, informés que, pendant toute la durée de leurs fonctions, ils seront tenus de prendre leurs inscriptions à l'École de médecine de Tours.

Les élèves *internes* sont nommés pour deux ans; ils sont nourris, logés, chauffés et éclairés; ils reçoivent la première année un traitement de 400 francs, et la seconde année un traitement de 600 francs.

Pour supplément de renseignements, s'adresser au directeur de l'hospice général.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelles Études sur l'anesthésie par injection intra-veineuse de chloral, selon la méthode de M. le professeur Oré, par V. DENEFFE et A. VAN WETTER, professeurs à l'université de Gand. — In-8° de 128 pages avec une planche coloriée. Bruxelles, 1876. — Henri Manceaux.

Des affections de la cloison des fosses nasales, par le docteur CASABIANCA. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive, par le docteur SAVY. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie, par le docteur GUILLAND. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Du rhumatisme pendant la grossesse, par le docteur TISON. in-12. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

De l'influence des émotions morales sur le développement des affections cutanées, par le docteur MEYER. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Le Directeur : Dʳ E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 120. — SAMEDI 14 OCTOBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 14 OCTOBRE 1876. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La ladrerie.

A propos du fait de ladrerie dont nous avons fait connaître l'une des phases dans notre dernière Revue, il est venu à notre connaissance qu'une thèse avait été soutenue tout récemment à la Faculté sur la ladrerie chez l'homme comparée à cette affection chez le porc (1). Il nous a paru intéressant de rechercher dans ce travail ce qui pourrait ressortir d'utile, au point de vue de l'histoire de cette affection chez l'homme, de la relation des faits qui y sont rapportés et de leur rapprochement. Nous laisserons de côté tout ce qui a trait à l'historique du sujet et à l'histoire naturelle des cysticerques, pour ne nous occuper que du point de vue purement clinique.

L'étude que M. le docteur Joseph Boyron a faite de ce sujet porte sur dix observations, parmi lesquelles figurent notamment celle du service de M. Broca qui nous a fourni l'occasion de ce petit aperçu, celle de M. Lancereaux qui a fait dans le temps le sujet d'un mémoire lu à l'Académie de médecine, l'observation de cysticerque du cerveau du service de clinique médicale de la Charité, dont nous avons parlé l'année dernière et qui a été l'objet d'une présentation de M. Sevestre à la Société anatomique, une observation de MM. Delore et Bonhomme publiée en 1865 dans les *Archives générales de médecine*, une observation de M. Leudet recueillie il y a une quinzaine d'années dans le service de M. Rayer, enfin trois observations consignées dans les comptes rendus de la Société médicale de Clermont.

Dans l'observation de M. Broca, la maladie a débuté par des attaques épileptiformes, près de trois ans avant l'apparition (du moins reconnue) des cysticerques sous la peau. Ces attaques étaient suivies de vertiges, de troubles de la vision et de l'audition; et, chez ce malade, on a constaté à la suite de l'une de ces attaques une impuissance musculaire qui l'a retenue au lit pendant six semaines.

Les attaques épileptiformes signalées chez ce malade ont présenté ceci de particulier que les premières observées ont été les plus fortes et les plus longues, et qu'elles ont diminué avec le temps de fréquence et d'intensité.

Ce même fait aurait été constaté aussi, paraît-il, dans le cas observé par M. Leudet (une femme).

Chez ces deux malades, on a rencontré après les attaques, des troubles de la mémoire et un affaiblissement de l'ouïe. Tous les deux ont accusé des troubles de la vision, sans qu'on ait trouvé de cysticerque dans l'œil; tous deux se sont plaints de vertiges et de céphalalgies violentes; enfin tous les deux ont rendu des anneaux de tænia. (Le malade de M. Broca, lors d'une de ses dernières attaques, a dit qu'il rendait de temps en temps des anneaux de ver solitaire depuis près de quatre ans.)

On voit une analogie et une ressemblance parfaites entre ces deux cas.

Le cas observé par M. Lancereaux présente des différences et des ressemblances avec ceux de M. Broca et de M. Leudet. La malade de M. Lancereaux n'a jamais eu d'attaques d'aucune sorte; mais elle éprouvait comme les deux autres de la fatigue, de l'essoufflement, de la faiblesse dans les membres inférieurs, enfin des vertiges qui, chez elle aussi, ont suivi une marche descendante.

Dans l'un des faits communiqués à la Société de médecine de Clermont, et qui s'est terminé par la mort, le malade avait eu pendant les derniers temps de sa vie de violents maux de tête, auxquels s'étaient jointes des douleurs névralgiques du côté droit de la face avec convulsions des muscles correspondants, pendant lesquels la tête se déjetait à droite. Cet individu mourut subitement, et on trouva à l'autopsie un kyste renfermant un cysticerque de la grosseur d'une petite noix, qui occupait la partie droite et supérieure de la protubérance annulaire.

Des cysticerques logés dans les plexus choroïdes, ont déterminé de violents accès convulsifs et la mort par apoplexie chez un malade dont l'histoire a été rapportée dans le livre de M. Davaine. (*Traité des entozoaires,* etc.) Enfin notre collaborateur M. Bouchut a publié une observation relative à une jeune fille de dix ans, qui présentait une hémichorée droite compliquée d'hémiplégie gauche, et chez laquelle on trouva à l'autopsie dans la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau, à la surface, mais logé dans l'épaisseur même de la substance, un kyste de la grosseur d'une noisette, contenant deux cysticerques.

Les vésicules sublinguales, fréquentes chez le porc, n'ont été rencontrées que deux fois dans les observations réunies dans ce travail, chez les deux malades de M. Lancereaux et de M. Delore.

(1) *Étude sur la ladrerie chez l'homme comparée à cette affection chez le porc*, par M. J. Boyron. — Paris, 1876, chez V. Adrien Delahaye.

Tels sont les éléments principaux que ces observations ont pu fournir pour l'histoire symptomatique de la ladrerie chez l'homme.

Le diagnostic est faisable, sinon toujours facile, lorsque l'on a affaire à des kystes superficiels ou à des kystes développés dans l'œil, ainsi que nous en avons cité dans le temps des exemples. Mais lorsque les cysticerques occupent des organes profondément situés, le diagnostic devient d'une difficulté extrême. Le plus souvent, comme on l'a vu, ils passent sinon inaperçus, du moins méconnus; et à peine si dans quelques rares circonstances on a pu les soupçonner. Ce n'est guère dans ces cas-là qu'en procédant par voie d'exclusion ou d'élimination, qu'on y pourra parvenir.

Que sait-on sur le traitement et la prophylaxie de cette affection; et que peut-on déduire expérimentalement des faits consignés dans ce travail? On a conseillé l'emploi de l'iodure de potassium, celui de l'acide phénique, du mercure, l'usage d'injections caustiques dans les kystes. M. Boyron s'est demandé si l'électricité ne pourrait pas donner de bons résultats. Enfin, l'application du froid a été également proposée.

De tous les traitements tentés jusqu'ici, c'est celui auquel a eu recours M. Broca chez son malade qui paraît avoir donné les meilleurs résultats. Encore ces résultats ne sont-ils pas définitifs. Il est bien entendu, en outre, que ce traitement n'est applicable qu'aux kystes qui sont à portée de l'instrument. Quant aux kystes situés dans les parties profondes, dans les organes cachés ou recouverts d'enveloppes impénétrables, il est évident qu'ils restent entièrement en dehors de son action.

En résumé, de l'ensemble des faits analysés dans le travail de M. Boyron, il ressort : que, dans le tiers environ des cas de ladrerie constatés jusqu'à présent chez l'homme, la maladie a été mortelle et la mort a été causée par la présence de cysticerques dans le cerveau ;

Que la mort peut être causée par la rupture d'un kyste dans les centres nerveux et survenir dans ce cas subitement. — C'est le cas du malade dont M. Sevestre a montré les pièces à la Société anatomique ;

Que la mort sinon subite, du moins rapide, peut être déterminée par une méningite ;

Enfin qu'elle peut survenir après plusieurs années et avoir été précédée ou non, et depuis plus ou moins longtemps, d'attaques épileptiformes.

Quelques faits autorisent à admettre une guérison spontanée survenue dans une période de temps qui a varié, d'après les évaluations, entre trois et six ans. Dans ces cas, les symptômes très-accentués au début, sont allés en diminuant de fréquence et de gravité.

Enfin, d'après les recherches faites dans un grand nombre d'autopsies, on a pu évaluer que, dans un tiers environ des cas de ladrerie qu'elles ont révélés, aucun signe appréciable n'en avait fait soupçonner l'existence pendant la vie.

Nouveau procédé de traitement des décollements de la rétine. Drainage de l'œil.

M. le docteur Émile Martin (de Marseille) nous communique un procédé nouveau de traitement des décollements de la rétine, qu'il a employé avec toutes les apparences d'un succès qui s'accentue, assure-t-il, chaque jour et qu'il désire soumettre à l'expérimentation de ses confrères. Nous nous faisons volontiers ici son interprète.

Ce procédé consiste dans un véritable drainage de l'œil, non pas à l'aide de l'*anse à filtration*, récemment employée par M. le docteur Wecker, mais à l'aide d'un véritable drain.

Le fil *d'or vierge*, que M. Wecker laisse à demeure dans l'œil, dans le but très-rationnel d'établir une filtration permanente du liquide qui décolle la rétine, ne remplirait pas, d'après notre correspondant, le but si logique que se propose ce savant confrère. Sans doute, dit-il, au moment où l'on place le fil, il peut s'écouler une certaine quantité du liquide sous-rétinien, cet écoulement peut même se produire encore un jour ou deux après l'opération; mais après ce laps de temps, al filtration cesse, et elle ne peut se reproduire que si l'on exerce sur le fil des tiraillements journaliers, comme on le fait après un séton ordinaire, tiraillements dont les conséquences seraient certainement désastreuses pour l'organe oculaire. Il est donc bien certain que l'anse à filtration n'amène pas la filtration désirée, et M. Martin ne craint pas de dire que si l'on publie des succès durables avec elle, ces succès eux-mêmes démontreront que la filtration n'a été pour rien dans la guérison.

Pour qu'une filtration constante et par conséquent efficace s'établisse à travers les tissus, il faut un véritable drain ou des fils juxtaposés qui, en vertu des lois de la capillarité, amènent un écoulement lent, insensible mais permanent, susceptible par conséquent d'évacuer les liquides qui refoulent en avant une portion de la rétine.

Le procédé opératoire qu'a employé M. Martin consiste dans la fixation à travers une portion de la conjonctive, de la sclérotique et de la choroïde, en arrière par conséquent de la portion décollée de la rétine, d'un véritable drain formé de deux fils d'argent juxtaposés.

Il l'exécute de la manière suivante.

Nous laissons ici parler l'inventeur du procédé :

« A l'aide d'une aiguille courbe, tubulée, je ponctionne l'œil dans sa portion postérieure, en m'éloignant autant que possible de la région ciliaire et entre deux muscles droits. La contre-ponction se fait à 8, à 10 millimètres de distance; il est nécessaire, pour effectuer ce premier temps, d'entraîner l'œil dans une direction opposée, à l'aide d'une pince à fixation.

Le second temps a pour but de substituer le drain à l'aiguille. Pour cela, dès que la contre-ponction a été pratiquée, un aide introduit les deux fils juxtaposés dans la tubulure, où ils se fixent assez solidement pour être entraînés en retirant l'aiguille.

Le troisième temps a pour but de fixer les fils. Pour cela, je les fais saisir au niveau des points de ponction et de contre-ponction à l'aide de deux pinces, et quand ils sont ainsi bien bien maintenus, je fais avec eux un véritable nœud, sans tirailler en rien le globe oculaire.

Il ne reste plus, pour terminer la manœuvre, qu'à aplatir légèrement le nœud entre les mors d'une pince, à couper tout ce qui dépasse, comme après une ligature, et aussitôt l'œil abandonné à lui-même, le drain disparaît dans la conjonctive, où il se crée une place définitive sans gêner en rien le malade.

Les suites de l'opération sont simples. On maintient le malade dans l'obscurité, et on applique sur ses paupières closes des compresses fraîches; trois jours après, ces précautions deviennent inutiles.

Le malade qui a fait le sujet de la première observation est un individu de Fréjus (Var), âgé de soixante-quinze ans, atteint depuis un an, à l'œil gauche, d'un décollement presque complet de la rétine. L'épanchement sous-rétinien décollait la membrane nerveuse dans presque toute son étendue, sauf dans une très-petite portion externe et inférieure, de sorte que le malade percevait à grand'peine le jour ou la clarté d'une lampe seulement dans la partie supérieure et interne du champ visuel.

En essayant le procédé dans un cas aussi défavorable, je ne m'attendais certainement pas à un résultat bien brillant, mais je me serais bien gardé de faire semblable expérience dans un cas de décollement peu étendu, récent, et laissant encore au malade la faculté de se conduire. L'expérience n'aurait pas été concluante!

Je procédai donc à l'opération d'après les règles indiquées ci-dessus. Le drain fut placé entre le muscle droit interne et le droit inférieur, et comprit une portion de tissus de 10 millimètres environ.

Les suites furent simples. Cinq jours après, le champ visuel s'était agrandi considérablement, et le malade distinguait la clarté d'une lampe presque en tous sens; il percevait même à la fin deux, trois lampes placées l'une à gauche, l'autre à droite, la troisième en haut et en bas.

Huit jours plus tard, l'amélioration s'était encore accrue et il percevait en tous sens, les mouvements de la main à une distance de 50 centimètres. Je n'ai pas cru pouvoir me livrer, après si peu de temps à un examen ophthalmoscopique un peu prolongé, mais j'ai à distance éclairé l'œil avec le miroir et alors qu'avant l'opération le fond rouge de l'œil ne pouvait être aperçu qu'un peu en dehors et en bas. J'ai pu l'apercevoir dans son ensemble, comme à travers un léger brouillard, et conclure que l'épanchement avait considérablement diminué dans toute son étendue.

Le malade porteur de son drain a voulu retourner dans sa famille. Je ne puis donc donner plus de renseignements sur son état. J'espère, toutefois, que cette amélioration si manifeste s'accentuera davantage, et j'ai prié son médecin ordinaire de le tenir en surveillance et de m'en informer. Je serai heureux de publier le résultat en même temps que de nouvelles observations.

Il m'est également impossible d'apprécier pour le moment jusqu'à quel degré renaîtra la sensibilité de la rétine et si on finira par obtenir dans ce cas une vision utile. La membrane nerveuse depuis longtemps si largement décollée a probablement subi une dégénérescence qui pourra nuire au rétablissement d'une vision suffisante, mais ce qui est aujourd'hui certain, c'est que sous l'influence de ce drainage, le champ visuel presque complétement aboli, s'est graduellement étendu, et je n'hésite pas à recommander à mes confrères une expérimentation sérieuse dans des conditions plus favorables que celles du sujet sur lequel j'ai tenu à expérimenter moi-même.

Ils seront étonnés de la tolérance de l'œil pour cet appareil de drainage, du peu de gêne et de douleur qu'il occasionne; ils obtiendront une filtration réelle et permanente du liquide qui décolle la rétine, filtration durable qui n'a été obtenue encore par aucun procédé, et ils placeront ainsi les malades dans les conditions les plus favorables à la guérison d'une maladie considérée jusqu'ici comme incurable. »

Chloral dans l'éclampsie.

M. le docteur Bourguet (de Graissessac) nous écrit pour nous rappeler qu'à l'époque où nous recommandions le chloral comme un des moyens de traitement de l'éclampsie, et alors qu'il venait lui-même de publier quelques observations d'éclampsie puerpérale dans notre journal, il regrettait de n'avoir pas employé cet agent, se promettant bien de ne pas le négliger le cas échéant. Il nous informe qu'il l'a employé depuis, à sa grande satisfaction, et nous transmet deux observations à l'appui. Le défaut d'espace ne nous permettant pas de les publier aujourd'hui, nous les renvoyons à la Revue prochaine.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Mais, dans tous les cas, l'exécution de cette opération est entourée de grands dangers quand le sac s'élève au-dessus de la clavicule. Il n'y a pas seulement le danger de trouver une artère altérée et dilatée, danger déjà formidable par lui-même, mais aussi le risque de blesser le sac ou de le contusionner de telle sorte qu'il peut suppurer et s'ouvrir. Le danger de provoquer une inflammation diffuse dans le tissu cellulaire qui environne le sac, éventualité tout aussi redoutable, à mon avis, que l'inflammation du sac lui-même, outre les difficultés opératoires qui accompagnent l'opération quand la clavicule est soulevée par une large tumeur, et qui se sont montrées si fatales entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés (par exemple, le cas de Dupuytren, *Leçons orales*, vol. III, p. 32, éd. 1839, où il comprit dans la ligature une portion d'artère et le nerf adjacent après une opération fort difficile et fort longue); et outre cela, le risque inséparable de toute opération de ce genre (qui ressemble plutôt à l'opération d'Anel qu'à celle de Hunter) d'obtenir une coagulation incomplète et la suppuration du sac qui en est la conséquence.

Quand l'anévrysme est situé plus haut, de sorte que son extrémité supérieure atteint ou dépasse le bord interne du triangle sus-claviculaire, le choix d'une opération sur le bout central devient encore plus embarrassant. Ici, il faut distinguer entre les deux côtés. Il a été démontré que l'ancienne doctrine, d'après laquelle la sous-clavière gauche était inaccessible, était erronée. Il est vrai que sir A. Cooper échoua dans sa tentative, — si nous avons été bien renseignés sur son opération, — et blessa le canal thoracique; mais le docteur J.-K. Rodgers (de New-York) a réussi à la dénuder et à la lier. (*System of surgery*, vol. III, 2e éd.)

Cependant, bien que ce ne soit pas une opération impraticable, il faut reconnaître qu'elle est tellement difficile et qu'elle implique des lésions anatomiques si formidables, qu'elle ne doit être considérée que comme une ressource extrême en cas de mort imminente. D'après l'expérience actuelle, je crois que la galvano-puncture offre plus de chances de guérison, ou du moins de prolonger la vie.

Les choses diffèrent-elles du côté droit? Cela dépend de la réponse que l'expérience à venir peut faire à la question que je posais devant vous dans la dernière leçon, à savoir, s'il est possible de lier ou de fermer une artère par un moyen quelconque, de façon à en obtenir l'oblitération permanente, sans diviser sa tunique externe. Si le résultat que je vous ai montré sur la troisième portion de la sous-clavière est réellement le résultat normal de la ligature en boyau de chat et d'un traitement de la plaie tel que les tissus qui entourent l'artère se réunissent rapidement, il semble qu'il n'y a pas de raison pour que le même résultat ne puisse se faire avec le même succès sur la première partie et même sur l'innominée. Si ce résultat était exceptionnel et si l'acupressure ou la déligation temporaire devaient également décevoir nos espérances, ce que je crains, je le confesse, nous serions alors réduits ici à recourir également à la galvano-puncture ou à la manipulation dans les cas inappropriés à la compression, à moins

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 octobre.

d'adopter le conseil de sir W. Fergusson, d'amputer le membre.

Il faut encore de nombreuses expériences avant de pouvoir compter que la ligature des artères sera, d'une manière uniforme, exempte d'ulcération ultérieure; de telle sorte que, de quelque manière que nous envisagions l'avenir de l'opération de Hunter dans les anévrysmes de la sous-clavière, pour le présent du moins, nous devons lui substituer quelque moyen plus inoffensif. Nous avons différentes alternatives, telle que l'acupressure, la compression soit sur le côté cardiaque de l'artère, soit sur le sac lui-même, je ne parle de la compression périphérique que comme d'un adjuvant de la précédente, la manipulation, la galvano-puncture et l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale.

La compression ou l'acupressure a été appliquée à l'artère innominée elle-même après sa dénudation dans deux circonstances, par M. Porter et par M. Bickersteth. Le cas de M. Porter est bien connu, et je puis vous en montrer ici la préparation. La compression fut d'abord appliquée à l'axillaire, au-dessous de la tumeur, en dénudant ce vaisseau dans sa première partie, passant une sonde au-dessous de lui et plaçant un fil métallique qui passait au-dessus de l'artère et se repliait sous les deux bouts de la sonde, de façon à suspendre les pulsasation du pouls radial. On obtint par là la suspension momentanée des pulsations de la tumeur et la diminution de son volume. Le fil métallique fut enlevé au bout de cinquante-trois heures.

La tumeur recommença à augmenter de volume, et un mois environ après cette acupressure périphérique, le tronc de l'innominée fut mis à nu et comprimé à l'aide d'un instrument semblable à un petit lithotriteur pendant près de trois jours. Les pulsations, qui avaient d'abord disparu, se montrèrent de nouveau pendant que l'instrument était encore en place, et la tumeur revint à son premier volume peu de temps après qu'on eût suspendu la compression. Le malade mourut le dixième jour, par suite d'hémorrhagie secondaire résultant d'une petite ulcération qui s'était faite dans la paroi de l'artère, et à travers laquelle est passée une bougie dans la préparation. Au point où elle avait été comprimée, l'axillaire était rétrécie, mais non oblitérée. L'anévrysme est à peu près de la grosseur d'une orange de Tanger; il est latéral ou sacciforme, mais communiquant avec la troisième portion de l'artère par un un large orifice. Il n'y a pas de caillots dans le sac.

Le cas de M. Bickersteth se produisit en 1868, chez un homme sain d'ailleurs, âgé de quarante ans, qui avait un anévrysme de la troisième portion de la sous-clavière, attribué à une entorse de l'épaule droite survenue trois semaines avant l'admission du malade. La tumeur avait environ le volume d'un œuf, et présentait un bruit fort léger s'étendant en dedans jusqu'au bord du muscle sterno-mastoïdien. Voici ce que disent les notes du traitement qu'on se proposait d'appliquer : « On chercha longtemps quel serait le meilleur mode de traitement. M. Bickersteth n'était pas d'avis d'employer la galvano-puncture; la compression ne pouvait pas être appliquée sur la première portion de l'artère; ouvrir le sac, d'après la méthode de Syme, était une idée trop dangereuse, par suite de l'impossibilité de se rendre maître du sang; lier la sous-clavière dans sa seconde portion, n'était pas prudent, car on ne peut pas prévoir jusqu'où s'étendait l'anévrysme; et la ligature de la première portion ne donnait aucun espoir. La ligature ou la compression de l'innominée étaient seules possibles. »

Guidé par cette idée, M. Bickersteth adopta la même marche que M. Porter, c'est-à-dire d'appliquer un compresseur à l'artère innominée; seulement il chercha à perfectionner le procédé de M. Porter, en rendant sa compression élastique. En conséquence, l'innominée fut exposée à la manière ordinaire; un fil de plomb fut passé autour du vaisseau et attaché à une pièce munie de ressorts en caoutchouc. On espérait par là que le fil cèderait à chaque pulsation de l'ondée sanguine, de manière à ne pas entamer les tuniques artérielles, tout en ne se déplaçant pas et en arrêtant les pulsations. Mais cet espoir fut déçu, car le second jour les pulsations reparurent dans l'anévrysme, et l'on constata que le fil s'était rompu sous l'influence du mouvement de va-et-vient constant imprimé au clamp par l'ondée sanguine. L'innominée fut donc exposée de nouveau, et l'on s'aperçut qu'elle était un peu décolorée dans le point où le fil avait été placé. On noua un fil solide au-dessus et au-dessous de ce point, mais six jours après la ligature, le malade mourut d'hémorrhagie.

Ces deux tentatives montrent, autant que peuvent le faire deux cas isolés, que l'acupressure ou la compression sur l'artère dénudée, appliquée du côté cardiaque de la tumeur, offre tous les dangers de la ligature avec moins de certitude d'interrompre la circulation dans la tumeur. Pour ma part, que M. Lister ait tort ou raison de dire qu'avec le fil en boyau de chat phéniqué la ligature de l'innominée n'est pas une opération dangereuse; je préférerais de beaucoup faire la ligature, d'après cette méthode, que de faire la moindre tentative d'acupressure.

Mais si la *compression* pouvait être convenablement appliquée du côté cardiaque de la tumeur, de la même manière qu'on l'applique à d'autres artères profondes, soit à l'aide d'instruments, soit à l'aide des doigts, avec ou sans chloroforme, combinée ou non à la compression périphérique, on aurait assurément fait un grand pas en avant dans le traitement de cette terrible maladie. Le cas de M. Poland montre que cela peut quelquefois se faire avec succès, même quand l'anévrysme est purement un anévrysme de la sous-clavière. Ici, cependant, l'anévrysme était très-petit et l'artère se trouvait occuper un niveau élevé dans le cou, de telle sorte que l'ensemble des conditions était éminemment favorable à ce genre de traitement. Dans le cas de tumeurs situées plus bas, je crois que la compression pourrait souvent être faite avec le chloroforme, pendant un temps suffisant pour produire la consolidation de la tumeur. Les anévrysmes de cette artère étant superficiels et occupant une place toujours exposée au toucher et à la vue, semblent être assez souvent reconnus et traités de bonne heure; c'est là peut-être aussi l'effet de la douleur, qui est un symptôme précoce de ces anévrysmes. Quoi qu'il en soit, la plupart des anévrysmes de la sous-clavière que nous voyons sont d'un petit volume (comme les cas de Liston, Porter, Brodie), et l'on ne peut douter que la compression complète, si l'on pouvait la maintenir assez longtemps, ne soit capable de déterminer une coagulation suffisante pour oblitérer la tumeur. Beaucoup d'entre nous ont vu un cas intéressant à l'hôpital Westminster, dans le service de M. Barnard Holt, qui montre jusqu'à quel point et pendant combien de temps on peut pousser l'anesthésie sans danger, dans les cas les plus formidables d'anévrysme. Je n'essayerai pas d'affaiblir l'intérêt de ce cas en vous donnant un aperçu qui serait nécessairement imparfait. Je le cite seulement parce qu'il prouve combien il est plus facile de comprimer des artères aussi difficiles que la sous-clavière, depuis que nous nous sommes familiarisés avec l'anesthésie prolongée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1876. — Présidence de M. HOUEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Une lettre de M. Baudon, chirurgien-major, qui demande à être compris parmi les candidats au titre de membre correspondant ;

3° Un pli cacheté adressé par un concurrent au prix Laborie.

M. le secrétaire général rappelle que les travaux destinés à ce concours doivent être parvenus, le 31 octobre, au siége de la Société.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part de M. Viaud-Grandmarais, un mémoire sur la *léthalité de la morsure des vipères indigènes;* et, en son nom, une analyse d'un travail de M. Bœck (de Christiania) intitulé : *Recherches sur la syphilis.*

M. ROCHARD (de Brest), membre correspondant, présente, de la part de M. Gallerand (de Brest), trois mémoires, dont deux accompagnés de pièces, le premier sur un cas de *fractures multiples;* le second sur un *étranglement interne de l'intestin grêle causé par une bride du côlon ascendant;* le troisième sur une *imperforation congénitale de l'anus, avec absence d'une partie de l'intestin grêle* (Commis. : MM. Heurteloup, Le Dentu, Anger), et prie la Société d'inscrire son collègue de l'école de Brest, parmi les candidats au titre de membre correspondant.

M. LEFORT présente, de la part de M. Raymondaud (de Limoges), une brochure intitulée : *Le clou de Biskra à l'hôpital de Limoges.*

RAPPORT

M. T. ANGER donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Berger, sur *les phénomènes nerveux qu'on peut observer dans les cas d'étranglement intestinal.* M. Berger en a recueilli seize cas, et les divise en trois espèces : les crampes, les contractures, les convulsions. On pourrait même en admettre une quatrième, la syncope, dont un exemple a été signalé. Les crampes se présentent le plus fréquemment. On les observe surtout au mollet, quelquefois au bras et dans toute la jambe ; dans les cas très-graves elles envahissent les poignets et les doigts ; les douleurs sont si violentes qu'elles font oublier celles de l'étranglement. La variété de l'étranglement, hernie crurale ou inguinale, étranglement interne, n'a pas d'influence sur l'apparition de ces phénomènes nerveux. Ils peuvent se compliquer de lésions pulmonaires graves, de congestion intense, comme M. Berger en a recueilli deux exemples.

Ces accidents ressemblent à ceux signalés par Trousseau dans le choléra, la dysenterie, et sont toujours précédés ou accompagnés d'un état général grave, auquel Malgaigne a donné le nom de choléra herniaire. M. Berger conclut que l'existence d'accidents nerveux indique un étranglement très-serré qui demande un débridement immédiat.

Le travail de M. Berger sera publié dans les bulletins de la Société. Les observations seront déposées aux archives. M. le rapporteur prie la Société d'inscrire M. Berger comme candidat au titre de membre titulaire.

LECTURE

M. BERGER donne lecture d'une observation *de fracture du crâne avec enfoncement, compliquée de plaie avec communication à l'intérieur de la cavité crânienne. Accidents convulsifs. Guérison sans trépanation.* (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

COMMUNICATION

M. VERNEUIL, à l'occasion d'un article publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 octobre par M. le docteur H. Bonnet, médecin de l'asile d'aliénés de Laroche-Gandon, sur la *paralysie générale considérée comme cause prédisposante pathologique des fractures,* rapporte une observation qui lui est personnelle, et qui vient à l'appui des faits rapportés par M. Bonnet et mis lumière avant lui par les belles recherches de M. Charcot sur les lésions osseuses articulaires dans l'ataxie. Mais les exemples cités par ces deux observateurs ne portaient que sur les os des membres ; celui de M. Verneuil démontre que la dénutrition osseuse, suite de maladie du système nerveux central, peut attaquer également le rachis. Le malade observé par M. Verneuil était un homme de plus de cinquante ans, robuste. Il était atteint depuis longues années d'aliénation mentale, et était diabétique. M. Verneuil le vit pour la première fois pour un abcès considérable de la partie postérieure de la cuisse, suite d'un léger froissement que le malade s'était fait en descendant de son lit. Une incision fut faite par laquelle sortit une grande quantité de flocons de tissu cellulaire sphacélé. Un phlegmon gangréneux très-étendu de la marge de l'anus vint compliquer le premier abcès.

Cependant le malade finit par guérir, et M. Verneuil attribue ce succès aux pansements faits par la méthode antiseptique. Au mois de juillet dernier, sa santé était florissante et il déraisonnait beaucoup moins. Au commencement d'août, il commença à ressentir des douleurs vagues dans les membres inférieurs et à maigrir. Le 18 août, son médecin, M. le docteur Martin, fut appelé pour une douleur dans le dos dont le malade se plaignait vivement, mais il ne put rien constater qui l'expliquât. Le 23 août, M. le docteur Blanche qui le traitait comme aliéné, reconnut l'existence d'une gibbosité naissante vers la huitième vertèbre dorsale. Dans les premiers jours de septembre, M. Verneuil constata l'écrasement de trois corps vertébraux. A ce niveau, la sensibilité était assez assez vive; et il y avait des phénomènes vagues de paralysie des membres inférieurs, avec un peu d'analgésie et d'anesthésie cutanées. Le malade marchait encore un peu lorsqu'il était soutenu. Le repos au lit fut prescrit. Vers la fin de septembre, le malade se sentant mieux, fit une petite promenade à la suite de laquelle il fut pris d'une congestion pulmonaire double, prélude d'une pneumonie qui l'enleva en cinq jours.

L'autopsie, malheureusement, n'a pu être faite.

Le diabète, ou peut-être la carie osseuse du voisinage, pouvait être cause de cette pneumonie. Mais l'explication du mal de Pott n'est pas aussi facile, car cette maladie est très-rare à cet âge avancé, et M. Verneuil croit pouvoir le rapporter à la prédisposition aux fractures par une maladie du système nerveux central, en attendant que d'autres observations viennent s'ajouter à cette pierre d'attente.

M. HOUEL a pu étudier au musée Dupuytren, grâce aux dons de M. Charcot, les caractères de cette usure particulière des os des membres et même du bassin qu'il ne faut pas confondre avec celle qui se produit dans l'arthrite sèche. La première est beaucoup plus rapide et plus étendue. Gerdy en avait déjà parlé, et l'attribuait au ramollissement des os produit par suite de l'absence de sollicitation musculaire chez les malades qui restent longtemps immobiles au lit. Les os sont quelquefois, dans ces cas, assez ramollis pour pouvoir être coupés au scalpel.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. CHAUVEL présente une pièce provenant d'un malade qui a succombé à un abcès du cerveau, suite d'une carie de l'ethmoïde. Ce malade était atteint de syphilis.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

II

Chemin faisant, dans le cours de ces lettres, nous nous sommes suffisamment étendu sur le dispositif des leçons, sur les programmes,

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 octobre.

sur les différences principales qui apparaissent clairement quand on rapproche les statuts universitaires allemands des nôtres; nous avons pris soin aussi en énumérant les chaires, en parlant de la date de leur fondation, de bien marquer quel est leur objet, afin que le caractère de l'enseignement, sa pratique et ses études fussent de même le plus nettement saisis; à moins de redites qui n'ajouteraient rien à la valeur de cet exposé, nous n'avons point à revenir sur ces différentes matières.

Nous pourrons donc aborder maintenant la discussion d'une question importante, nous voulons parler de la question des *honoraires* que les étudiants payent, non pas seulement aux professeurs libres, aux docents, mais aussi aux professeurs ordinaires déjà salariés par l'État, afin de pouvoir suivre les leçons et les cours. On sait que cette disposion est générale dans toutes les Facultés des universités allemandes. Cette question des honoraires a été souvent discutée d'ailleurs, et nous devons dire que le principe des honoraires de l'élève a rencontré en France d'assez nombreux approbateurs.

Pour Cuvier (1) « c'est un mobile si puissant et si utile pour l'émulation des professeurs et pour attacher les élèves à leurs études que si, dit ce grand esprit, nous étions appelés à proposer des améliorations dans notre système de l'intérieur, nous n'hésiterions pas à proposer qu'on rétablît ces rétributions partout. »

Pour Cousin (2) « c'est le point vital de la constitution des universités en Hollande et en Allemagne. Le professeur a un traitement fixe convenable, mais il reçoit aussi une rétribution des élèves qui fréquentent ses cours; c'est là l'unique moyen d'avoir des professeurs zélés et des auditeurs assidus. Nulle invention ne peut remplacer cette condition fondamentale. Par exemple l'appel qui se fait ou devrait se faire dans nos Facultés de droit en France, est une pratique puérile, tyrannique et vaine. Qui oserait proposer de la transporter dans les Facultés des sciences et des lettres. La vraie discipline d'un cours, la vraie garantie de l'assiduité est dans la rétribution des élèves. C'est aussi là qu'il faut chercher la garantie d'un auditoire sérieux qui réagit à son tour sur l'enseignement. Le professeur qui voudra un nombreux auditoire, dans le double intérêt de sa renommée et de sa bourse, fera effort pour être solide, substantiel, instructif... Je sais parfaitement, ajoute V. Cousin, que je parle dans le désert et que je ne serai pas écouté; cependant je ne cesserai d'opposer à un usage qui n'a pas trente ans d'existence en France, et qui depuis trente ans a toujours été un abus manifeste, la règle et la pratique de toutes les universités du monde et la voix de l'expérience universelle. »

Laissons de côté ces mouvements oratoires si familiers, trop familiers au ministre philosophe, et voyons exactement quels sont les avantages et les inconvénients des deux systèmes allemand et français.

En ce qui concerne les professeurs, le système des honoraires présenterait deux avantages; d'une part il augmenterait d'une façon notable leur traitement; d'autre part il les forcerait à soigner leur enseignement, à être assidus, zélés et à s'occuper de tous les auditeurs. Sur ce deuxième point il est permis de contester, car on peut dire à la louange des corps enseignants, en général, qu'une telle précaution n'est point nécessaire pour que la leçon ou le cours devienne réellement instructif. Quelle ne serait pas l'impuissance intellectuelle, et nous dirons même l'insuffisance morale d'un corps de professeurs que des statuts ne pourraient rendre zélés qu'avec de semblables précautions.

En ce qui concerne les étudiants, nous ne voyons guère qu'un avantage à citer, celui de les rendre assidus, exacts et disciplinés, car le système est, évidemment, extrêmement onéreux. L'inscription à l'université est, il est vrai, d'un chiffre beaucoup moins élevé que celui de notre inscription française; mais, en même temps qu'il se fait inscrire, l'étudiant doit désigner les cours qu'il veut suivre et payer la somme fixée pour suivre les leçons du professeur ordinaire ou fréquenter le laboratoire. Un élève qui veut suivre dans son année une dixaine de cours (soit cinq par semestre), et ce chiffre n'a rien d'exagéré, est forcé de payer dix florins pour l'un, huit pour un autre, etc.; au total toutes ces sommes payées constituent un très-lourd impôt pour les étudiants pauvres, et en Allemagne cette classe d'élèves n'est pas la moins nombreuse.

Bref, disons-le de suite, tandis que certains esprits songent en France à introduire un système qui, selon eux, est gros de résultats excellents, on va outre-Rhin, jusqu'à agiter la question de savoir si les honoraires des étudiants ne seront pas supprimés et si l'on n'adoptera pas le système français. La chambre des députés en Autriche (1875) a été saisie de cette question; elle a hésité, il est vrai, devant une modification aussi radicale, mais il n'est point douteux qu'une année ou l'autre, nos réformateurs allemands ne reviennent sur cette matière.

Il est donc incontestable que le système des honoraires est beaucoup plus onéreux que celui des inscriptions françaises. Mais, dans la pratique et en réalité a-t-il au moins, en ce qui concerne les élèves et les professeurs, les avantages que l'on veut lui attribuer.

Après mûr examen, après nombreuses communications orales, avouons que, personnellement, nous en doutons, et sans nous étendre sur un sujet naturellement délicat, disons que l'assiduité des maîtres, professeurs ordinaires ou extraordinaires, salariés mi-partie par l'État, mi-partie par les étudiants, ne nous a pas paru si grande qu'elle puisse être invoquée ici comme raison suffisante; les uns abrégent leurs leçons, les autres n'y viennent que rarement et se font remplacer par des seconds. Il en est de certains statuts universitaires comme des constitutions, les meilleurs sont souvent ceux que l'on a, pourvu que l'on sache les comprendre et s'en servir; or, dans la pratique, il n'y a pas de système, même celui des honoraires, qui soit susceptible de donner du zèle et de l'assiduité à des professeurs qui en manquent. Il va, sans dire, que ces observations seraient aussi inexactes qu'inconvenantes, si elles avaient la prétention d'être appliquées au corps enseignant d'outre-Rhin tout entier, cependant elles visent, à nos propres yeux, assez de personnes pour qu'elles conservent toute leur valeur dans le jugement que nous portons sur la question des honoraires. Nous le répétons, le zèle des maîtres ne se décrète pas, ne se paye pas.

Buste de Desault.

Dimanche prochain, 15 octobre, doit avoir lieu l'inauguration du buste de Desault à Lure (Haute-Saône), sa ville natale. Nous ne doutons pas que la mémoire de l'illustre chirurgien ne reçoive, dans cette circonstance, de la part des hommes les plus autorisés et les plus aptes à l'apprécier, l'hommage qui lui est dû. En attendant, nous nous faisons un plaisir de mettre sous les yeux de nos lecteurs les lignes suivantes par lesquelles un de ses jeunes compatriotes, M. Paul Strauss, étudiant en médecine, en nous priant d'annoncer cette fête, rappelle les principaux titres de Desault à l'admiration et à la reconnaissance de la postérité :

« Une grande fête doit avoir lieu le 15 octobre dans la ville de Lure (Haute-Saône) à l'occasion de l'inauguration du buste du grand chirurgien Desault. Ce buste, exécuté dans des proportions monumentales par le célèbre statuaire Iselin, est véritablement une œuvre artistique de premier ordre. La générosité du sculpteur franc-comtois, qui a offert le buste à la ville natale de Desault, ne peut manquer d'être appréciée par tous ceux qui s'intéressent à nos gloires médicales. Il n'est pas besoin de faire connaître Desault au public médical. L'illustre chirurgien occupe une trop haute place dans l'histoire de la chirurgie pour qu'il soit nécessaire de faire son panégyrique. Tous les médecins ont lu le magnifique éloge qu'a fait de lui son élève, l'immortel Bichat. Le créateur de la première école de clinique chirurgicale, celui qui, selon Bichat, *créa l'anatomie chirurgicale*, l'inventeur des *appareils à extension permanente* pour les fractures de la clavicule, de la jambe, du fémur etc., celui-là qui inventa un si grand nombre d'instruments et de procédés opératoires, est une des gloires de la chirurgie française.

Opérateur habile, professeur éloquent et ingénieux, clinicien de génie, Desault, qui était fils d'un pauvre paysan d'un hameau des envions de Lure, s'est élevé seul, à force de travail et de génie, jus-

(1) Rapport sur les établissements de l'instruction publique en Hollande, lu au conseil de l'Université en octobre et novembre 1811.

(2) Voir rapports cités.

qu'aux plus hautes situations scientifiques. Dès l'âge de vingt-deux ans, il attirait la foule à ses cours. Il était successivement professeur à l'École pratique, membre du Collége de chirurgie, chirurgien en chef de la Charité, puis de l'Hôtel-Dieu. En 1792, il fut élu membre du Comité de santé des armées. Il fut appelé par le Comité de salut public à occuper la chaire de clinique chirurgicale à l'École de santé organisée par la Convention.

En 1795, pendant qu'il était chargé de donner ses soins au jeune fils de Louis XVI, prisonnier au Temple, il mourut subitement à l'âge de cinquante et un ans, d'une fièvre ataxique, disent les uns, par le poison, disent les autres.

Desault a été le maître des Bichat, des Dupuytren, des Larrey, des Chopart; il a été à proprement parler l'initiateur et le fondateur de l'école chirurgicale du dix-neuvième siècle.

Les chirurgiens et les médecins voudront rendre un dernier hommage à sa mémoire en assistant, le 15 octobre, à la fête médicale de Lure. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er octobre 1876, M. Heckel, professeur d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Grenoble.

M. Millasdel, docteur ès sciences, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

— Le garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, vient d'adresser au Président de la République le compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1874. Nous empruntons au chapitre VII de ce travail la statistique des suicides :

« Il a été constaté, en 1874, 5,617 suicides; c'est le chiffre le plus élevé que la statistique criminelle ait jamais constaté. Ils ont été accomplis : 4,435 (79 p. 100) par des hommes et 1,182 (21 p. 100) par des femmes.

Malgré les investigations de la justice, il n'a pas été possible de connaître l'âge de 105 suicidés. Les 5,512 autres se divisent ainsi : mineurs de seize ans, 29 ; âgés de seize à vingt et un ans, 193; âgés de vingt et un à quarante ans, 1,477; âgés de quarante à soixante ans, 2,214; ayant dépassé ce dernier âge, 1,599.

On comptait parmi les suicidés 1,946 célibataires (36 p. 100) 2,645 (48 p. 100) étaient mariés et 881 (16 p. 100) veufs. Au nombre de ceux qui forment les deux dernières catégories, il s'en trouvait 2,259, ou près des deux tiers, qui avaient des enfants. L'état civil de 145 individus n'a pu être constaté.

Plus des sept dixièmes des suicidés ont lieu par la strangulation (2,472) ou par la submersion (1,514).

Les suicides ont été, comme toujours, plus fréquents au printemps (31 p. 100) et en été (27 p. 100) qu'en hiver (23 p. 100) et en automne (19 p. 100).

Un dernier tableau présente les résultats de l'enquête judiciaire, au double point de vue de la profession des suicidés et des mobiles auxquels on présume qu'ils ont cédé. En adoptant la même classification que pour les accusés, les 5,617 suicidés se distribuent ainsi : agriculteurs, 1,828 (33 p. 100); ouvriers des diverses industries, 1,689 (30 p. 100); négociants ou marchands, 241 (4 p. 100); exerçant des professions libérales, 927 (16 p. 100); domestiques, 228 (4 p. 100); sans profession ou profession inconnue, 704 (13 p. 100). Pour les motifs, il a été impossible de les dégager de l'information à l'égard de 481 suicides; les autres se classent de la manière suivante : misère et revers de fortune, 652; chagrins de famille, 701; amour, jalousie, débauche, inconduite, 815 (dont 572 amenés par des habitudes d'ivrognerie ou des accès d'ivresse); souffrances physiques 798; peines diverses, 489; maladies mentales, 1,622; suicides des auteurs de crimes capitaux, 59. C'est aux aliénistes et aux moralistes qu'il appartient de déduire de ces chiffres les enseignements qu'ils comportent. »

— La réouverture du cours de l'École supérieure de pharmacie aura lieu le lundi 6 novembre; les inscriptions seront délivrées du 20 au 4 novembre.

— *Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux* (année 1876-1877).— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 6 novembre, à l'amphithéâtre de l'Assistance publique, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique*. — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis;

2° *Anatomie descriptive*. — M. N..., prosecteur, les lundis et jeudis;

3° *Physiologie*. — M. N..., prosecteur, les mercredis et samedis;

4° *Histologie*. — M. le docteur Grancher, chef du laboratoire, les mardis et samedis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le Musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— La Société médicale des hôpitaux a repris le cours de ses séances habituelles aujourd'hui vendredi, 13 octobre.

— La Société anatomique a repris ses séances vendredi dernier, 6 octobre, et les continue tous les vendredis, à trois heures et demie, sous la présidence de M. Charcot.

— M. le docteur Bygrave vient d'être nommé commandeur de l'ordre royal d'Isabelle la Catholique.

Le carnet du médecin praticien, formules, ordonnances, tableaux du pouls, de la respiration et de la température, comptabilité. — Un cahier oblong, avec cartonnage souple, 1 franc. — Paris, 1876, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Cataplasme Lelièvre

approuvé par l'Académie de médecine.

Adopté par le Ministère de la guerre pour les Ambulances et les Hôpitaux militaires, et par le Ministère de la marine pour le service de la Flotte.

Sous le nom de *Cataplasme Lelièvre*, j'ai innové une nouvelle substance qui supprime tous les inconvénients attachés à l'emploi de la farine de lin.

Au lieu des opérations multiples désagréables et dispendieuses nécessitées par la méthode ordinaire, il suffit de mouiller une de ces feuilles en la plongeant dans l'eau bouillante *pendant quelques minutes* et de l'appliquer ensuite sur la peau en la recouvrant d'une baudruche ou d'une toile cirée.

« On supprime ainsi tous les inconvénients inséparables du cataplasme à la farine de lin qui souille le lit, fermente rapidement, exhale une odeur désagréable et presque toujours est préparé avec de la farine falsifiée et déjà rancie.

Dr Lelièvre

Pharm. de 1re cl. de la Faculté de Paris.

Dépôt à Paris : Avenue Victoria, 24, maison Rigollot et Ce, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Exiger le vrai nom.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé* : GUERSANT,

« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine) de Paris, le 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Glycérine, fer et quinquina.

Administration de tous les principes du quina, du fer à haute dose, sans **constipation**, et de la glycérine pure employée par les médecins anglais et américains comme succédané de l'huile de foie de morue.

SIROP DE CATILLON : iodure de fer, quina et glycérine (*scrofule, rachitisme, syphilis, phthisie*, etc.)

VIN DE CATILLON : Bagnols, quina et glycérine.

VIN FERRUGINEUX (élixir) : quina au lunel, fer, glycérine (*troubles digestifs, dysenterie, fièvres intermittentes, typhoïde, aglobulie, diabète*, etc.

1, rue Fontaine Saint-Georges, Paris.

Voir *France médicale* du 29 avril 1876, et notre Mémoire sur l'emploi de la glycérine à l'intérieur.

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 francs.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont. Paris. B^te^ 2 fr. 50.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Solution Bourguignon

au chlorhydro-phosphate de chaux

Le plus énergique et le plus rationnel de tous les reconstituants. — Titrée à 1 gramme par cuillerée à bouche. Le meilleur succédané de l'huile de foie de morue. — Se prend dans l'eau rougie; deux cuillerées à chaque repas. — Dans toutes les pharmacies.

Granules de Garnier-Lamoureux

dosés au milligr., etc., à base d'alcaloïdes, etc. *Atropine, Digitaline, Strychnine, Arsénieux, Arséniates de fer, Soude, Phosphure de zinc, etc. Dragées vermifuges de Santonine, Dr. laxatives de Rhubarbe, de Chloral, Iodure, Bromure, etc.* Vin de Quinquina ferrugineux de VIÉ-GARNIER. Pharmacie VIÉ-GARNIER, 213, rue Saint-Honoré.

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

GRANULES TROIS CACHETS.

Phosphure de zinc

à 4 milligrammes (1/2 milligr. de phosphore actif). *Anémies, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgies et autres Névroses, Scrofules, etc.*

NOTA. — La composition de PHOSPHURE DE ZINC, étant très-variable suivant la provenance, nous n'employons exclusivement que le *Phosphure de Zinc* cristallisé (Ph. Zn^3), sortant du laboratoire de M. P. VIGIER, auteur de la découverte de ce médicament.

3 francs le flacon, dans toutes les pharmacies.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL, rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du PIN SYLVESTRE. — REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, Paris, 22.

Asthme, Catarrhe, Oppression

Soulagement instantané par les TUBES LEVASSEUR. 23, r. de la Monnaie, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0 g 50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Maladies de la peau.

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris. Se trouvent dans toutes les pharmacies.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Pilules de Blancard, **approuvées par l'Académie de médecine de Paris.**

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Blancard

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Ph^ie^, 82, rue Rambuteau, Paris.

N° 121. — MARDI 17 OCTOBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 17 OCTOBRE 1876. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

C. *Attaques convulsives.* — L'épilepsie modifie à ce point les tendances antérieures et les qualités intellectuelles, morales et affectives des malades, qu'elle finit par les ramener à une expression générale : elle leur communique un cachet commun et des plus reconnaissables. Il semble, en vérité, que ces invalides du système nerveux aient des mœurs à part !

En dehors de toute crise convulsive, les épileptiques sont égoïstes, méfiants, ombrageux, irritables et emportés. Un geste ou un regard suffit quelquefois pour leur causer l'impression la plus fâcheuse et enflammer leur colère. Soupçonneux, querelleurs, difficiles à vivre et n'aimant personne, ils se plaignent à tort, se disputent et se font haïr. Leurs mouvements impétueux n'excluent ni la pusillanimité, ni la poltronnerie : chez eux, tout est contradiction. Ces mêmes hommes dont l'humeur acariâtre, méchante et rebelle, a tout à l'heure éveillé votre attention, les voici maintenant soumis, prévenants, polis, flatteurs, obséquieux, et rampants; ils vous entourent, vous prennent les mains, se mettent entièrement à votre discrétion et vous font mille protestations.

La mobilité des manifestations psychiques dans l'épilepsie est telle qu'à midi un malade affable, gai, démonstratif, enthousiaste, se sera applaudi de ses actions, aura vanté les ressources de son esprit et de son cœur, aura fait le loquace et exubérant éloge de sa femme, de ses enfants et de ses amis, aura complaisamment énuméré une foule de projets, et qu'à trois ou quatre heures vous retrouverez peut-être ce même homme en proie à la tristesse, au désespoir et au *tædium vitæ*.

La lésion des sentiments affectifs est en général très-marquée. Les épileptiques ont ce qu'on appelle vulgairement le *cœur sec*.

Indépendamment de ces modifications si spéciales que l'épilepsie apporte dans le caractère et les habitudes des malades, modifications compatibles d'ailleurs avec la raison proprement dite, observe-t-on des troubles intellectuels déterminés dans l'intervalle des attaques? Je ne le pense pas. Toutes les fois que l'intelligence se trouve soudainement compromise chez un convulsif, c'est qu'il y a eu auparavant une manifestation épileptique qui a échappé, dont on n'a pas tenu compte ou que l'on n'a pas reconnue. En prenant la peine d'examiner minutieusement le malade, en faisant une sévère enquête et en visitant au besoin le couchage, on ne tarde pas d'ordinaire à se convaincre qu'il s'est produit, à l'insu de tous, un vertige, un accès incomplet ou une attaque nocturne. La description qui a pu être faite des désordres psychiques dans l'intervalle des attaques, ne repose que sur une erreur de diagnostic. Les troubles de la raison ne doivent donc être recherchés et étudiés qu'avant et après les accidents, et c'est là ce que nous allons faire.

Bien que la soudaineté la plus imprévue soit le caractère principal de toutes les manifestations d'origine comitiale et que le choc épileptique soit en général aussi rapide que la foudre, on doit convenir cependant que, dans un certain nombre de cas particuliers, il est possible de constater en dehors de l'aura physique une véritable aura intellectuelle. De même qu'un malade peut annoncer son attaque quelques secondes, quelques minutes et même quelques heures auparavant, en se basant soit sur une souffrance céphalalgique ou des soubresauts, soit sur des douleurs vagues ou une aura, de même son entourage habituel, en face de la constatation de certaines particularités mentales, peut prévoir de loin et de près l'orage convulsif.

Une ou plusieurs heures avant et même la veille de l'événement, le malade fait une sorte de stage : il est morne, taciturne, irritable, hargneux; il paraît manquer de spontanéité et de vivacité; il est distrait et sa mémoire est un peu en défaut. Dans quelques cas très-minutieusement observés, il est, au contraire, un peu loquace, expansif, bienveillant, gai, enthousiaste. De toute façon, il n'est pas à son diapason intellectuel normal.

Quelques minutes avant sa crise, il évoque tout à coup un souvenir, répète une idée, aperçoit des étincelles, des flammes, un cercle rouge, un globe de feu, une image empourprée; entend une sonnerie, un grincement, un sifflet; perçoit un goût de cuivre, sent une odeur de soufre, de fumée ou de gaz, puis il tombe. Celui qui a été témoin une fois de ces signes avant-coureurs, les retrouvera toujours chez le même malade, à chaque accès ultérieur, car ils se reproduiront avec la plus invariable uniformité : même souvenir, même idée, mêmes sensations fausses. Une seule circonstance peut les modifier. La

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5 et 12 octobre.

médication bromurée, en effet, supprime d'ordinaire les auras physique et intellectuelle. Le malade tombe alors sans être préalablement averti.

J. Falret, qui a parfaitement étudié l'état mental des épileptiques, croit que très-souvent le souvenir, l'idée ou l'image dont nous venons de parler, ne sont rien autre chose que « la reproduction de l'idée ou de la sensation qui ont provoqué chez le malade la première attaque épileptique. Beaucoup d'entre eux, devenus épileptiques à la suite d'une vive émotion morale ou d'une profonde terreur, voient apparaître dans leur esprit ou sous leurs yeux, à chaque nouvel accès, les circonstances pénibles ou la scène effrayante qui ont déterminé chez eux la maladie pour la première fois. »

La convulsion épileptique a une durée qui oscille entre vingt et cent quarante secondes. Le malade, absolument insensible, ne présente point de troubles intellectuels pendant sa crise, et est surtout un péril pour lui-même. Qu'on lui fasse respirer du gaz ammoniac et il ne le sent pas. Qu'on entr'ouvre ses paupières et qu'on approche la plus vive lumière, et l'œil n'en est pas affecté. Que l'on tire un coup de pistolet le plus près possible de son oreille et il ne l'entend pas. C'est qu'en effet il vit en dehors du monde extérieur. En fait d'actes dommageables, il casse des carreaux, brise des objets mobiliers ou met le feu en s'incendiant lui-même.

Au sortir de l'attaque, le malade est engourdi, hébété, abattu, humilié; il cherche à rappeler ses souvenirs, à coordonner ses idées, à fixer son attention, mais il se heurte fatalement à la difficulté d'accomplir toute opération intellectuelle. Il n'essaie pas de lutter, se sent comme écrasé, s'abandonne à une tristesse morne, se livre mentalement à une douloureuse récapitulation de tous les malheurs qu'il a subis dans sa vie, s'avoue vaincu et hors de combat, récrimine à part lui avec l'exagération la plus amère et ne se résigne point. Après une ou plusieurs heures, ses pensées se rassérènent et deviennent de moins en moins noires; ses déterminations s'imprègnent d'un peu de fermeté; sa céphalalgie diminue, et fait place à un ennui général confus et à de la courbature. La réintégration de tout l'entendement s'achève par degrés.

Malheureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi. Dans quelques cas relativement rares, les épileptiques ne font que passer d'une attaque convulsive à un accès subit et tout à fait temporaire d'aliénation mentale. On les voit alors différer complétement d'eux-mêmes et être poussés à des actes étranges, ou à la violence la plus imprévue, par une force à laquelle ils ne peuvent pas résister. Accablés d'une anxiété ou d'une crainte vagues, ils sortent de chez eux et errent dans les rues ou dans la campagne; toutes les idées pénibles qu'ils ont eues aux diverses époques de leur vie leur reviennent en mémoire et s'emparent d'eux; ils sont dominés par un sentiment vague d'angoisse et de terreur. Dans leur trouble et leur détresse, ils accusent leurs amis de leur en vouloir; ils se croient en butte à des persécutions qui n'existent que dans leur imagination malade, et c'est alors qu'ils accomplissent, surtout s'ils sont en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, un acte malfaisant ou toute une série d'actes criminels. Quelques-uns se soulagent en s'en prenant aux choses et en les détruisant, en brisant, par exemple, leur montre, des glaces ou des pendules, ou bien en jetant au feu ou par la fenêtre leurs papiers, leurs livres ou leurs vêtements. Si, dans d'aussi déplorables dispositions d'esprit, ils viennent à rencontrer un homme qu'ils soupçonnent, qu'ils accusent, et contre lequel ils ont parfois nourri des projets de vengeance, on comprend qu'il n'y ait plus de frein possible aux sentiments haineux et aux sourdes passions qui les avaient émus et retenus pendant l'état de calme et de raison : le coup est porté. D'autres se tuent pour se délivrer de leurs craintes et de leurs inquiétudes; d'autres, enfin, dans une fureur aveugle et désespérée, se jettent sur les personnes que le hasard met à leur portée au moment où l'excès de leur terreur et de leur anxiété ne leur permet plus de maîtriser leurs impulsions.

Dans ce délire épileptique transitoire, plusieurs signes caractéristiques sont à retenir : le besoin automatique de mouvement et de fuite, la tendance instinctive et indéterminée à vagabonder inconsciemment, pieds nus, à peine vêtus, sans boire ni manger, dans n'importe quelle direction et à n'importe quelle heure; la fureur, qui porte les malades à épuiser leur rage aveugle contre autrui ou contre eux-mêmes, à se frapper le crâne à coups de poings ou à se jeter tête baissée contre un mur; l'inutilité, la férocité et la multiplicité des agressions homicides; le nombre insolite des blessures, les victimes étant parfois déchiquetées, et l'absence ultérieure de tout regret et de tout remords.

La perpétration du crime amène souvent une détente, un soulagement, j'ai presque dit une satisfaction, et puis la tempête s'apaise, et l'on peut assister au retour progressif du calme, de l'intelligence, de la volonté, de la liberté morale et de la responsabilité. D'autres fois, le meurtrier, toujours très-troublé, jette son arme et continue à errer sans but, sans conscience et sans souvenir, attiré plutôt par le libre espace des champs que par l'aspect d'une ferme habitée ou d'une rue de village. Haletant, épuisé, il s'arrête enfin, se couche au pied d'un arbre et se laisse emmener. A ce moment, il est surpris, confus et vaguement inquiet.

Quelques heures ou quelques jours s'écoulent, on multiplie les interrogatoires, on fouille dans le passé, on passe au crible les moindres actes du malade, on note sa bonne foi, mais on insiste pour pénétrer dans ses souvenirs, et, au milieu d'une incertitude extrême, qui a fréquemment permis de songer à la possibilité d'une simulation, on recueille çà et là quelques lambeaux épars de réminiscences avortées, quelques révélations hésitantes et peu utiles sur le départ de la maison, la course à travers la campagne, la rencontre d'un troupeau ou la poursuite d'un gendarme, mais la mémoire est murée ou presque murée. L'épileptique a semé la mort et il ne s'en souvient pas. Il le croit, ou veut bien le croire, puisqu'on le lui dit, mais il s'interroge lui-même et ne se répond point. Il se perd dans les ténèbres, renonce à toute recherche, soupire et se tait, ou bien, avec cet égoïsme inqualifiable qui jamais ne l'abandonne, il demande qu'on abrége un entretien qui le fatigue!

A la suite d'affirmations aussi graves, je vais rapporter, sans plus tarder, une observation tristement significative. Cet exemple est le plus récent et le plus épouvantable de tous, je veux parler du meurtre de sept personnes accompli, le 19 avril 1875, par un épileptique, dans l'arrondissement de Montargis. L'assassin n'a été et ne sera l'objet d'aucune poursuite judiciaire : il appartient donc à la science. J'ai passé avec lui la journée du 6 mai 1875 à Orléans.

Jean Michot a quarante-deux ans; il est manouvrier, ne sait ni lire ni écrire, mais est intelligent. Il est d'une grande taille, d'une constitution vigoureuse et d'une remarquable douceur apparente; ses traits sont réguliers, son crâne est un peu pointu et sa physionomie porte l'empreinte générale du calme et de la bonhomie. Il a une très-légère blésité.

Son père est mort à un âge avancé; sa mère a succombé en trois heures à une attaque d'apoplexie; il a perdu un frère et une sœur,

mais il a encore six sœurs bien portantes et un frère épileptique et aliéné, en traitement dans un asile spécial. Michot a eu des convulsions dans son enfance, et jusqu'à l'âge de treize ans il a de temps en temps uriné au lit. A vingt ans, sans cause appréciable, il a un premier vertige. Il satisfait à la loi du recrutement, sert dans la marine et fait la campagne de Crimée, à bord du *Suffren*. Un peu plus tard; pendant la guerre d'Italie, il reste dans les eaux de la Méditerranée, en vue de Messine, à bord de l'*Ebre*. Quelques mois après la paix de Villafranca, il est renvoyé dans ses foyers et définitivement libéré.

De 1852, date du premier vertige, jusqu'à la fin de 1859, Michot a toujours eu un vertige « au moment de la pleine lune », mais il n'est point tombé et n'a jamais présenté d'anomalies intellectuelles. On lui a seulement dit qu'il était parfois très-pâle pendant quelques minutes. En 1860, il se marie une première fois. Sa femme meurt en 1864, lui laissant une fille, âgée aujourd'hui de quatorze ans. Cette enfant ne sait pas lire, mais elle est intelligente et bien portante; elle est domestique à la campagne.

En 1865, Michot, qui a toujours continué à n'avoir que des vertiges périodiques, est un jour très-ému et très-effrayé en face d'un incendie. Le soir même, il pousse un grand cri et tombe foudroyé : il avait sa première attaque d'épilepsie. A très-peu de temps de là, il contracte son second mariage. En 1866, une attaque nocturne survient inopinément. Sa femme, en proie à la plus douloureuse surprise, se montre inquiète et grondeuse, se plaint de n'avoir pas été prévenue avant le mariage de l'existence d'une pareille névrose, et déclare énergiquement que, fidèle à ses devoirs, elle restera toujours la femme de son mari, mais qu'elle ne passera plus la nuit à son côté. Elle tint parole, et il ne fut plus question de rien entre les époux. La femme se montra attentive, tendre et dévouée, et s'ingénia à dissimuler de son mieux les accidents nerveux ressentis par son mari. Deux enfants sont nés de cette union et sont bien portants : une fille de huit ans qui ne sait pas lire et un garçon de trois ans.

De 1866 à 1873, Michot eut trois ou quatre attaques convulsives par an, dans la journée, et, presque à chaque fois, il mouillait sa chemise et son pantalon. Une ou deux fois par an, il urinait au lit. Dans l'intervalle des attaques, il n'éprouvait plus que quelques vertiges, à des époques irrégulières, et parfois aussi « une espèce de fausse attaque qui ne durait pas seulement la moitié d'une minute ». La veille d'une grande attaque, « il avait la tête embrouillée, il lui semblait qu'il allait lui arriver quelque chose, mais dès que la crise était sortie, il était débarrassé. »

Constatons, sans plus tarder, que l'on retrouve chez Michot, au point de vue clinique, les trois manifestations officielles de l'épilepsie : le vertige, l'accès incomplet et la grande attaque convulsive.

Au mois d'août 1873, quelques heures après un accès grave, Michot se sent porté, pour la première fois de sa vie, à frapper, à mordre ou à se ruer sur quelqu'un. Il éprouve des impulsions terribles, et comme il peut les analyser et qu'il semble avoir une demi-conscience de sa situation, il rentre chez lui et se couche. Sa femme se présente bientôt et lui offre ses bons offices, mais il est pris aussitôt d'une terreur indicible et n'a que le temps de lui crier : « Va-t-en, va-t-en. » La malheureuse prend la fuite et va se mettre en sûreté chez des voisins. Quant au malade, il s'endort, et à son réveil il se dit guéri.

Michot a toujours été d'une excessive sobriété. Étant marin, c'est à peine s'il buvait la ration de café et de rhum qui lui était délivrée; il s'en trouvait habituellement incommodé. Une fois rendu à la vie civile, il fut toujours très-pauvre, et ne but presque jamais que de l'eau.

Nous sommes au 18 avril 1875. Michot a été triste, maussade et sombre pendant toute la journée. Le soir, il a une grande attaque. Il passe une nuit très-pénible, ne dort pas, est agité ou rêvasse : il a des flammes devant les yeux, il est tout entouré d'étincelles, il monte sur une voiture pour se sauver et tombe sur une route; il se trouve au cimetière, reconnaît les tombes de son père et de sa mère, puis roule au bas d'un fossé. Il se réveille au petit jour, prend à peine le temps de se vêtir et sort « pour aller se faire embaucher ».

La sinistre journée du 19 avril commence par une longue course inconsciente. Michot ne sait pas où il est allé; il croit qu'il a beaucoup marché et qu'il a eu un étourdissement en route, mais comment a-t-il pu retrouver son chemin et rentrer chez lui? Il l'ignore. Toujours est-il qu'il écrase son chat et qu'il blesse sa femme, mais il ne s'en souvient pas. De courageux voisins se jettent sur lui, l'attachent sur une chaise, font coucher la femme Michot et étanchent le sang qui s'échappe de ses plaies. Michot revient à lui, brise ses liens, saisit sa grande serpe, entre chez sa femme, et, pendant que tous les assistants s'enfuient avec effroi, il frappe à coups redoublés. Le lit sur lequel a expiré la victime est tout à fait haché.

Le meurtrier a conservé un souvenir confus de cette scène. « Je me vois encore m'en aller de la Grande-Breuille, dit-il; j'étais nu-tête et nu-pieds, je n'avais que ma chemise et mon pantalon; je crois que je portais mon gilet de laine sur le bras gauche, tandis que je tenais mon croissant de la main droite. »

Michot commence alors à travers champs une course de neuf à dix kilomètres, décapite la veuve Freisy, mendiante, âgée de soixante-quinze ans, puis assassine l'abbé Rocher, curé de Saint-Maurice-sur-Aveyron, et s'acharne avec une rage inouïe sur le cadavre de ce vieillard. « Je ne sais pas, dit-il, s'il m'a parlé et si je lui ai parlé, mais j'ai vu une grosse masse noire tomber à mes pieds. Cela devait être lui. » Un peu plus loin, Tonnelier est massacré, la femme Tonnelier a le poignet coupé; le jeune Thiéry, âgé de neuf ans, a le crâne fracassé, et enfin Tellier est tué d'un seul coup. La femme Tonnelier étant morte le lendemain, l'autorité a fait procéder à la fois aux funérailles des sept victimes.

Le 20 avril, Michot arrive à Orléans; il est calme, demi-lucide et un peu étonné. Le 21 avril, il est tout à fait revenu à lui, mange avec appétit et dort bien. Le 22, il pleure pendant un quart d'heure. Une religieuse s'approche de lui, le questionne, lui demande les motifs de son affliction, et l'épileptique égoïste et au cœur sec lui répond aussitôt : « Mais voyez donc comme il fait beau temps; depuis maintenant jusqu'à la fin d'août, voilà le plus beau moment pour les travaux de la campagne, j'amassais toujours bien mes quarante écus. Me voici dans la peine, c'est bien du malheur pour moi! »

Le 29, à quatre heures du soir, Michot tombe foudroyé et s'ébat convulsivement. Il se mord la langue et mouille sa chemise et son pantalon. Dans la nuit du 29 au 30 avril, il a une nouvelle attaque et tombe de son lit. Son intelligence n'est point du tout troublée à la suite de ces deux crises. Le malade ne se souvient point de l'attaque de jour, tandis qu'il a parfaitement conservé la mémoire des soins particuliers que lui a donnés pendant la nuit l'infirmier du service.

Le 6 mai, je le trouve très-calme et très-lucide, et il supporte sans la plus légère émotion et sans le moindre embarras une conversation de plusieurs heures avec M. le docteur Payen et avec moi. Il est d'une bonne foi qui touche, d'une quiétude qui émeut et d'un égoïsme qui révolte.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

V

Je vous rappellerai simplement un autre cas, soigné par M. Gay, dans lequel la compression prolongée amena une si grande amélioration, qu'à un certain moment on put croire à la guérison radicale. Cette observation est publiée dans *The Lancet* du 10 février 1872, et beaucoup d'entre vous ont vu le malade, de sorte que je n'en rappellerai que les points principaux :

« M. W... est un homme robuste et bien portant, âgé de quarante-cinq ans. Tumeur présentant tous les caractères d'un

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 octobre.

anévrysme à la racine du cou à droite, en partie recouverte par la clavicule; elle a été remarquée il y a six semaines; mais le malade avait éprouvé des douleurs rhumatismales et de l'engourdissement de ce bras depuis six ou huit mois; dix ans auparavant, il avait consulté un médecin pour une sensation de froid et d'engourdissement dans les doigts, qu'il attribuait à une entorse qu'il s'était donnée en ramant. Peu de temps après, il remarqua quelques pulsations inusitées dans le point occupé par l'anévrysme, et sa femme dit à M. Gay qu'elle savait que son mari était atteint d'anévrysme depuis plusieurs années.

« Après plusieurs consultations, on se décida à essayer la compression du côté cardiaque de la tumeur. On commença le 14 octobre 1871; la compression fut d'abord simplement digitale et maintenue sans interruption par des relais d'étudiants et autres personnes qui s'intéressaient au malade. On jugea bientôt utile de remplacer le doigt par le compresseur de M. Coles. C'est un instrument en forme de T, muni d'une pelote molle du volume environ de l'extrémité du doigt, qui est placée à l'extrémité d'une tige perpendiculaire, sur laquelle s'appuie la main qui comprime; à l'aide de ressorts délicats, on peut graduer l'effort de la compression avec la plus grande exactitude, suivant que le cas l'exige.

« La compression fut ainsi maintenue avec de courtes interruptions pendant quatre jours et quatre nuits. Elle causait de grandes douleurs, avec engourdissements de la main et élancements douloureux le long du trajet du cubital, surtout à son passage derrière le condyle interne de l'humérus. Ces symptômes furent soulagés par l'emploi de la morphine et du chloral. Quand la compression fut suspendue, les pulsations dans l'anévrysme et la radiale avaient presque complétement disparu, ainsi que le bruit. On avait le projet de recommencer la compression, mais on trouva la peau humide et de couleur sombre. Il se déclara un érysipèle qui s'étendit dans toutes les directions, mais surtout du côté de la tumeur et de l'épaule. Les symptômes généraux devinrent inquiétants; la température présentait de grandes variations, alternant entre 96 et 102° (Fahr); la langue était sèche, le pouls rapide et faible et la face terreuse. Le sphacèle commença et finit par envahir non-seulement la peau, mais les parties profondes dans le voisinage du sac, comprimant le fascia profond et détruisant le ventre antérieur du muscle omo-hyoïdien. Dans cet endroit, le pus mélangé de tissus mortifiés s'écoulait en dehors en présentant des mouvements qui correspondaient à ceux de l'artère et de la poitrine. Trois jours après l'apparition de ces symptômes, une pneumonie éclata à droite; on craignant qu'elle ne fût de nature pyohémique. Le huitième jour, les symptômes s'amendèrent, des granulations se montrèrent dans la plaie, et au bout de huit semaines elle était cicatrisée, et le malade se trouvait dans un état de santé satisfaisant.

« En examinant l'anévrysme, on constata qu'il existait toujours, mais le sac était plus petit et plus épais, et semblait s'être transporté un peu du côté de l'épaule. Vers son extrémité périphérique, les pulsations ressemblaient à celle d'une grosse artère. La compression exercée en ce point et sur la sous-clavière au-dessus de la tumeur arrêtait le courant dans le sac et dans la radiale, en modifiant le caractère du bruit. L'intensité du courant dans le sac comme dans la radiale était considérablement diminuée.

« On observa que, pendant la durée de la compression et pendant plusieurs semaines après, les ongles de la main de ce côté cessèrent de croître, et que, pendant la convalescence, la partie postérieure du poignet et de la partie inférieure de l'avant-bras se couvrit de poils. Les veines superficielles ont été constamment plus gonflées que celles du membre opposé.»

Ce gentleman est encore en traitement; et M. Gay a eu la bonté de m'informer aujourd'hui qu'il a trouvé le moyen d'appliquer une sorte de compresseur à ressort sur l'artère au-dessus de la tumeur, de façon à faire cesser les pulsations de la tumeur, aussi bien que celles des artères du bras et de l'avant-bras. La tumeur est devenue beaucoup plus petite, et ses parois se sont épaissies; quand l'épaule est abaissée, elle semble être située tout à fait au-dessus de la clavicule, mais elle disparaît complétement de la vue quand le bras est élevé. Quand la compression fut employée pour la première fois, elle fut appliquée sur la troisième portion de la sous-clavière, qui semble, dans ce cas, être située un peu haut, mais à présent l'artère sur laquelle la compression est exercée de façon à arrêter les pulsations, est située presque verticalement, à un pouce environ au-dessus de la tumeur et un peu vers la ligne médiane. C'est là probablement le résultat de quelque changement de rapports déterminé par le sphacèle. Bien que cette observation soit incomplète, elle n'en est pas moins encourageante. Il semblait qu'on fût sur le point d'obtenir un succès complet quand est survenu cet érysipèle d'une manière si malencontreuse, et je dois dire qu'en ce moment j'ai bon espoir que la compression exercée d'une manière ou d'une autre doit réussir.

M. Poland a publié dans un volume des *Transactions médico-chirurgicales* (vol. LII, p. 277), paru récemment, un cas bien connu, dans lequel la compression de l'artère au-dessus de la tumeur, a complétement réussi. Je ne vous fatiguerai pas à vous retracer tout au long une observation aussi récente et aussi connue; mais je vous en lirai seulement l'abrégé fait par M. Poland lui-même.

« C'est un exemple unique de succès de la compression digitale sur le côté cardiaque d'une anévrysme de la sous-clavière, mais ce succès doit être attribué sans doute à l'existence d'une côte cervicale surnuméraire et à la longueur anormale de l'artère sous-clavière. La compression fut réalisée en plaçant le pouce sur l'artère au niveau du bord externe du scalène, et en pressant doucement l'artère contre le point d'appui osseux situé derrière elle; cette manœuvre n'exigeait qu'un effort très-modéré pour arrêter complétement les pulsations. Cette compression fut exactement maintenue par des relais d'aides pendant quatre-vingt-seize heures, avec une interruption de quelques minutes seulement. Au bout de vingt-quatre heures, le malade eut une faiblesse; et au bout de quarante-huit heures, la tumeur sembla plus petite et plus dure, mais présentant encore des pulsations; à la soixantième heure, le malade fut inquiet et remuant, probablement par suite d'irrégularités dans le degré de force employée; à la soixante-dizième heure, il y avait peu de nouveaux progrès; le malade redevint fort irritable et se plaignit de mal de tête; le pouls gauche était faible à 60° environ.

« Dans ces circonstances, on discontinua la compression à la quatre-vingt-seizième minute. La tumeur était devenue plus petite et plus dure, mais elle était encore le siége de quelques pulsations faibles. A la fin du mois, toute pulsation avait disparu, la tumeur était plus dure, et peu après elle commença à diminuer; finalement, elle disparut complétement, et il ne resta d'autre vestige de l'anévrysme de la sous-clavière qu'une grosse artère traversant l'espace qu'il occupait. »

Ces observations montrent que la compression est possible dans les anévrysmes qui appartiennent à la variété sub-clavio-axillaire; et après un cas comme celui d'O'Reilly, j'ai le droit

de conclure que, tout au moins dans quelques cas où l'on a lié la première portion de l'artère, la compression du côté du cœur peut être aujourd'hui employée grâce au chloroforme. Car l'insuccès de la compression, à une époque antérieure à l'emploi de l'anesthésie, n'est pas un argument contre son application, maintenant que nous avons trouvé un sûr moyen de tenir le malade dans un état d'insensibilité suffisamment prolongé pour obtenir une coagulation complète, même dans des anévrysmes volumineux. La difficulté mécanique de diriger et de maintenir la compression sera, je le crains, très-grande, mais pas si grande, cependant, que l'habileté de nos fabricants d'instruments ne puisse en triompher. Nous devons également nous rappeler combien étaient petits quelques-uns de ces anévrysmes, et avec quelle rapidité on a quelquefois obtenu la guérison de petits anévrysmes, grâce à la compression du côté du cœur, comme dans l'observation de M. Brigaut, dans laquelle un homme se guérit lui-même d'un anévrysme poplité de petit volume, en se comprimant la fémorale pendant quatre heures et demie.

La question de savoir si la compression est applicable à la première portion de la sous-clavière est difficile à résoudre. L'artère s'élève ordinairement fort peu au-dessus de la clavicule de chaque côté ; elle est située à une grande profondeur et recouverte par le muscle sterno-mastoïdien ; elle est croisée par le nerf pneumo-gastrique et entourée par le laryngé supérieur du côté droit; des branches volumineuses du grand sympathique l'entourent et ne peuvent échapper à la compression ; elle est éloignée de près d'un pouce dans beaucoup de cas de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre cervicale ou de la première dorsale, qui est le point le plus voisin sur lequel on puisse la comprimer; les grosses veines du cou, la jugulaire interne, la veine vertébrale, etc., doivent être momentanément obstruées, et la trachée elle-même ne peut être que difficilement évitée. Il faut encore se rappeler que la hauteur à laquelle cette artère s'élève dans le cou varie beaucoup; chez quelques sujets jeunes et émaciés, il est certainement facile de supprimer le pouls en appliquant le pouce, entre le sterno-mastoïdien et la trachée, sur la première partie de la sous-clavière ou sur l'innominée. Dans le cas d'O'Reilly, comme nous l'avons dit plus haut, il est parfaitement établi que la compression de la première portion de la sous-clavière supprimait aisément les pulsations de la tumeur.

Dans un cas semblable, je pense donc qu'on pourrait essayer d'en faire autant, et si l'on pouvait se rendre maître de la circulation par une pression modérée avec le doigt ou la pelote, on serait en droit d'administrer le chloroforme et de tenter la guérison par la compression rapide.

La compression directe de la tumeur est difficile à réaliser d'une manière satisfaisante, et les observations publiées ne prouvent guère en faveur de ses avantages, bien qu'en quelques cas on proclame la guérison. Ainsi M. Poland publie, dans un appendice à son observation dans les *Transactions médico-chirurgicales* (vol. LII), un cas de Corner, dans lequel un malade, qui avait un anévrysme de la sous-clavière, se guérit en portant dessus un objet en cuir. Cet objet ne pouvait, en réalité, produire que peu ou pas d'effet. Il l'avait porté pendant un an, quand un certain jour, « il se sentit soudainement mal, éprouva des envies de vomir et des vertiges, de sorte qu'il fut obligé de chercher un point d'appui pour ne pas tomber, et en portant ensuite sa main sur sa tumeur, il n'y ressentit plus de pulsations. » Il avait été précédemment guéri spontanément d'un autre anévrysme; de telle sorte que je crois qu'il est infiniment probable que la guérison a été ici également spontanée et due, sans doute, à l'introduction d'un caillot dans le bout inférieur de l'artère.

Je ne vois pas non plus que les autres observations que l'on produit à l'appui de la guérison par la compression directe soient beaucoup plus convaincantes. Cependant, on peut très-bien employer cette méthode quand le premier traitement est inapplicable et que les symptômes ne sont pas suffisamment alarmants pour justifier les méthodes plus dangereuses de la manipulation ou de la galvano-puncture, et je ne vois pas qu'il y ait d'inconvénient à en faire l'adjuvant de la compression centrale. La compression périphérique est également utile de la même manière, dans l'opinion de quelques chirurgiens, mais c'est un point qui exige de nouvelles observations.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 octobre 1876. — Présidence de M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Ulcérations tuberculeuses de la bouche. — M. Laveran présente un malade atteint d'ulcérations tuberculeuses du voile du palais et de la voûte palatine. C'est un homme de trente-sept ans, sous-officier de la garde de Paris, qui a joui d'une très-bonne santé jusqu'au mois dernier. A cette époque, il a été atteint d'une pleurésie du côté gauche avec épanchement assez abondant, ayant nécessité deux ponctions. Il a cependant bien guéri et est parti en convalescence. Il y a un mois environ, il s'aperçut qu'il portait sur le voile du palais de petites aspérités, de légères tuméfactions qui lui causaient un peu de gêne. Il s'aperçut en même temps d'un gonflement notable du côté gauche. Peu de temps après, il entra au Val-de-Grâce, et l'on put constater sur la voûte palatine et le voile du palais la présence d'ulcérations, confluentes en avant, isolées en arrière, présentant d'ailleurs tous les caractères des ulcérations tuberculeuses. Ce malade porte également les signes manifestes d'une épididymite tuberculeuse. A l'auscultation, on constate les signes d'une ancienne pleurésie, mais aucun signe de tuberculisation du côté des sommets. Ce malade n'offre pas d'antécédents syphilitiques.

M. Laveran pense que c'est là un cas intéressant à rapprocher de ceux qui ont été présentés à la Société par M. Isambert.

Du tænia. — M. Laboulbène fait sur les tænias, en général, une très-intéressante communication qu'il terminera dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

III

En ce qui touche l'étudiant, resterait à discuter ce point. Vient-on plus exactement à un cours payé et le suit-on mieux ? Pour nous, nous ne le croyons pas, et si, les professeurs particuliers, c'est-à-dire recevant des honoraires de leurs auditeurs, s'étonnaient d'une telle manière de voir, nous leur demanderions si l'assiduité de l'élève à leurs leçons, ne vient pas plus tôt premièrement de la brièveté des cours plus en harmonie avec les besoins de l'examen que les cours interminables des chaires officielles, secondement de l'approche de l'examen lui-même auquel les leçons de l'école ne pensent que fort peu.

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 octobre.

Les avantages matériels du système français, et nous ajouterons l'élévation, la noblesse d'une méthode qui ouvre largement les amphithéâtres de sa Faculté et de ses hôpitaux, sans souci d'aucune autre rénumération, d'aucune autre rétribution que l'affluence et l'attention sympathique des auditeurs, ne laissent pas d'être reconnus à l'étranger, il est bon de le dire hautement. Ici, dans l'esprit du maître, pas la moindre préoccupation pécuniaire; le professeur en voyant se presser autour de lui tout un auditoire avide de l'entendre, n'a que des pensées désintéressées et nobles, et le jour où notre budget d'instruction publique sera tel que nous devons le souhaiter, où les traitements des maîtres seront dignes de leurs hautes et pénibles fonctions, et de leur valeur scientifique, nous nous demandons quels arguments pourront encore faire sonner les partisans des honoraires. Mais, en vérité, il faudrait que l'État fît quelque effort pour que le maître, montant en chaire, ne se préoccupât que de la science et de sa propre renommée; et laissât ainsi à nos désintéressés voisins le soin de s'appliquer à être solides, substantiels et instructifs dans le double intérêt de leur gloire et de leur..... bourse, comme disait éloquemment Cousin!

Le désintéressement des professeurs français, le bon marché de l'enseignement scientifique supérieur et en particulier de l'enseignement médical sont, disions-nous, partout reconnus dans les universités allemandes; il n'est pas un écrivain d'outre-Rhin qui n'ait voulu rendre témoignage sur ce point. La France, disent-ils, reste bien en ces matières le pays de la « Liberté et de l'Égalité » (1). Jamais éloge n'a été plus et mieux mérité.

Malgré les lacunes que nous avons signalées dans l'enseignement universitaire médical, le manque d'un certain nombre de chaires dont le besoin se fait sentir, et l'absence de chaires analogues à nos chaires de pathologie interne, de pathologie externe (enseignement théorique), l'ensemble des chaires *ordinaires* dans les Facultés de médecine du seul empire allemand s'élèvent à 185.

En Suisse (Facultés allemandes), le nombre des chaires de médecine est de 27; à Dorpat, de 10; en Autriche de 55; ce qui porte aujourd'hui à 277 le chiffre total des chaires ordinaires de médecine, susceptibles d'être occupées par les membres du corps enseignant allemand, étant donné le système de mutations connu.

En dehors de ces 277 professeurs ordinaires, occupant des chaires principales dans l'enseignement de la médecine, il existe dans les universités de l'empire 101 chaires extraordinaires, doublant les unes certaines chaires ordinaires, les autres consacrées à l'enseignement des spécialités. Si l'on joint à ces 101 chaires extraordinaires suisses, 2 chaires russes (Dorpat), 35 chaires autrichiennes, nous arrivons pour les chaires extraordinaires médicales au chiffre total de 147.

Si enfin, en dehors de ces 424 chaires, tant ordinaires qu'extraordinaires, consacrées à l'enseignement officiel de la médecine dans tous les pays de l'Europe centrale, où l'on parle la langue allemande, nous jetons les yeux sur l'enseignement particulier, c'est-à-dire sur l'enseignement des privat-docents, nous voyons que, dans le seul empire allemand, il faut compter 154 de ces maîtres; si maintenant nous ajoutons cinq docents russes pour l'année 1875, 24 docents suisses, enfin 88 docents autrichiens, nous arrivons au chiffre total de 271 docents professant la médecine dans l'idiome allemand.

Et pour finir, si nous additionnons le chiffre des ordinaires, des extraordinaires et des docents, nous arrivons au total imposant de 695 professeurs enseignant la médecine dans les seules Facultés de médecine, dans les seuls hôpitaux généraux; nous rappelons ici que les hôpitaux municipaux dans les grandes villes ne servent pas à l'enseignement. Ce chiffre de 695 varie assez peu chaque année; seul le chiffre des docents, qui n'est pas fixe, pourrait le faire un peu changer. Mais qu'importe au lecteur et à nous-même que l'on compte dix ou vingt docents de plus ou de moins d'une année à l'autre; cela a peu d'importance dans l'examen que nous venons de faire.

La situation d'un professeur ordinaire et même d'un extraordinaire de l'université est certainement des plus enviables dans l'organisation actuelle de la société allemande; le *professeur* jouit d'une considération universelle; partout bien accueilli, il est sûr de rencontrer la bienveillance des ministres et d'être écouté d'eux. Dans la construction et l'installation de tous les instituts et des hôpitaux généraux, ses observations et ses conseils font presque loi, et l'administration et la bureaucratie sont obligées cette fois de se taire et d'écouter. Ajoutons que le professeur d'université voit avec quelque facilité les portes des parlements s'ouvrir devant lui; ses connaissances étendues et l'habitude de la parole publique lui assurent là une légitime influence. Autrefois, les professeurs avaient rang de chevaliers et jouissaient de priviléges nombreux; leur juridiction sur les étudiants s'étendait même à des matières qui sont aujourd'hui du ressort de l'État. Maintenant, tout en restreignant priviléges et libertés académiques, les gouvernements font encore au corps enseignant universitaire une part des plus belles. Si les professeurs n'ont plus tous rang de chevaliers, il faut bien reconnaître qu'un grand nombre d'entre eux reçoivent des décorations, des titres et cette particule *von*, correspondant à notre *de*, laquelle paraît avoir sa valeur aussi au sein d'un public éclairé.

L'importance du professeur allemand s'explique par l'influence que sa position lui permet d'avoir et qu'il a toujours en réalité sur la jeunesse allemande tout entière. Le corps enseignant universitaire a compris qu'il avait un double rôle et que le moins important des deux n'était peut-être pas celui qui consistait à enseigner le patriotisme; cet enseignement n'est pas le monopole des sections d'histoire ou de philosophie, les facultés scientifiques savent, elles aussi, largement le répandre. M. de Bismark déclara un jour, dans une de ces boutades qui lui sont familières, que les professeurs étaient le fléau de l'Allemagne; il les traita de race pédante, sophiste et belliqueuse; sûrement aujourd'hui, le chancelier de l'empire ne parlerait point aussi mal des rudes auxiliaires qui lui ont préparé les voies et facilité l'accomplissement de son œuvre; qui, plus que les universités allemandes a travaillé pour l'unité de l'Allemagne.

Le système des mutations de chaires, en faisant passer les professeurs d'origine prussienne dans les universités des États secondaires, n'a point laissé d'avoir une grande part au mouvement d'unification que l'impéritie du gouvernement impérial accéléra si malheureusement. C'était une manière de conquête morale précédant la conquête politique et matérielle. Aujourd'hui encore, nous retrouvons le professeur prussien, pionnier de l'unification totale, dans les chaires de l'Université de Vienne, travaillant publiquement et en secret à ramener les dissidents à la mère-patrie; certes, c'est là un instrument de prussification d'une puissance trop grande pour que M. de Bismark en fasse encore fi.

Mille sociétés de beaux-arts, de littérature, d'histoire, de chant, se fondent là ou il est nécessaire, et, les yeux tournés vers la Sprée, attendent en apparence patiemment l'heure, tout en s'efforçant d'en annoncer la venue. L'Autriche allemande, moins que l'Alsace, mais à un degré suffisant pour qui sait voir et comprendre, est le foyer d'une propagande ardente de la foi germanique, de la grandeur et des hautes destinées de l'empire. Il faut *entedesquer, intedescare*, l'Europe centrale tout entière (1).

Des étudiants. — Nous avons généralement donné le nombre des étudiants qui fréquentent les universités sur lesquelles nous nous sommes particulièrement arrêté, et nous ne reprendrons pas la matière en détail dans ces notes; nous dirons seulement que le chiffre des étudiants en médecine qui suivent les cours des Facultés de l'empire allemand est de 3,565; les étudiants en médecine de Dorpat sont au nombre de 333; ceux des trois facultés de la suisse allemande au nombre de 420; ceux des universités austro-allemandes de 1552; ce qui donne pour l'année 1875 un chiffre total de 5,870

(1) In keinem Lande iste der medicinische Unterricht mit einer solchen *Genauigkeit* als in Frankreich, dem Lande der « Liberté et Égalité ». (*Medicinich. Wissenchaft.*, p. 481.)

(1) V. quelques pages intéressantes de M. Ernest Lavisse, *la Fondation de l'Université de Berlin à propos de la réforme de l'enseignement supérieur en France*, où sont exposées les raisons qui convainquirent en 1815 le gouvernement prussien de la nécessité de fonder une université à Bonn, dans les pays rhénans que la diplomatie européenne venait d'enlever à l'empire français.

étudiants en médecine ayant fréquenté les facultés où l'enseignement médical est donné dans la langue allemande.

L'étudiant allemand est à peu près resté tel que ses nombreux peintres l'ont fait connaître : en Autriche, toutefois, ses mœurs se sont sensiblement affinées, sa fougue s'est amortie, il a perdu une partie de sa personnalité. L'étudiant prussien saxon, bavarois, hessois, que l'on rencontre à Leipsig, à Berlin, à Heidelberg, à Tubingue, à Marbourg, à Iéna, est resté batailleur, buveur, joueur, très-fidèle aux vieilles coutumes, aux associations de tout genre qui pullulent dans les villes universitaires; il aime à se distinguer par les allures et le costume, partout où il va il aime à être reconnu. « Les étudiants allemands, dit quelque part Saint-Marc-Girardin dans une page humoristique, portent dans leurs voyages la rusticité systématique des mœurs universitaires.

« Arrivent-ils dans une auberge, ils s'emparent de la salle commune par leurs chants et l'odeur de leurs pipes. Bientôt les dames désertent et l'hôtel ressemble à quelque auberge du temps de la guerre de Trente ans. Pauvre triomphe du moyen âge sur la civilisation, mais qui plaît à l'imagination de nos étudiants! Ils poussent alors joyeusement sous leurs longues moustaches les bouffées de fumée de leurs pipes; ils s'en croient plus énergiques; ils visent à la force et à l'énergie, ils se font barbares, et pour cela, en attendant la vigueur de caractère, ils laissent croître leur barbe afin de fortifier leur âme. »

Généralement affilié à quelque société composée soit par nationalité, soit par faculté, telle que la *Germania*, la *Bavaria*, la *Saxonna*, il porte, selon les statuts, une petite casquette de couleur et un petit ruban en sautoir, afin d'apprendre aux passants qui il est, presque ce qu'il pense et ce qu'il ferait dans telle situation donnée. En effet, les statuts d'une société diffèrent de ceux d'une autre; celle-ci, par exemple, permet le duel, celle-là le défend, cette troisième l'ordonne pour la moindre querelle.

Le duel entre étudiants reste toujours ici une véritable institution; rien n'est beau comme de pouvoir offrir aux regards un visage cinq ou six fois balafré; cela en impose et indique une âme courageuse et forte. On sait comment se passent ces petits drames de famille et quelles précautions sont prises de façon que tout se réduise à quelque noble et convenable cicatrice; les deux adversaires sont d'abord capitonnés de crin et de cuir, puis le combat engagé, très-surveillés par quelque prévot habile. L'honneur satisfait par quelque estafilade peu sanglante, chacun s'en retourne fier d'avoir été acteur ou simplement témoin. « Cette coutume du duel est tolérée parmi nos étudiants, comme dans l'armée, nous disait un professeur, parce qu'elle entretient des sentiments de courage et de valeur dans toute notre jeunesse. » Si d'aventure quelque maladroit ou quelque mauvais caractère vient à occir son adversaire, on étouffe l'affaire en envoyant le vainqueur pendant six ou huit mois loin du théâtre de son malheureux exploit. A une certaine époque, les cas de mort par duel s'étant par trop multipliés, la peine capitale fut édictée, afin de mettre un terme à cette trop batailleuse humeur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Agrandissement de l'École de médecine. — La ville de Paris vient de procéder aux premières opérations nécessaires à l'agrandissement de l'École de médecine.

Le projet, on le sait, comporte l'isolement complet de l'École et l'extension de son périmètre, à droite, jusqu'à la rue Hautefeuille, et, à gauche, jusqu'au nouveau carrefour Larrey.

Une nouvelle façade monumentale sera construite sur le boulevard Saint-Germain.

Grâce à ces dispositions, la superficie totale de l'École sera à peu près triple, et le nombre des amphithéâtres et des laboratoires considérablement augmenté.

Les travaux devront être terminés dans un délai maximum de trois ans.

— *Exposition universelle de* 1878. — Dans la classification générale de l'Exposition, les sciences médicales seront ainsi représentées :

Dans le *deuxième groupe*, classe 14. — *Médecine, hygiène et assistance publique.* — Matériel, instruments et appareils de travaux anatomiques et histologiques. — Pièces d'anatomie classique. — Instruments d'exploration médicale. — Appareils et instruments de pansement et de petite chirurgie, appareils d'anesthésie générale et locale. — Instruments de chirurgie groupés d'après leur destination : instruments des amputations, résections, etc. Instruments spéciaux : obstétrique, ovariotomie, voies urinaires, oculistique, art du dentiste, etc. ; appareils d'électrothérapie. — Appareils de prothèse plastique et mécanique, appareils d'orthopédie. Bandages herniaires. — Appareils de secours aux noyés et asphyxiés. — Appareils balnéatoires et hydrothérapiques. Appareils de gymnastique médicale et hygiénique. — Plans et modèles d'hôpitaux, d'asiles divers, de maisons de refuge, de retraite, d'aliénés. Agencement et mobilier de ces établissements. Appareils divers destinés aux infirmes, aux malades et aux aliénés. Objets accessoires du service médical, chirurgical et pharmaceutique dans les hôpitaux ou infirmeries.

Dans le *quatrième groupe*, classe 41 — Tentes et objets de campement. Lits, hamacs, siéges, pliants, etc.

Dans le *cinquième groupe*, classe 47. — *Produits chimiques et pharmaceutiques.* — Acides, alcalins, sels de toutes sortes. Sels marins et produits de l'exploitation des eaux-mères. — Produits divers des industries chimiques : cires et corps gras; savons et bougies; matières premières de la parfumerie; résines; goudrons et corps dérivés; essences et vernis; enduits divers; cirages. Produits de l'industrie du caoutchouc et de la gutta-percha; substances tinctoriales et couleurs. — Eaux minérales et eaux gazeuses naturelles ou artificielles. — Matières premières de la pharmacie. Médicaments simples et composés.

Dans le *sixième groupe*, classe 53. — *Matériel des arts chimiques, de la pharmacie.* — Ustensiles et appareils de laboratoire. Appareils et instruments destinés aux essais industriels et commerciaux. — Matériel et appareil des fabriques de produits chimiques. — Matériel et procédés de la fabrication des essences, des vernis, des objets en caoutchouc et en gutta-percha. Matériel de la préparation des produits pharmaceutiques.

Dans le *septième groupe*, classe 74. — *Condiments et simulants, sucres et produits de la confiserie.*

— *L'ivrognerie en Angleterre.* — Il est depuis longtemps question en Angleterre de prendre des mesures législatives contre l'ivrognerie, qui fait tous les jours des progrès inquiétants. L'Association médicale anglaise avait déjà fait présenter à la Chambre des communes un projet de loi qui n'a pas été pris en considération. Une nouvelle Société vient de se fonder dans le but de restreindre l'alcoolisme et de solliciter l'action du gouvernement (*Society for promoting legislation for the control and cure of habitual drunkards*). Cette Société, qui vient de se constituer sous la présidence du docteur A. Carpenter, compte parmi ses membres un grand nombre de sommités médicales et la plupart des grands dignitaires de l'église et de l'aristocratie : l'archevêque de Canterbury, le cardinal Manning, sir W. Knig Hal, etc.

L'Angleterre est certainement le pays où l'alcoolisme est le plus développé ; les asiles publics d'aliénés et les établissements particuliers sont encombrés, et malgré cela le gouvernement n'a encore proposé aucune mesure législative contre l'ivresse, et surtout contre ces alcooliques invétérés que les Anglais désignent sous le nom d'*habitual drunkards.* (*Gaz. hebdom.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sur les Propriétés toxiques de la glycérine, par les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé. — In-8° de 15 pages. Prix : 50 centimes. — Paris, 1876, O. Doin.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 122. — JEUDI 19 OCTOBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 19 OCTOBRE 1876. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La lecture par M. Alphonse Guérin du discours lu, au nom de l'Académie, à la cérémonie de l'érection du buste de Desault à Lure, lecture qui a été accueillie par les applaudissements de l'assemblée, une dissertation familière de M. Piorry sur... beaucoup de choses à propos de la question de l'alimentation des enfants, et une lecture de M. le professeur Rouget, de Montpellier, sur l'appareil électrique de la torpille, constituent le menu de cette séance.

L'exposé que M. Rouget a fait de vive voix, devant l'Académie, des résultats de ses recherches sur l'appareil électrique de la torpille, peut passer à juste titre, et passera certainement aux yeux de tous ceux qui ont eu l'avantage de l'entendre, pour un modèle d'exposition scientifique. Aussi le petit nombre de membres et d'assistants qui sont restés jusqu'à la fin de la séance l'ont-ils écouté avec le plus vif intérêt. Le court résumé que l'on trouvera dans le compte rendu de la séance, n'en donnera qu'une idée incomplète, mais du moins exacte au point de vue de la méthode rigoureuse avec laquelle ont été déduites les conclusions de ces recherches.

Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Syphilide tuberculo-ulcérante gangréneuse.

Je vais aujourd'hui vous entretenir d'une femme affectée de syphilis tertiaire, qui m'a paru devoir mériter une mention toute spéciale, en raison des différents phénomènes qu'elle présente et des réflexions que suggère son observation.

Cette malade est âgée de trente et un ans, et exerce la profession de cuisinière. Sa constitution est plutôt faible. Elle a eu, dans son enfance, des accidents de scrofule incontestables; éruptions dans la tête et surtout engorgement des ganglions et abcès cervicaux dont elle présente encore les traces. Néanmoins, une fois ces accidents passés, elle a été bien portante. Elle a eu deux enfants dont le dernier vit encore et a aujourd'hui treize ans.

En décembre dernier, elle a vu apparaître, quinze jours après un rapport sexuel, et pour me servir de son expression, un bouton à la face interne de l'une des grandes lèvres. Bientôt ce bouton s'ulcéra, et, un mois après son apparition, cette femme commença à ressentir un sentiment de malaise général, de courbature, de la faiblesse, de l'inappétence, et enfin une céphalée insupportable, tellement vive que pendant plusieurs nuits, elle empêcha la malade de dormir.

Tels sont, en effet, les différents symptômes qui, particulièrement chez les femmes marquent souvent le début des accidents secondaires de la syphilis. Mais le phénomène sur lequel j'appelle surtout votre attention, c'est cette céphalalgie intolérable qu'on est ordinairement porté à considérer comme une névralgie, bien qu'elle en diffère en ce sens que les douleurs siégent dans toute la tête au lieu d'être unilatérales comme dans la névralgie rhumatismale, et en ce sens encore qu'elles reviennent surtout la nuit et avec une intensité telle qu'elles empêchent absolument le sommeil.

Après ces phénomènes initiaux survinrent bientôt d'autres phénomènes, consistant d'abord dans le développement sur la vulve, et particulièrement à la face interne des grandes lèvres, d'ulcérations qui bientôt s'étendirent et devinrent le point de départ de plaques muqueuses. En même temps, cette femme remarquait que les ganglions de l'aine, de la région postérieure du cou augmentaient de volume; qu'ils étaient mous, indolents, et qu'une éruption de croûtes se manifestait dans la tête.

Puis, la face, le dos, la poitrine, les membres supérieurs, devenaient le siége d'une éruption considérable de papules aplaties, ayant les caractères de la syphilide papuleuse, mais présentant cette particularité que quelques-unes présentaient un soulèvement de l'épiderme distendu par une sérosité purulente qui se concrétait au bout de quelques jours. Telle est, en effet, la variété d'éruption que j'ai désignée sous le nom de syphilide papulo-pustuleuse.

Cette malade, qui s'était décidée à entrer à l'hôpital, est restée dans nos salles avec ces différents phénomènes pendant environ six semaines. Pendant ce temps-là, elle n'offrit rien de particulier, si ce n'est le développement d'une plaque muqueuse à la paupière inférieure, siége que l'on a rarement l'occasion d'observer, et une recrudescence des douleurs céphaliques. A un certain moment, sans que nous sachions pourquoi, la céphalalgie, qui avait notablement diminué, augmenta d'intensité et devint tellement vive qu'elle nous parut devoir mériter un traitement particulier. Aussi, pendant quelques jours, cette malade fut-elle soumise à l'administration de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes. Au bout

de quarante-huit heures, sous l'influence de cette médication, les douleurs avaient presque disparu et, quatre jours plus tard, elles avaient complétement cessé. Dans ces cas, en effet, l'iodure de potassium rend d'incontestables services. Mais sachez bien que ce médicament s'adresse ici simplement à l'épiphénomène, à la céphalée, et non pas aux accidents propres à la période secondaire.

Cette femme sortit de nos salles à la fin de mars. Elle était alors dans un état très-satisfaisant, en apparence guérie, et elle avait repris des forces, de l'embonpoint; elle n'offrait plus sur le corps que des taches pigmentaires, restes de son éruption.

Depuis quelques jours elle avait repris ses anciennes occupations, quand, au bout de peu de temps, quinze jours environ, sans cause connue, elle éprouva de nouveau le malaise, la sensation de courbature qu'elle avait déjà ressentie lors de la première apparition des accidents pour lesquels elle était entrée à l'hôpital, puis elle ne tarda pas à voir reparaître, sur différentes régions du corps, une nouvelle éruption. Mais cette fois les phénomènes éruptifs présentèrent une gravité telle que la malade n'hésita pas à revenir immédiatement nous trouver.

A l'examen, on est d'abord frappé de sa maigreur, de sa pâleur, mais ce qui appelle surtout l'attention, ce sont les différents aspects de la peau. On y trouve, en effet, des lésions assez variées. En premier lieu, on remarque qu'elle présente encore, en certains endroits, des traces de l'ancienne éruption consistant dans les taches pigmentaires dont je vous ai déjà parlé. Puis, en certains endroits, notamment au menton, on constate la présence de tubercules entiers, reconnaissables à leur saillie arrondie, pisiforme, analogue à un pois coupé par moitié. C'est là la lésion élémentaire. Ailleurs, sur les bras, on remarque d'autres tubercules recouverts de squames tout à fait blanches, épaisses, qui ressemble entièrement par leur apparence aux squames du *psoriasis guttata*, d'où le nom de psoriasis syphilitique que leur ont donné certains auteurs. Mauvaise dénomination, car il faut bien savoir que le psoriasis vrai n'est jamais syphilitique.

Ces tubercules, sont entourés d'une auréole bien marquée, d'un rouge sombre, brun, présentant la teinte caractéristique des éruptions syphilitiques.

Outre ces lésions, macules, tubercules entiers et recouverts de squames, et psoriasis syphilitique, pour me servir d'une expression habituelle, mais que je réprouve, nous trouvons, des croûtes d'un noir verdâtre, bien tranchées, parfaitement arrondies formant un cercle complet, tout à fait régulier et, de plus, composées de couches concentriques superposées les unes aux autres, comme on le voit sur les écailles d'huîtres, de là leur nom d'*ostréacées*. Elles sont le résultat de la dessication de liquides successivement épanchés et ayant ainsi formé des couches stratifiées. Ces écailles sont entourées d'une auréole bien tranchée, d'une coloration brune, sombre, parfaitement syphilitique.

Ces deux lésions, squames et croûtes, sont des évolutions du tubercule. Celui-ci, en effet, est susceptible de présenter deux sortes d'altérations. Tantôt l'épiderme situé sur le tubercule, prolifère sans s'ulcérer, et vient constituer le squame; tantôt au contraire, sans qu'on sache pourquoi, il s'ulcère et secrète un liquide plastique qui, en se desséchant, forme une croûte. En même temps l'ulcération augmente d'étendue, et c'est de cette manière qu'on peut expliquer cette apparence de cercles ayant un même centre et venant s'ajouter les uns aux autres.

Nous trouvons donc déjà, réunies chez cette femme, quatre lésions dont l'une, les taches pigmentaires, appartient à une éruption déjà passée, mais la maladie ne se borne pas là. Cette femme présente encore, aux membres inférieurs, des lésions bien plus profondes. On aperçoit, en effet, sur les jambes, et particulièrement au mollet droit des ulcérations profondes qui attestent une perte de substance considérable. Elles présentent bien le caractère, propre aux ulcérations syphilitiques, d'être arrondies et taillées à pic; mais elles ont de plus quelque chose de spécial qu'on ne rencontre pas dans les ulcères récents. C'est un fond rouge, bourgeonnant, au lieu de ce fond grisâtre dû à la présence d'une pseudo-membrane qui recouvre les ulcérations syphilitiques.

On est étonné de voir des ulcérations aussi profondes coïncider avec des lésions qui, au contraire, paraissent assez superficielles, et il semblerait qu'il y ait là une véritable complication. Mais c'est seulement dans leur mode de production que ces lésions présentent quelque chose de spécial.

Le plus ordinairement, en effet, les ulcérations sont déterminées par de petites pustules dont l'épiderme se rompt et qui en se réunissant donnent lieu à une ulcération plus ou moins étendue. D'autres fois, au contraire, ce sont des tubercules qui en s'ulcérant deviennent le point de départ de ces lésions. Ici, au contraire, elles sont dues à un travail de mortification, à un travail sphacélique. En certains points, en effet, on remarque, chez cette malade, un soulèvement de l'épiderme entouré de véritables phlyctènes. Il y a là une véritable gangrène, une escharification non douteuse de la peau qui vient, à titre de complication, s'ajouter à la tache squameuse ou tuberculeuse. La peau se convertit en eschare et, en se mortifiant, en se détruisant, donne lieu à une ulcération qui n'a pas un caractère syphilitique, parce que c'est une escharification toute spéciale.

Tel est ce qui fait la spécialité de cette forme de syphilide décrite par M. Bazin, sous le nom de syphilide tuberculo-ulcérante gangréneuse.

Cette forme est une forme grave, car les ulcérations qu'elle détermine peuvent, parfois, acquérir une étendue considérable. Dans ces cas, l'ulcère va en augmentant sans cesse; autour de lui de nouvelles phlyctènes se produisent qui, en se détruisant, en augmentent l'étendue.

Pour expliquer cette gangrène de la peau, dans le voisinage des lésions, il faut admettre une oblitération des vaisseaux capillaires qui détermine une gêne de la circulation périphérique. Chez cette femme, en effet, on remarque autour de certaines plaques ulcéreuses, une espèce de purpura qui atteste qu'en ces points la circulation capillaire est entravée. Nous avons du reste, à votre disposition, une préparation histologique d'un tubercule de la peau qui démontre que les artères sont atteintes d'endartérite; ce qui explique comment, dans certains cas, elles peuvent s'oblitérer complétement et amener par suite la gangrène de la peau.

Telle est cette forme gangréneuse qui, à vrai dire, n'est pas une forme spéciale de syphilide, mais seulement un accident, une complication, un épiphénomène.

Syphilide tuberculo-ulcérante gangréneuse, tel est donc le diagnostic de cette affection que, à l'exemple de Bazin, nous considérons comme une complication et non pas comme une variété spéciale de la syphilis.

Cette forme est excessivement rare. Dans les leçons qu'il a faites en 1863, M. Bazin dit n'en avoir observé que quatre cas. M. Dubucq, dans son traité sur la syphilide maligne précoce, n'en cite que deux exemples. Quant à moi l'observation que je

vous rapporte est le quatrième cas qu'il m'ait été donné d'observer.

Un fait particulier que nous signalerons encore dans l'observation de cette femme, c'est de voir une syphilide de la peau survenir si peu de temps après l'inoculation du virus syphilitique. Il y a quatre mois à peine, que les premiers accidents se sont manifestés et déjà elle présente des lésions excessivement graves, caractérisées, par des ulcères profonds et étendus qu'on n'a le plus souvent occasion de rencontrer qu'au bout d'un nombre d'années plus ou moins long. Enfin, un fait non moins intéressant, c'est de voir, à côté de manifestations qui appartiennent à la seconde période de la syphilis, à côté d'une éruption disséminée sur le corps et superficielle, quelques lésions excessivement profondes, telles qu'on les observe dans la troisième période.

Il faut savoir, en effet, que vous rencontrerez chez certains malades, en même temps que la syphilide papuleuse propre à la deuxième période, des ulcérations profondes déterminées tantôt par des pustules, tantôt par des tubercules ulcérés; alors que ces lésions ne s'observent ordinairement que cinq, dix, vingt, quelquefois même trente ans après l'évolution des phénomènes primitifs. Il y a dans cette marche particulière de la syphilis, dans cette association de symptômes propres à des périodes différentes de la maladie, une forme spéciale qui a été signalée par la plupart des auteurs, sur laquelle ont insisté MM. Bazin, Fournier et moi même, et que l'on désigne sous le nom de forme maligne de la syphilis.

Il faut que vous connaissiez bien la signification de cette expression, syphilis maligne. Ne croyez pas que l'on veuille entendre par là la gravité de la syphilis. Quand la syphilis déteint sur l'ensemble de l'économie, elle entraîne ce que l'on appelle la cachexie syphilitique; et l'on réserve le nom de syphilis maligne pour désigner cet état particulier, dans lequel, d'une façon prématurée, surviennent des phénomènes profonds, graves, qui n'appartiennent ordinairement qu'à la troisième période.

Cette forme n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser, et vous aurez certainement occasion de la rencontrer assez souvent. Autrefois, quand M. Ricord commença à diviser la syphilis en trois périodes bien tranchées, l'attention des médecins n'était pas encore éveillée sur les faits que je vous signale. Ce ne fut que dans la suite que l'expérience démontra que si cette distinction de la maladie en trois périodes était vraie en général, elle ne l'était pas d'une façon absolue.

On a cherché à expliquer quelle pouvait être la cause de la syphilis maligne, et diverses hypothèses ont été émises. On a d'abord prétendu qu'elle tenait à la nature d'un virus doué de propriétés particulières, qui, une fois établi dans l'organisme, y déterminait des accidents très-graves, en rapport avec sa malignité. L'observation a démontré qu'il n'en était rien, car sur des individus infectés par le même virus, on a vu se manifester tantôt des syphilis bénignes, tantôt des syphilis malignes.

On a encore émis une théorie assez singulière. Comparant cette syphilis maligne avec l'épidémie de vérole qui régna à la fin du quinzième siècle, épidémie tellement grave qu'en très-peu de temps le corps des malades se couvrait de lésions excessivement graves et variées; et, frappé de la bénignité apparente de la syphilis actuelle, Auzias-Turenne avait prétendu que la bénignité actuelle de la syphilis, chez la plupart des malades, était due à ce que leurs ancêtres avaient été eux-mêmes syphilitiques, et que la syphilis, en se transmettant de génération en génération, s'était ainsi affaiblie. La syphilis maligne, au contraire, se manifestait chez des individus dont les ancêtres avaient été préservés de l'infection. C'est là une explication tout à fait hypothétique et qu'il est impossible de contrôler.

Mais il est quelque chose de plus certain. C'est que, quand on voit la syphilis maligne se manifester chez des individus, la gravité des symptômes est liée à des circonstances inhérentes aux sujets. La syphilis, en effet, se présente avec de tels caractères, presque exclusivement chez des gens affaiblis, débilités, soit par une mauvaise hygiène, soit par des maladies. C'est ainsi qu'on la rencontre, surtout chez les individus qui mènent une existence misérable et surtout chez les alcooliques. A l'hôpital Saint-Louis où, sur soixante-douze lits, j'avais constamment à soigner environ dix syphilis malignes, la moitié des individus qui en étaient atteints étaient des gens qui se livraient à l'abus des boissons alcooliques. Enfin, les scrofuleux la présentent fréquemment aussi. La scrofule, vous le savez, est une maladie débilitante par excellence, et l'on comprend très-bien que les gens qui en sont affectés offrent un terrain favorable à des manifestations profondes. Chez cette femme, nous trouvons des traces évidentes de la diathèse scrofuleuse, des stigmates incontestables d'abcès scrofuleux consistant dans des cicatrices réticulées, inégales, profondes; et si j'avais à rechercher chez elle l'explication de la gravité de la maladie actuelle, je la trouverais certainement dans l'existence de la scrofule.

Le pronostic chez cette femme est grave : d'abord à cause de la malignité elle-même de la syphilis, puis en raison de la gangrène qui est venue la compliquer. Néanmoins, il est probable qu'elle guérira. Sous l'influence du traitement, nous verrons, en effet, la maladie s'améliorer au point même qu'elle disparaîtra complétement, mais pour reparaître deux ou trois mois plus tard. Ce ne sera qu'après plusieurs poussées successives, qui se manifesteront en dépit de tout traitement, que la guérison pourra être regardée comme complète.

Le traitement auquel nous devrons avoir recours ici, sera à la fois général et local, et ayant à combattre deux sortes d'accidents appartenant à des périodes différentes de la syphilis, nous devrons nous adresser simultanément aux deux médicaments par excellence usités en pareil cas, au mercure et à l'iodure de potassium, tout en donnant cependant une préférence marqué à ce dernier. En effet, il n'est pas rare de voir, sous l'influence du mercure, se manifester chez ces individus, soit du côté de l'estomac, soit du côté de l'intestin des phénomènes indiquant que ce médicament est mal toléré. Enfin, il est nécessaire, dans ce cas, de pousser l'usage de l'iodure de potassium assez loin, de le donner à la dose de 3, 4 et 5 grammes par jour. Tel doit être le traitement spécifique : emploi du mercure à petite dose et de l'iodure de potassium à dose élevée.

De plus, cette forme maligne de la syphilis étant sous la dépendance de l'état général, on doit avoir soin de remonter les forces des malades par des médicaments et une hygiène appropriés. Aussi devra-t-on user et abuser des préparations de quinquina, et même avoir recours aux ferrugineux. D'autre part on veillera à ce que les malades aient une bonne nourriture composée de viandes rôties, de vin, de café; à ce qu'aucune espèce de fatigue ne vienne entraver le traitement; enfin à ce qu'ils ne se surmènent pas. A l'aide de ces moyens seulement, on pourra espérer obtenir la guérison. Dans ces circonstances, on sera souvent aidé encore par l'action de certaines eaux minérales reconstituantes. Les eaux sulfureuses, quand les malades n'ont pas abusé du mercure, surtout celles de Baréges, de Dax, de Luchon, d'Aix-en-Savoie, etc., prises

soit en boisson, soit en douches, ou en bains, aideront par leur administration sage au succès du traitement spécifique.

A côté du traitement général, il y a le traitement local. Celui-ci ne s'impose pas nécessairement contre les tubercules et les squames, mais il est utile, en présence des plaies et des ulcérations, qui s'accompagnent souvent de douleurs intolérables. Il est très-bon alors, d'exciter matin et soir, les plaies avec des lotions de décoction de quinquina, de vin aromatique, ou une solution de chloral. Enfin, on se trouvera bien contre les ulcères fongueux, grisâtres, de l'emploi de la poudre d'iodoforme.

Mais, dans les cas semblables à celui-ci, le meilleur mode de traitement consiste dans l'application sur les ulcérations, d'emplâtre de Vigo. C'est ce que nous allons faire chez cette femme. Deux fois par jour, nous laverons les plaies avec une décoction de vin aromatique, et nous les recouvrirons avec le sparadrap qui sera renouvelé tous les jours. A cela nous joindrons le traitement mixte dont je viens de vous parler : nous ferons prendre à cette malade 2 grammes d'abord, puis 3, 4 grammes par jour, d'iodure de potassium, en même temps nous lui donnerons une pilule de Sédillot, nous la soumettrons à un bon régime, et j'espère, par cette médication, la voir bientôt améliorée.

MALADIES ET HYGIÈNE DES OUVRIERS

TRAVAILLANT A LA FABRICATION DES AGGLOMÉRÉS DE HOUILLE ET DE BRAI

Par le docteur MANOUVRIEZ fils (de Valenciennes).

(Communication faite le 29 septembre au Congrès d'hygiène de Bruxelles.)

I

Les ouvriers des fabriques d'agglomérés de houille sont sujets à des affections spéciales résultant d'une imprégnation générale de l'économie par le brai à l'aide duquel se confectionnent ces agglomérés (1).

Fabrication.

La compagnie des mines d'Anzin exploite, sur le territoire extérieur de Valenciennes, à Saint-Vaast, une fabrique d'agglomérés composés de *poussier de houilles* et de *brai sec* (résidu solide de la distillation du goudron minéral jusqu'à 360 degrés environ), avec addition d'une certaine quantité d'*huiles grasses*, c'est-à-dire d'huiles lourdes de houille préalablement traitées pour l'obtention de l'anthracène. C'est avec le mélange homogène de ces substances, que se font ces briquettes d'un emmagasinement facile, qui servent principalement au chauffage des bateaux à vapeur et des locomotives, et dont l'usage tend à s'introduire de plus en plus dans l'économie domestique.

Le brai sec, substitué au brai gras dans l'agglomération de la houille par Wylam en 1843, s'emploie depuis une vingtaine d'années dans bon nombre d'usines à briquettes; presque partout en Belgique, et à Saint-Vaast, Aniche, Blanzy, Portes, etc., en France.

Le brai, provenant de la distillation du goudron de houille, s'écoule encore chaud dans des *bassins*, où il se solidifie en se refroidissant à l'air; transporté de là dans des cours, il y est accumulé en *tas*. *Les ouvriers employés aux bassins et aux tas de brai travaillent au milieu des vapeurs qui s'en dégagent*, spécialement sous l'influence de la chaleur solaire.

Le *broyage* du brai est exécuté dans une cave, par le soupirail de laquelle celui-ci est déchargé en morceaux. Un ouvrier la jette à l'aide d'une pelle dans le broyeur, tandis qu'un autre en recueille, dans un caveau inférieur, le menu provenant du broyage, dont il charge les godets d'un élévateur à chaîne.

De ces opérations, il résulte une fine poussière abondante qui obscurcit l'atmosphère de la cave. La plus grande partie de la poussière provient du *déchargement* par le soupirail, car l'eau dont on arrose le brai avant le broyage en diminue beaucoup la formation pendant cette dernière opération.

Le brai pulvérulent s'attache aux parties découvertes de la peau, aux cheveux et à la barbe de ces ouvriers appelés hommes de cave, et même pénètre en partie à travers leurs vêtements. On a cherché à protéger leurs yeux par des lunettes, mais la sueur ne tarde pas à obscurcir celles-ci, et trop souvent les ouvriers les relèvent sur le front.

Comme le brai sec est facilement ramolli par une faible chaleur, puisqu'il devient diffluent au soleil, et que, dans ces cas, il règne une température élevée, on se rend aisément compte de la ténacité avec laquelle il adhère à la peau couverte de sueur, et de la facilité de l'*imprégnation cutanée* dans de telles conditions.

Sa poussière pénètre dans les oreilles et les narines ; elle est même portée jusque *dans les bronches* par la respiration *et* dans *l'estomac* par la déglutition incessante de la salive.

Le mélange homogène de houille et de brai (8 à 10 p. 100) est façonné, à chaud, en briquettes à l'aide d'un piston mû par une haute pression. A peine *moulées*, ces briquettes sont enlevées chaudes encore, et portées dans des vagons par les *chargeurs*, qui sont ainsi *exposés aux émanations et aux vapeurs âcres* qu'elles dégagent en se refroidissant.

Au point de vue hygiénique, il ressort de cet exposé de la fabrication, que tout le personnel de l'usine est soumis au contact du brai à des degrés variables et sous des formes différentes.

Affections spéciales.

Nous passerons en revue les effets du brai sur les différents appareils.

TÉGUMENTS. — Presque tous les ouvriers de la fabrique de Saint-Vaast présentent, même en santé, une coloration bronzée luisante et uniforme, avec sensible épaississement de la peau, tellement caractéristique qu'on les reconnaît aisément à première vue. Cette *mélanodermie* prédomine aux parties découvertes. On la trouve surtout accentuée chez les hommes de cave, dont les poils et les cheveux eux-mêmes deviennent roux brûlé. La peau possède, en outre, une forte odeur de brai, et tache en brun-jaunâtre le linge avec lequel on la frictionne. La sensibilité cutanée, explorée à l'aide de l'esthésiomètre, se montre intacte.

Le teint bronzé peut persister assez longtemps après la cessation du travail (plus d'un an et demi dans un cas).

Ayant eu, en 1874, l'occasion de pratiquer l'examen microscopique de la peau d'un de ces ouvriers, nous avons pu déterminer la nature de cette nouvelle espèce de mélanodermie, qui n'a pas encore été, que nous sachions, signalée par les auteurs.

1. *Épiderme.* — 1° Entre les cellules épithéliales étaient interposés des fragments de brai, les uns noirs opaques, irréguliers et anguleux, en général volumineux, de $0^{mm},005$ à $0^{mm},030$; d'autres, brun jaunâtre, translucides, encore irréguliers, mais toujours de moindres dimensions que les premiers. Ces divers fragments étaient plus nombreux et plus volumineux dans la couche superficielle que dans la profonde.

(1) Voir pour les détails et les observations, notre mémoire paru dans le numéro de mai 1876 des *Annales d'hygiène.*

2° A l'intérieur des cellules épithéliales étaient déposées des traînées de fines granulations jaunes, diaphanes, à contours nettement distincts du centre à un grossissement de 780.

Ces granulations se rencontraient dans quelques cellules seulement de la couche cornée, dans toutes celles de la profonde, surtout nombreuses dans les cellules des couches moyennes de l'épiderme.

II. *Derme* normal.

III. *Tissu adipeux sous-cutané.* — 1° Entre les cellules adipeuses, de volumineux fragments noirs, opaques, de brai.

2° Dans l'intérieur des cellules adipeuses, de nombreuses gouttelettes sphériques, jaune ambré, diaphanes, assez volumineuses et très-nettement visibles à l'aide d'un faible grossissement.

IV. Nulle altération du *muscle peaussier.*

En *résumé*, pénétration interstitielle de l'épiderme et du tissu adipeux sous-cutané par des fragments, et infiltration élémentaire des cellules épithéliales et adipeuses par des granulations et des gouttelettes d'une substance qui n'est autre que le brai lui-même, ainsi que l'atteste la contre-épreuve fournie par l'examen microscopique direct de la poussière de brai.

On voit combien les caractères anatomiques de cette mélanodermie diffèrent de ceux de la mélanodermie symptomatique de la maladie bronzée d'Addison, causée par l'accumulation des capsules pigmentaires dans la couche muqueuse de la peau. D'ailleurs nous l'avons déja dit, la coloration de la peau, indépendante de toute cachexie, se rencontre chez presque tous les ouvriers en agglomérés, même à l'état de santé le plus parfait.

Tous les ouvriers de la fabrique de Saint-Vaast ressentent, pendant leur travail, des élancements douloureux dans la peau de la face, élancements exaspérés par la chaleur du soleil ou des foyers, qui, faisant fondre le brai, favorise sa pénétration.

Il se développe souvent chez eux diverses *éruptions* cutanées, accompagnées de démangeaisons; des pustules volumineuses, de préférence à la face et au cou, qui s'indurent sous forme de tubercules ou fournissent une suppuration fétide, et laissent des cicatrices nacrées, indélébiles comme celles de la variole; des furoncles, spécialement à la nuque; du prurigo généralisé; de l'eczéma des membres, et enfin des verrues à la face, au cou, aux épaules et aux mains.

Bien plus, les ouvriers des agglomérés sont fréquemment atteints de *cancroïde du scrotum et de la face* (nez et lèvres); jusqu'ici celui du scrotum n'a été observé que chez les hommes de cave. L'examen microscopique de cet épithéliome nous autorise à le rapporter à la variété dite papillaire. Il est, en effet, formé de papilles blanches, hypertrophiées, longues de 5 à 7 millimètres, reposant sur un fond granuleux de moitié moins épais. Ces papilles sont elles-même constituées par des cellules épithéliales aplaties, s'isolant facilement les unes des autres, de forme irrégulière, et munies d'un noyau parfois volumineux, et par de volumineux globes épidermiques sphériques, composés de cellules concentriques imbriquées autour d'un amas granuleux central.

Ce cancer épithélial est causé par le contact du brai qui, se logeant dans les rides et plis de la peau, y adhère et pénètre jusqu'au derme, qu'il irrite continuellement. Nous croyons devoir en rapprocher le cancer des ramoneurs, cancroïde du scrotum et aussi de la face, occasionné par le contact irritant de la suie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Pigeon (de la Nièvre) accompagnant l'envoi d'un opuscule intitulé : *Essai d'explication des données expérimentales.*

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Brochard, un volume intitulé : *Les Bains de mer chez les enfants.*

M. Bussy offre en hommage, au nom de madame Buignet, un ouvrage posthume de M. Buignet, intitulé : *Manipulations de physique.*

M. Guéneau de Mussy présente en son nom une brochure intitulée : *Recherches d'auscultation plessimétrique.*

M. Alphonse Guérin lit le discours qu'il a prononcé à l'inauguration du buste de Desault, à Lure. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ALIMENTATION DES ENFANTS

M. Piorry, à l'occasion de la discussion sur l'alimentation des enfants, qui est à l'ordre du jour, rappelle les recherches qu'il a faites dans le temps sur la mortalité des jeunes enfants et ceux de ses divers travaux qui se rattachent à cette question. C'est à tort, suivant lui, qu'on a cherché à résoudre par la chimie une question qui est avant tout du domaine de l'observation. Ce n'est pas qu'il méconnaisse l'importance du rôle que jouent les sciences physico-chimiques en médecine, il en a fait, au contraire, lui-même de très-nombreuses applications, surtout à la thérapeutique, et il cite, entre autres applications, l'emploi du phosphate de chaux qu'il a introduit dans le traitement des maladies de la colonne vertébrale, et une foule d'autres médications chimiques dont il fait journellement usage, notamment le bicarbonate de soude, pour guérir les pyrosis, etc. L'impropriété de ce dernier mot lui fournit un nouveau texte de dissertation sur les avantages de sa nomenclature.

En résumé, revenant au sujet, M. Piorry conclut en disant que le lait est le meilleur et le seul aliment qui convienne à l'enfant.

LECTURE

M. Rouget donne lecture d'une note sur l'appareil électrique de la torpille (3e partie).

Il résulte de l'analyse historique des éléments constituants des disques électriques de la torpille, exposée dans les deux précédentes communications de M. Rouget, qu'on ne rencontre dans ces organes, en outre des ramifications des fibres nerveuses et de la lame nerveuse réticulée, rien autre chose que des vaisseaux, et des éléments cellules, fibrilles et membranes, appartenant tous aux tissus conjonctifs. Les éléments nerveux seuls font partie de la catégorie des formations organiques (muscles et nerfs) dans lesquelles on observe un développement ou plutôt une transformation de force. Comme l'indiquait déjà Kolliker en 1827, les nerfs eux-mêmes sont la seule source de l'électricité de l'organe électrique de la torpille. Par quel mécanisme les éléments nerveux peuvent-ils produire ces effets? C'est une question dont M. Rouget croit la solution possible aujourd'hui. Les troncs et les ramifications des nerfs électriques possèdent, on le sait, des propriétés et des fonctions semblables à celles des nerfs moteurs; ce sont des nerfs à action centrifuge qui transmettent la force de décharge nécessaire à la transformation des énergies potentielles organiques (forces de tension) en force vive. L'action que la décharge nerveuse exerce sur la force de tension accumulée par la nutrition dans les muscles (contraction), dans les cellules et dans les réseaux de la substance grise centrale (neurilité) pour la faire passer à l'état de force vive, de travail mécanique, de force excito-motrice, de sensation ou d'acte physiologique, elle l'exerce aussi sur les lames nerveuses réticulaires, dont la disposition et la structure présentent la plus intime

analogie avec celle des réseaux de la substance grise centrale des vertébrés et des invertébrés.

Dans les muscles et dans les centres nerveux, en même temps que se manifeste l'activité des forces organiques sous forme de contraction, de sensation, de pensée, une fraction de ces forces de tension passe à l'état de force vive sous forme de chaleur, sous forme d'électricité. Dans les lames nerveuses réticulées de l'appareil électrique, où ne se manifestent ni mouvements, ni sensations, la presque totalité de l'énergie potentielle (neurilité) accumulée par la nutrition dans le réseau nerveux terminal se transforme en électricité. Il n'y a là rien autre chose qu'un cas particulier de ces transformations de forces organiques en forces cosmiques, et inversement, qui sont l'essence même des manifestations de la vie.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne (1).

IV

L'exaltation politique est restée de même une des caractéristiques de l'esprit universitaire; une insurrection, comme celle de la Commune de Paris, éclatant dans un grande ville d'écoles d'Allemagne eut recruté certainement un nombre assez grand d adhérents très-actifs et très-convaincus; on sait quelle fut, au contraire, l'attitude des étudiants de notre capitale pendant cette époque malheureuse. Aussi quand on jette les yeux sur l'histoire contemporaine, on voit que la passion politique a fréquemment agité l'étudiant allemand au point de lui faire mûrir et exécuter l'idée de l'assassinat politique; sans remonter à Staps (d'Erfurth), quittant sa ville natale pour venir poignarder Napoléon à Schœnbrun au milieu de son état-major, sans remonter à l'étudiant Karl Sand, le meurtrier de Kotzebüe, c'étaient encore des étudiants que cet Oscar Beeker tirant à Bade sur le roi de Prusse, et que ce Blind tirant, le 7 mai 1866, cinq coups de revolver sur M. de Bismark, pour frapper celui que l'opinion publique désignait comme l'auteur de la guerre fratricide qui allait ensanglanter l'Allemagne. Blind croyait de bonne foi arrêter les événements; il se se tua dans sa prison.

Ainsi dévoyée, cette exaltation politique est condamnable, mais l'on ne saurait qu'approuver l'ardent patriotisme qui l'accompagne le plus souvent dans le cœur de ces jeunes gens et les rend si bien disposés à accueillir en aveugles la parole chauvine des maîtres. Nul en France n'a oublié l'enthousiasme sacré de la jeunesse allemande, et quand tous les rois et souverains tremblaient encore devant Napoléon, quand Frédéric-Guillaume III pouvait à peine se décider, ce fut elle, en mars 1813, qui la première à Breslau leva l'étendard de la guerre de délivrance. Les chants de Kœrner et de Arndt qui l'ont enivré à cette époque, l'enivrent encore; Kœrner surtout est resté son favori, parce qu'il est demeuré la personnification la plus vaillante et la plus belle de ses aspirations patriotiques. L'étudiant allemand salue avec émotion la statue du volontaire de Dresde, élevée sur une des plus belles places de sa ville natale, car dit-il en répétant les vers du poëte héros: « Nulle mort n'est douce comme celle que donne les boulets ennemis, et l'éternel adieu à ceux qu'on aime perd son amertume, parce que la nouvelle d'une mort sainte ne blesse jamais le cœur d'un ami » (2).

Le souffle puissant qui anime les générations d'étudiants actuels apparaît bien quand on assiste à leurs réunions et surtout à ces grandes fêtes données par toutes les sociétés universitaires réunies, auxquelles ils aiment à convier le public. Nous avons assisté à Vienne, à l'occasion d'un anniversaire de naissance du poëte Joseph-Victor Scheffel, dont l'œuvre est fort goûtée des étudiants, à l'une de ces grandes réunions. Quinze cents à deux mille étudiants étaient réunis dans une des plus vastes salles d'un des faubourgs de la ville, sur le bord du Donan-Canal, coiffés de leurs petites casquettes aux couleurs variées et portant en sautoir le petit ruban, signe distinctif de chaque société; assis devant de longues tables, ils rient et causent et boivent, et boivent surtout; la bière, la seule bière coule littéralement à flots, les verres succèdent aux verres; des choppes à dimensions monumentales circulent de rang en rang et sont fraternellement et rapidement vidées; à une extrémité de la salle un orchestre, à l'autre un théâtre, qui attirent alternativement l'attention des buveurs et du public admis à se promener dans les galeries et sur les bas-côtés. Des étudiants seuls sont auteurs, acteurs et musiciens; des étudiants seuls sont admis aussi sur l'estrade en qualité d'orateur, de poëtes, de chansonniers, de biographes de Scheffel. De temps en temps, pour modérer le bruit, les présidents de section, étudiants un peu plus âgés que les autres, frappent sur les tables avec de longues rapières et crient à tue-tête *silentium;* le silence se rétablit. Ces présidents de section portent des costumes à rendre jaloux les chevaliers d'une petite cour de margrave au quinzième siècle; un toquet, richement brodé, rehaussé d'une plume blanche, couvre leur tête; ils ont la taille enserrée dans un justaucorps de velours avec brandebourgs dorés, les jambes et les cuisses enfoncées dans d'énormes bottes à canon; de longues épées pendent à leurs baudriers de buffle: on ne saurait demander plus. Tantôt il nous faut écouter une comédie, où paraissent l'inévitable juif, détestable usurier, et le pauvre étudiant, aimable buveur; tantôt un discours patriotique sur Scheffel; puis voici l'interminable défilé des porteurs de télégrammes, de félicitations envoyées d'Heidelberg, d'Iéna, de Gœttingue, de Berlin, de Leipsig, où l'on chante et l'on boit à la même heure pour le même anniversaire. Voici maintenant que nos deux mille buveurs vont chanter quelque formidable refrain tous ensemble; mais ils s'en acquittent fort bien, et leur vieille réputation de chanteurs et de choristes sera mieux que saine et sauve. Enfin la fête se termine par les chansons connues, *Alt Heidelberg*, et *Im schwarzen Wallfisch zu Ascalon*, et *Der letzte Ichthyosaurus*, plaisanteries rimées du cru, sans oublier le *fameux Gaudeamus igitur...*, et cet étrange *Exercitium salamandris*, toast bizarre que le buveur termine en brisant son verre. Les professeurs, conviés, sont là, du reste, et boivent et rient eux aussi, et, Dieu me pardonne, répètent le refrain.

Mais il faut savoir laisser de côté ce que ces coutumes et ces pratiques peuvent avoir d'étrange pour démêler et voir au fond toute l'influence que cette camaraderie, cette vie un peu à part ont eu sur les destinées de l'Allemagne entière: ces jeunes gens deviennent des hommes; en quittant les bancs de l'université, ils emportent avec eux le souvenir de ces unions, de ces sociétés, de ces longues amitiés, de ces fêtes de jeunesse, souvenir tenace et doux. Que d'idées communes hier restent communes aujourd'hui! que de sentiments identiques ne varient pas, parce qu'on est devenu père de famille et parce qu'on s'est perdu de vue. Qu'importe alors que tous ces étudiants soient venus les uns des bords du Rhin, les autres des rives de l'Elbe, de la Sprée, du Danube, du Neckar, des montagnes de la Souabe ou des plaines de Leipsig, qu'importe, et dès qu'il s'agit d'armer des Saxons, des Bavarois, des Wurtembergeois, des Hessois, des Prussiens les uns contre les autres, n'est-il pas vrai qu'il n'y a plus de Prusse, de Hesse, de Wurtemberg, de Bavière et de Saxe, mais bien une seule Allemagne! Oui, nous avions raison de dire que les professeurs et les mœurs des universités ont plus fait pour l'unité allemande que toute les habiletés et les coups de force du ministre de Berlin.

L'étudiant allemand apporte dans ses habitudes de travail toute la régularité, la lenteur, la ténacité que les habitudes de la race et les méthodes universitaires font pressentir. Il est, il faut savoir le reconnaître, généralement assidu et calme. Mais son esprit manque de vol et d'envergure; il saisit lentement, digère et s'assimile lentement; ses recherches, dès qu'il est capable d'en entreprendre, d'originales, sont marquées au coin de ces défauts et de ces qualités. Il aime les petites questions, les théories hypothétiques, et

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 octobre.

(2) Théodore Kœrner, né à Dresde en 1791, fut tué à Wœbbelin le 26 août 1813, dans l'attaque d'un convoi de vivres et de munitions. Il avait écrit de nombreuses chansons et plusieurs pièces de théâtre: sa *Chanson de l'épée* et quelques autres morceaux du même genre sont demeurés justement célèbres.

sous prétexte de chercher le mieux et le nouveau, s'embarque à l'aventure dans des explications qu'une saine expérience désavoue bientôt; il aime à se restreindre, à se spécialiser, et cela de bonne heure, oubliant que « la spécialité est le plus bas degré de l'art, lorsqu'elle n'est pas fécondée par les connaissances générales; qu'elle en est la perfection lorsqu'elle est le couronnement de la science; qu'il faut finir au lieu de débuter par elle » (1). Le travail de laboratoire lui plaît; il s'y adonne volontiers tout entier, délaissant la clinique et l'hôpital; mais il faut avouer que ce travail avec toutes ses finesses, tous ses détails méticuleux lui convient parfaitement et qu'il y est passé maître. La belle organisation des instituts scientifiques ouvre d'ailleurs de ce côté une voie, une carrière toute naturelle. Cette vie d'études tranquilles lui sourit, et parmi les étudiants, un cinquième environ, aspire à la continuer le plus longtemps possible en s'attachant à un maître éminent, en devenant son assistant, son *famulus*, son second, en se faisant nommer privat-docent; plus tard l'ambition venant, ambition légitimée par des travaux et des publications approuvées, ces jeunes savants aspireront désormais à entrer dans l'enseignement officiel des universités dont le personnel enseignant trouve aussi son recrutement tout assuré dans cette ruche d'abeilles qui travaillent sans bourdonner.

Nous terminons ici, monsieur le directeur, ces notes dans lesquelles nous avons cherché à faire entrer le plus de renseignements possible sur l'enseignement de la médecine en lui-même, sur la collation des grades et les examens, sur l'état des professeurs et des élèves, sur les instituts et leurs budjets. Nous vous remercions de la longue hospitalité que vous nous avez libéralement donnée dans *la Gazette*. Si le lecteur trouve, outre les renseignements nécessaires, quelques considérations justes sur les institutions d'enseignement médical et sur l'esprit qui préside en général au développement de l'enseignement scientifique supérieur, si le lecteur veut bien reconnaître que tout en rendant hommage au fonctionnement exact et à l'organisation bien comprise des Facultés allemandes, nous avons su nous garder des approbations banales et des admirations de commande, notre ambition sera tout entière satisfaite.

Dans le cours de cet examen des universités étrangères, il y a eu certainement beaucoup de choses à approuver; citer même certains détails, certains chiffres, n'était-ce pas louer une grande partie de cette organisation scientifique. Cependant en dehors d'un agencement souvent de premier ordre, de laboratoires richement construits et richement subventionnés, d'un fonctionnement méthodique, il faut bien dire que l'on ne trouve rien qui doive passionner l'esprit et exciter l'admiration au point où plus d'un en France s'était monté il y a quelques années surtout. Il faut savoir rendre à chacun la justice qu'il mérite, et s'il est mauvais de trop exalter son propre pays, c'est une erreur aussi de ne voir dans tout ce qui se fait et se dit à l'étranger que des choses dignes d'approbation.

Dans le jeu de nos propres institutions médicales, beaucoup de points peuvent être critiqués, nous n'avons pas craint de le faire, mais avec modération, nous souvenant que beaucoup d'hommes sont comme Erasme : *Non amo veritatem seditiosam*, disait le spirituel dialecticien, à Luther. Cependant nous avons eu ici sous les yeux bien des vanités, sans fondement, beaucoup d'orgueil à tort et à travers, et un tel spectacle était justement fait pour nous dessiller les yeux et nous rendre peu à peu nous-même plus impartial, plus juste envers notre enseignement national. C'est peut-être une bonne voie, quoique la moins courte, que d'aller étudier les institutions scientifiques et autres de l'étranger, pour apprécier en meilleur juge celles de son propre pays.

Dr Louis Fiaux,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

(1) A. Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Introduction, p. XXIV.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un télégramme adressé de Philadelphie, le 12 octobre, au *Times* de Londres annonce que la fièvre jaune a complétement disparu de Brunswick en Géorgie. Elle décroît aussi à Savannah, par suite des temps frais qui règnent à présent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique odontologique du docteur Magitot. — De la variété rotation sur l'axe et de son traitement par la luxation immédiate. Leçons et observations recueillies par le docteur Pietkiewiez. — In-8° de 23 pages avec 16 figures dans le texte. Prix : 1 franc. — Paris, 1876, O. Doin.

Réflexions sur la pneumonie et sur son traitement à propos d'une épidémie de bronchite et de broncho-pneumonie, par le docteur Dauvergne père. — In-8° de 28 pages. Prix : 1 franc. — Paris, 1876, O. Doin.

Sur les Propriétés physiologiques et thérapeutiques des sels de cicutine, et en particulier du bromhydrate de cicutine, par le docteur Dujardin-Beaumetz. — In-8° de 15 pages. Prix : 50 centimes. — Paris, 1876, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 123. — SAMEDI 21 OCTOBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 21 OCTOBRE 1876. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

—

Anasarque et ascite albuminuriques pendant la grossesse. Crises répétées de vomissement et de diarrhée. Accès de suffocation. Paracentèse de l'abdomen et mouchetures cutanées. Acoouchement provoqué à sept mois et une semaine de gestation. Malade en voie de guérison.

Il y a en ce moment dans les salles de la Clinique d'accouchements une femme qui a fixé, depuis quelque temps déjà, l'attention de toutes les personnes qui suivent ce service et qui présente, en effet, un très-grand intérêt au double point de vue médical et obstétrical. Nous ne craindrons pas, à raison de cet intérêt même, d'exposer ce fait avec plus de détails peut-être que nous n'avons l'habitude de le faire dans cette Revue.

La malade dont il s'agit est une jeune femme de vingt ans, d'une constitution moyenne et d'un tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une très-bonne santé. Accouchée une première fois très-heureusement en février 1874, à la suite d'une grossesse tout à fait normale, après un allaitement d'un an, elle devint enceinte de nouveau dans les premiers jours de mars 1876.

A son début, cette deuxième grossesse ne fut marquée par aucun phénomène particulier. Mais dès les premiers jours de juin, à trois mois révolus de gestation, les pieds et les jambes commencèrent à s'œdématier, et l'infiltration s'étendit avec une telle rapidité, qu'en moins d'une semaine tout le tissu cellulaire superficiel du corps se trouvait envahi. La cavité abdominale elle-même devint le siége d'un épanchement ascitique. A partir du 10 juin, la malade, complétement impotente, dut garder le lit qu'elle n'a pas quitté depuis lors. Elle fut soumise à cette époque au régime lacté, mais sans résultat notoirement avantageux.

C'est dans cet état d'anasarque considérable avec épanchement séreux dans le péritoine, qu'elle entra à la Clinique d'accouchements, le 31 juillet dernier. L'examen de l'urine décéla immédiatement une très-forte proportion d'albumine; la grossesse touchait alors à la fin du cinquième mois.

Pendant les deux mois qui suivirent, la malade fut de nouveau soumise au régime lacté, puis à l'usage des diurétiques, des toniques, etc. Ces diverses médications restèrent sans résultat. Jamais l'œdème, ni l'ascite, ni l'albuminerie, ne disparurent.

Ces divers symptômes offrirent, il est vrai, quelques oscillations assez notables au point de vue de leur intensité; mais les variations n'étaient point en rapport avec l'emploi de tel ou tel traitement. Lorsque l'infiltration séreuse avait acquis une intensité et une généralisation menaçantes, des vomissements de matières aqueuses teintées par de la bile se répétaient fréquemment pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures; aucun aliment n'était supporté, ni les liquides, ni les solides; puis, une amélioration se produisait dans l'état général et l'on voyait l'albuminurie, de même que l'anasarque, notablement diminuer. Quelquefois, au lieu de vomissements, c'était un flux diarrhéique abondant qui constituait la crise.

Bientôt le mal reprenait une marche ascensionnelle pour aboutir promptement à une sorte de saturation et se juger de nouveau par un flux gastrique ou intestinal. Il y eut une série de cinq ou six de ces accès.

Pendant cette évolution morbide, la malade exténuée, condamnée à une immobilité absolue, perdait progressivement ses forces; son alimentation ne réparait, on le conçoit, que très-imparfaitement ses pertes quotidiennes. Cependant, à l'exception des époques de crises gastriques ou intestinales, la langue resta toujours nette et les digestions relativement satisfaisantes. Des douleurs lombaires, une sensation pénible de tension dans les diverses parties envahies par l'œdème, parfois une soif vive et une certaine oppression constituaient l'objet le plus habituel de ses plaintes. Quant à la grossesse, elle suivait régulièrement son cours, et la malade percevait très-bien les mouvements de son enfant.

Le 1er octobre un nouveau symptôme apparut; la malade se plaignit tout à coup de suffoquer et de ressentir une violente douleur au côté gauche de la poitrine, douleur qui l'empêchait de respirer et rayonnait dans tout le côté correspondant du corps. Mandé d'urgence près d'elle, M. Guéniot constata son anxiété, en même temps que la complète régularité des fonctions du cœur.

De quoi s'agissait-il? d'un œdème pulmonaire, d'une douleur névralgique ou pleurodynique? C'est ce qu'il était difficile de dire. L'anxiété était comparable à celle qu'on observe dans l'angine de poitrine; mais il n'y avait pas lieu de penser

cependant que cette affection fût en cause. Bref, il fallait agir, quelle que fût la cause de l'accès.

La grossesse ayant à peine atteint le terme de sept mois, M. Guéniot ne voulut point s'attaquer à elle, car c'eût été sacrifier l'enfant. D'ailleurs, abstraction faite de cette considération, les tentatives d'évacuation de l'utérus eussent été d'un effet beaucoup trop lent pour remédier à un accident aussi pressant. Ce jour-là l'anarsarque avait acquis son plus haut degré d'intensité. Les membres inférieurs, les grandes lèvres, la paroi abdominale, les seins, le visage, les bras euxmêmes étaient horriblement distendus par la sérosité; l'épanchement ascitique avait acquis aussi de grandes proportions. C'est à la déplétion du péritoine et du tissu cellulaire que M. Guéniot s'arrêta. Il pratiqua donc, séance tenante, une ponction abdominale qui donna environ deux litres d'un liquide limpide et opalescent, sur l'analyse duquel il y aura bientôt à revenir. Il fit en même temps une série de mouchetures sur les téguments de l'hypogastre, des grandes lèvres et des cuisses dans le but d'évacuer la sérosité qui les distendait.

En fait, cette intervention réussit pleinement; à peine un litre de liquide avait-il été extrait de la cavité abdominale, que déjà la patiente se trouvait beaucoup mieux (effet moral, influence nerveuse, à n'en pas douter, — le système nerveux jouant toujours un rôle plus ou moins marqué dans ces crises de suffocation, quelle qu'en soit la cause), et le lendemain on la trouvait incomparablement mieux. La douleur anxieuse de la veille avait complétement disparu; le liquide qui s'était écoulé par l'ouverture de la paracentèse, de même que par les mouchetures, pouvait être évalué à six ou huit litres; pendant vingt-quatre heures encore l'écoulement continua. Il en résulta une diminution considérable dans le volume des parties; pour la première fois, l'utérus ainsi que le fœtus devinrent nettement explorables à travers la paroi abdominale.

Le 5 octobre, une diarrhée séreuse abondante vint encore ajouter son effet déplétif à celui des ponctions, et malgré la recrudescence de faiblesse qui s'ensuivit, on put espérer un instant que l'anasarque serait, cette fois, plus lente à se reproduire. Mais il n'en fut rien.

Dès le 10 (cinq jours plus tard) l'œdème et l'ascite avaient reparu avec la même intensité que par le passé. Aussi, craignant pour les jours de la malade, M. Guéniot se décida à provoquer l'accouchement. La grossesse datant de sept mois et une semaine, l'enfant pouvait très-probablement naître dans des conditions suffisantes de viabilité.

Le 11 octobre, M. Guéniot appliqua jusque dans l'utérus l'ampoule de caoutchouc de M. Tarnier. La patiente, épuisée par tant de souffrances, accueillit la petite opération comme une délivrance. Malgré l'œdème de la vulve, on parvint sans grande peine à placer l'instrument en bonne situation au-dessus du col utérin. Mais dès le soir, avant que toute contraction fut devenue manifeste, l'ampoule creva, et l'opération fut à recommencer.

L'œdème se trouvait partout en voie d'accroissement; les parties génitales dans l'espace de quelques heures s'étaient tuméfiées à tel point qu'il fut impossible de tenter à nouveau l'introduction de l'excitateur. Heureusement, sans que cette intervention devint nécessaire, le travail se déclara pendant la nuit, et le 12, au matin, l'accouchement se termina sans aucun accident, après quatre heures trois quarts de durée, par la naissance d'une fille bien vivace, du poids de 1,670 grammes.

La marche de l'œdème en fut-elle modifiée? Aucunement. L'infiltration continua d'augmenter et l'ascite de s'accroître au point que, le lendemain, l'état de la patiente semblait être aussi grave qu'il eût jamais été. Bien plus, dans la nuit du 13 au 14 (quarante heures après l'accouchement), M. Guéniot fut mandé en toute hâte; elle était dans une crise terrible de suffocation. Il la trouva anxieuse, ne pouvant respirer, ayant une petite toux incessante. L'auscultation fit percevoir dans tout le côté gauche de la poitrine des râles secs de différents tons; nulle part il n'existait de râles humides. Il s'agissait d'une hyperémie intense des poumons et non d'un œdème, comme l'état de la malade aurait pu le faire supposer.

Le danger était pressant; une médication active était de toute urgence. Comment intervenir? une saignée eut été d'un bon effet immédiat, sans doute, mais était-il possible de spolier un organisme déjà si exténué? Evidemment non. Il fallut donc y renoncer. D'une autre part, la généralisation de l'œdème rendait dangereuse l'application d'irritants sur la surface cutanée. Une région seulement restait jusqu'à un certain point indemne. C'était celle des avant-bras. Elle fut utilisée pour l'application de sinapismes. Un lavement purgatif fut prescrit, en même temps qu'une portion diaphorétique avec 6 grammes d'acétate d'ammoniaque. Enfin, de nombreuses mouchetures furent pratiquées immédiatement sur les régions les plus distendues par l'infiltration.

Cette fois encore, comme lors de la crise antérieure, la malade se sentit notablement soulagée, avant même qu'on eût rien fait de plus actif pour ramener le calme, effet moral évidemment, exerçant son influence sur l'élément nerveux de la crise. Bref, le lendemain, 14 octobre, elle se trouvait notablement mieux; la respiration s'accomplissait avec assez de régularité, et la toux de la veille avait disparu; les râles sibilants et ronflants se retrouvaient néanmoins avec la même abondance que pendant l'accès. — L'écoulement séreux, provoqué par les mouchetures, se continuait et pouvait être déjà évalué à cinq ou six litres de liquide. Pas de douleur abdominale; issue très-difficile des lochies, à cause de l'œdème vulvaire. Les urines, de très-médiocre abondance, comme pendant tout le cours de la maladie, renferment toujours une très-forte proportion d'albumine.

Le 15 octobre, l'épanchement abdominal augmente, tandis que la sérosité des membres continue de s'écouler à travers les mouchetures cutanées. Le pouls est à 116, d'une petitesse extrême; pour la première fois, la peau est légèrement fébrile. La malade a ressenti un peu de froid. Cependant, nulle part on ne trouve d'inflammation locale capable d'expliquer cet état de fièvre. — Sulfate de quinine et 4 litres de lait.

Enfin, le 16 octobre, les craintes de la veille commencent à se dissiper. Le pouls est à 100; la fièvre est tombée; la nuit a été bonne; l'œdème des diverses parties du corps a notablement diminué, et la patiente se sent mieux disposée pour la digestion. Notons toutefois que l'albuminurie persiste à un haut degré et que l'ascite ne fait que progresser depuis l'accouchement. Quant aux seins, ils ne sont tuméfiés jusqu'ici que par l'œdème et nullement par la fluxion sanguine qui prépare la sécrétiou du lait.

Tel est l'état présent de cette malade, qui est en ce moment soumise à l'expectation. Il sera très-intéressant de suivre et de connaître l'issue de cette longue scène morbide. Et quand cette issue, quelle qu'elle soit, sera connue, il ne sera pas moins intéressant de chercher à se rendre compte de plusieurs circonstances importantes et restées obscures jusqu'à présent, de l'étiologie et de la marche quelque peu insolite et singulière de cette affection.

Fracture de la cornée, cataracte traumatique, phénomènes d'irido-choroïdite. — Iridectomie. — Guérison.

Voici un fait qui vient de se présenter dans le service chirurgical de l'hôpital des cliniques, et qui n'est pas moins intéressant par la cause de la lésion et les circonstances qui l'ont suivi que par le résultat heureux de l'opération qui a mis promptement un terme à une longue série d'accidents et de souffrances. Nous devons les principaux détails de ce fait à M. Lasvenes, élève du service.

Un homme de quarante-huit ans raconte qu'il a reçu, il y a douze ans environ, un éclat de verre dans l'œil droit. La cornée a été fracturée et la plaie présentait à cette époque une disposition étoilée. Indépendamment des complications inflammatoires communes à un pareil traumatisme, on constata alors une hernie de l'iris par un des bords de la plaie. Le malade, ayant quitté Paris à cette époque, a été traité en province où on lui a fait des cautérisations sur les parties herniées, Trois mois après, il a pu reprendre ses occupations, bien que la vision défectueuse de cet œil ne lui permît pas de voir les objets dans leur totalité. C'est ainsi qu'en fermant l'œil gauche, il apercevait tantôt une partie d'une enseigne qu'il voulait lire, par exemple, tantôt l'autre partie, suivant que son œil exécutait des mouvements en divers sens, mais il ne pouvait jamais la voir tout entière. L'accommodation a été très-difficile dans les premiers temps. Néanmoins, il avait fini par ne plus être incommodé de cet état, lorsque le 15 mai dernier, ayant reçu sur ce même œil un coup de poing, donné, paraît-il, involontairement, il survint à partir de ce moment une nouvelle inflammation avec une nouvelle hernie de l'iris. Traité ville, il refusa de se soumettre à l'ablation du segment antérieur de l'œil qui lui fut proposée, et ce fut alors qu'il entra, le 16 juin dernier, à la Clinique dans le service de M. le professeur Broca, se plaignant, en outre, de troubles de la vision, de douleurs vives et de céphalalgie. M. Broca lui fit pratiquer des instillations d'atropine et la compression avec l'aide de la ouate.

Au bout de trente-cinq jours de ce traitement, le malade, débarrassé de ses douleurs, demanda à aller à l'asile de Vincennes, où on lui pratiqua encore des cautérisations sur la petite portion herniée de l'iris.

Rentré chez lui, il éprouve, dit-il, constamment une douleur vague dans l'intérieur de l'œil. Parfois cette douleur devient aiguë, lancinante, et il se joint à la douleur profonde des accès de névralgie sus-orbitaire. La vision est complétement abolie à droite, et l'œil gauche devient à son tour le siége d'une inflammation telle (ophthalmie sympathique) que le malade n'y voit plus à se conduire.

C'est alors qu'il rentre pour la deuxième fois à la Clinique, le 3 septembre. Son œil droit offre à ce moment l'aspect suivant : plaies de la cornée cicatrisée, atrésie de la pupille et synéchies antérieures complètes. M. Pozzi, chargé en actuellement du service, lui fait appliquer d'abord des compresses d'eau tiède et pratiquer des instillations de quelques gouttes d'atropine. Après ce traitement palliatif, M. Pozzi se décide à recourir à un moyen plus décisif pour remédier à ces graves désordres. Le 23 septembre, il pratique une pupille artificielle, au moyen d'une iridectomie oblique, en haut et en dehors. La portion de l'iris enlevée porte à sa partie postérieure des fragments de cristalloïde antérieure. On aperçoit alors, à travers la pupille artificielle, une cataracte traumatique. Néanmoins, le malade distingue dans certaines positions les objets usuels qu'il ne voyait pas du tout auparavant. L'œil gauche n'a pas tardé à reprendre son état normal.

Le 4 octobre, cet homme a quitté l'hôpital complétement débarrassé de toutes ses douleurs.

Traitement des décollements de la rétine.

Nous recevons, à l'occasion de la communication de M. Martin (de Marseille), sur un nouveau traitement des décollements de la rétine, que nous avons insérée dans notre Revue de samedi dernier, la lettre suivante de M. le docteur de Wecker, que nous nous faisons un devoir de publier, ainsi que cet honorable confrère nous en fait, d'ailleurs, la demande.

« Monsieur le rédacteur,

« Dans un article intitulé : *Nouveau procédé de traitement des décollements de la rétine*, que vous avez publié d'après une correspondance de M. Martin (de Marseille), cet estimé confrère repousse mon mode de drainage de l'œil avec un *simple* fil d'or vierge, en revendiquant exclusivement pour une anse à *double* fil les avantages du drainage. M. Martin appuie sa manière de voir sur un fait isolé, aussi n'ai-je, pour le moment, qu'une seule observation à lui adresser, c'est que les nombreux drainages que j'ai pratiqués avec de simples fils m'ont déjà fourni de très-heureux résultats. Un coup d'œil jeté sur une thèse qu'une de mes élèves, Mme Ribard, vient de publier (*Du drainage de l'œil dans différentes affections de cet organe et particulièrement dans le décollement de la rétine*), suffira pour amener la conviction à cet égard. Cette importante question du drainage (que j'ai, du reste, aussi exécuté avec double fil) est actuellement à l'étude, et je ne voudrais pas entrer dans des détails pour la juger avant que, par une longue observation, j'aie pu me rendre un compte exact sur sa véritable valeur. Pour le moment, qu'il me soit donc seulement permis de faire connaître aux lecteurs de votre estimable journal que je ne compte nullement par mon silence paraître adhérer à l'opinion de mon honoré confrère M. Martin, et refuser avec lui à l'anse à simple fil les qualités d'un drain.

« Veuillez agréer, etc. L. DE WECKER. »

Dr BROCHIN.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. J. CHAUVEL.

Syphilis ancienne. — Carie nécrosique de l'ethmoïde et abcès secondaire du cerveau.

(Observation recueillie par M. le docteur S. BOYER, médecin stagiaire.)

M. X..., trente-cinq ans, lieutenant au train des équipages, était en traitement à l'hôpital du Val-de-Grâce, depuis quelques jours, au moment où M. Chauvel prit le service et où nous le vîmes, pour la première fois, le 31 juillet 1876.

Antécédents syphilitiques, accidents remontant à une époque indéterminée, a subi un traitement mixte (frictions mercurielles et iodure de potassium). Écoulement purulent par le nez et par une fistule ouverte à l'angle supérieur et interne de l'orbite. Tels sont les seuls renseignements positifs que l'on peut recueillir sur le malade.

État actuel, 31 juillet 1876. Pas d'amaigrissement, pas de fièvre, somnolence habituelle pendant le jour, agitation la nuit. Céphalée, occupant toute la région frontale, persistant depuis le début des accidents. Les réponses sont justes, mais le malade profondément absorbé, ne peut donner aucun renseignement précis sur le début et la marche de son affection. Pas de paralysie, les fonctions s'exécutent assez bien. La paupière supérieure gauche est le siége d'un gonflement diffus et présente une rougeur violacée qui s'étend comme la tuméfaction à la région sourcilière interne. La pression est peu douloureuse. La paupière tuméfiée recouvre en partie le globe

de l'œil déjeté en bas et en dehors; cependant la vision est conservée et la conjonctive bulbaire ne présente pas d'injection. Pas de tuméfaction de la racine du nez.

A l'angle interne et supérieur de l'orbite gauche, bien au-dessus du tendon de l'orbiculaire existe un petit pertuis, par lequel s'écoule à peine une goutte de pus. Le stylet arrive sur la paroi interne de l'orbite, les os sont à nu et cariés. Du pus s'écoule par les narines, mais l'exploration n'est pas pratiquée. Le malade sort, sur sa demande et celle de sa famille, le lendemain 1er août.

On le ramène à l'hôpital le 3 août, parce qu'il a donné des signes de dérangement intellectuel. Le jour, il reste tranquille, dans une somnolence continuelle. Il faut le réveiller pour le faire manger. La nuit, il est agité, se lève, s'habille, veut sortir, et devient difficile à maintenir. Cependant, il traverse seul tout l'hôpital pour se rendre à son lit. Une heure après, M. Chauvel le trouve couché, dans un état de stupeur dont il est déjà difficile de le faire sortir. L'état local est resté le même. En l'excitant, on le réveille, mais on ne peut en obtenir de réponse, cependant il comprend et obéit. Le côté gauche du corps est plus faible, mais il n'y a pas d'hémiplégie manifeste.

Dans la nuit, la stupeur augmente, la respiration devient lente, pénible, stertoreuse, et le malade succombe le 4 août, à six heures du matin. Un peu de pus s'est écoulé par les narines.

Autopsie, le 5 août vingt-six heures après la mort. La voûte du crâne est enlevée avec la scie; elle ne présente pas de lésion. Méninges pâles non infiltrées de liquide; aucune altération de la face supérieure du cerveau.

En soulevant le cerveau pour l'enlever, on voit la dure-mère, qui tapisse les fosses cérébrales antérieures, rouge et vivement injectée. La face inférieure des lobes frontaux est recouverte par un pus verdâtre, d'une odeur fétide et gangréneuse.

L'infiltration purulente s'étend de l'extrémité antérieure des lobes frontaux jusque près du chiasma des nerfs optiques. Elle occupe toute la largeur du lobe frontal gauche; à droite elle s'arrête à deux centimètres de la ligne médiane. A ce niveau, la substance cérébrale est infiltrée par le pus et ramollie; mais ce ramollissement est surtout prononcé à la partie antérieure du lobe frontal gauche dont la couche corticale est réduite en bouillie. L'épaisseur de la couche altérée est de cinq à six millimètres. Au dessus, la substance cérébrale ne présente aucune lésion. On ne rencontre aucune altération dans les lobes moyens et postérieurs du cerveau, pas plus que dans le cervelet ou la protubérance. Les artères sont saines et perméables. Les nerfs optiques sont sains, les nerfs olfactifs au contraire ramollis et détruits dans une grande partie de leur longueur. La lame criblée de l'ethmoïde est recouverte d'un pus verdâtre, comme la face inférieure des lobes frontaux; le tissu osseux ramolli est comme fondu dans la masse putrilagineuse. La paroi supérieure de l'orbite est saine. Une coupe légèrement oblique étant pratiquée dans le frontal de chaque côté de la lame criblée de l'ethmoïde, celle-ci se détache sous forme d'un détritus brun verdâtre.

Les cornets supérieurs sont presque complétement détruits et et remplacés par une masse putrilagineuse où l'on trouve de petits fragments osseux. La muqueuse de la partie supérieure des fosses nasales a presque entièrement disparu; il n'en reste plus que de petits lambeaux macérés dans le pus et se laissant facilement arracher. Les cornets moyens sont dénudés offrant une surface inégale et rugueuse. Adhérences pleurales anciennes. Poumons fortement congestionnés. Beaucoup de graisse à la surface du cœur. Le foie présente un commencement de dégénérescence graisseuse. Les reins sont volumineux et vivement injectés. On ne trouve sur aucune partie du corps des traces de syphilis. Les tibias, les clavicules ne sont pas déformés.

DEUX OBSERVATIONS D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LE CHLORAL.

par M. le docteur Bourguet (de Graissessac).

Obs. I. — *Éclampsie pendant le travail. — Chloral. — Guérison.* — X..., primipare, vingt-sept ans, très-robuste, constitution forte, d'un embonpoint considérable, est prise des premières douleurs le 10 juin 1875 dans la soirée, et accouche le 11 à trois heures et demie du soir. Elle a eu une première attaque d'éclampsie au moment où la tête a franchi le détroit supérieur.

D'après le confrère, qui en mon absence a été appelé par la sage-femme, l'accouchement a été spontané; les eaux n'auraient été perdues que quelques instants avant l'expulsion du fœtus.

Une deuxième attaque a eu lieu à quatre heures et demie; la troisième à sept heures; la quatrième à neuf heures. Elles ont duré de deux à trois minutes. Les indications qui me sont données par les assistants montrent bien qu'il s'agit d'une éclampsie : les mouvements sont concentriques; la langue est prise entre les arcades dentaires; coma, congestion de la face, respiration un peu stertoreuse.

Appelé à dix heures, auprès de la malade, je la trouve sans connaissance, la face rouge, animée, la respiration régulière, pouls 72, pupilles dilatées modérément, utérus convenablement rétracté. On peut faire boire la femme sans trop de peine; prévenu par mon confrère, j'ai pu emporter avec moi la potion suivante :

Sirop simple.................... 150 gr.
Hydrate de choral................ 6 gr.

que l'on administre d'heure en heure par cuillerées à bouche.

12 juin. — Cinquième attaque à onze heures, hier, qui a duré trois minutes, les convulsions ont été modérées, la potion a été prise régulièrement.

L'intelligence a reparu vers six heures du matin et à l'heure de la visite (neuf heures) elle est parfaite. Le souvenir des faits de la veille est complétement perdu. Douleurs du ventre modérées, la perte a commencé à s'établir, utérus peu sensible, fatigue musculaire générale, langue épaisse avec enduit jaunâtre, les bords portent l'empreinte des dents, pouls 96. La malade se plaint du mauvais goût de la potion; je la fais renouveler en diminuant la dose de 1 gramme.

Le soir le pouls est à 72, la malade a dormi dans la journée et s'est réveillée avec de la céphalalgie frontale, aucune autre douleur, une selle naturelle.

A partir de ce moment, les suites de couches ont été très-naturelles, et malgré moi la femme s'est levée au huitième jour; depuis, sa santé a été parfaite ainsi que celle de la petite fille qu'elle a nourrie dans d'excellentes conditions.

Obs. II. — *Éclampsie au huitième mois de la grossesse. Retour des accidents après quelques jours. Chloral. — Guérison.* — F..., vingt-trois ans, robuste, constitution, tempérament sanguin, est prise dans la nuit du 11 au 12 mars 1876 de vives douleurs d'estomac, avec contractures des muscles des jambes et des avant-bras, elle a eu un vomissement muqueux. Le pouls est lent, vif, petit, la face injectée; la douleur épigastrique ne se déplace pas et n'a aucune irradiation ; la langue est rouge à la pointe. La femme est enceinte d'environ huit mois (dernières menstrues dans la deuxième quinzaine de juillet) et est primipare.

Application chaudes sur l'épigastre. — Ipéca, 1 gr. 25.

12 mars. — Les vomissements ont été très-abondants, il n'existe pas de fièvre, le pouls est plus fort. Céphalalgie frontale assez vive qui a persisté toute la journée.

Dans la nuit, vers deux heures du matin, le mari s'est réveillé entendant sa femme ronfler bruyamment et s'agiter un peu. Arrivé près d'elle à deux heures et demie, je la trouve dans l'état suivant :

Coma, respiration stertoreuse, face injectée, pouls très-petit, 84; langue épaisse portant sur les bords l'empreinte des arcades dentaires et légèrement éraillée. Les pupilles sont sensibles à la lumière, mais la vue est abolie, car la malade ne distingue pas la lumière et ne reconnaît les personnes qui l'entourent qu'au son de leur voix. L'intelligence est, du reste, passablement éprouvée. Respiration bonne; léger œdème des malléoles; pas d'urines.

Une attaque d'éclampsie me paraît indéniable. Je recommande de bien observer la femme et de garder des urines.

Sirop simple........ 120 grammes.
Hydrate de chloral........ 6 —

Une cuillerée d'heure en heure.

13 mars, neuf heures. — Le malade a eu deux attaques, une à quatre heures et demi, qui a duré assez longtemps et s'est accompagnée d'agitation des membres, de convulsions; un peu de salive sanguinolente a paru aux lèvres; le coma, le stertor, n'ont pas manqué; toujours intelligence très-incomplète et absence de la vision.

A six heures et demie, l'attaque a été plus courte et sans mouvements convulsifs.

Le pouls s'est un peu relevé, il n'est pas fréquent, la langue est sale, avec enduit jaune; congestion légère de la face; respiration bonne.

Des urines ont été rendues à neuf heures et demie, fauves, très-épaisses. Immédiatement examinées par la chaleur et l'acide nitrique, elles contenaient une proportion énorme d'albumine.

Conformément aux conseils de M. Tarnier (*Gaz. des hôpitaux*, 1876, nº 3) la femme sera mise au régime lacté à peu près exclusif.

2 heures. — Pas d'autre accès convulsif; intelligence en partie reparue; la malade indique qu'elle souffrait de la tête depuis plusieurs jours; céphalalgie générale et vive; coma léger; si peu qu'on laisse la femme tranquille, elle ferme les yeux et paraît dormir; la cécité persiste.

8 heures. — Une selle a été obtenue a la suite d'un lavement salé donné l'après-midi; 40 à 50 grammes d'urine rougeâtre avec dépôt abondant, ont été rendus; même tendance au sommeil; respiration stertoreuse; pouls, 84 régulier; température de la peau, normale; cécité.

14 mars. — L'intelligence est à peu près complète; le sommeil n'a pas été bruyant; tête lourde, oubli complet des faits de la veille; la vue est rétablie; pouls, 64.

15 mars. — Bon état; la femme demande à manger; les urines renferment encore beaucoup d'albumine; bouillon et lait seulement.

16 mars. — Malgré tout le monde, la malade s'est levée deux ou trois heures, elle se plaint amèrement qu'on l'empêche de manger.

25 mars, onze heures du soir. — La malade souffre, depuis trois heures de l'après-midi, du ventre d'abord, puis de la tête, la malade ne se rend pas bien compte du caractère de ses douleurs; on arrive à lui faire dire pourtant que son ventre se durcit et que par moments le mal se suspend.

Le toucher est pratiqué, et révèle l'effacement du col et l'engagement d'une partie fœtale dans l'excavation; l'examen n'est pas complété à dessein, la femme n'a rien perdu par la vulve; la grossesse n'était que de huit mois. J'essaie des lavements laudanisés pour arrêter le travail si c'est possible.

Un peu de calme est obtenu, mais pour quelques heures seulement.

26 mars, deux heures et demie. — A deux heures, attaque d'éclampsie, plus forte que celles de la quinzaine précédente,

Hydrate de chloral.	6 gr.
Sirop	120 gr.

8 heures. — A trois heures et demie, cinq heures et demie et sept heures et demie, trois nouveaux accès peu intenses, après lesquels l'intelligence revient; céphalalgie, coliques; pouls, 120, petit.

Le toucher indique que l'engagement est plus avancé.

2 heures. — Pas d'autres accès; assoupissement léger; 300 grammes d'urine ont été rendus en une seule fois, à dix heures, avec un peu de sang pur qui est au fond du vase; elles renferment beaucoup d'albumine.

8 heures. — L'accouchement vient d'avoir lieu, presque sans que la femme s'en soit doutée; elle n'a souffert que quelques instants aux dernières contractions, qui seules ont pu la faire sortir de sa somnolence.

L'enfant du sexe féminin, bien développé, était mort. Il est probable qu'il a succombé pendant le travail.

La délivrance a été naturelle; pouls, 108; léger coma; continuer le chloral par précaution.

27 mars. — Pouls, 108, léger assoupissement; la malade ne se souvient même pas si elle a accouché; intelligence parfaite, vue très-bonne, distingue l'heure à la montre.

28 mars. — Le pouls a atteint 120, sans qu'on observe rien de suspect dans les organes, quelques douleurs seulement dans les genoux et dans les lombes; les urines renferment encore une très-notable proportion d'albumine; pas de signes de la montée du lait.

29 mars. — Signes d'embarras gastrique; teint jaunâtre, langue sale, facies très-altéré, pouls à 100. Trente grammes d'huile de ricin et tisane de pervenche. Les urines du soir renferment de l'albumine.

30 mars. — Malgré le purgatif qui a produit trois selles copieuses, la montée du lait s'est effectuée en partie; le pouls est à 92; l'utérus est bien rétracté; lavements purgatifs.

1er avril. — Pouls, 96; urines très-claires, renfermant très-peu d'albumine et quelques flocons muqueux.

8 avril. — Pouls 72; toutes les fonctions sont régulières, la malade a été assez longtemps débile à la suite de ces accidents, mais, aujourd'hui, elle a repris son excellente santé d'autrefois.

En présence de ces deux faits, dont l'un m'a paru fort grave, je n'hésite pas à attribuer au chloral une action éminemment utile dans l'éclampsie. Volontairement, et parce que le danger ne m'a pas paru immédiat, je me suis abstenu de la saignée dont, jusqu'ici, j'avais eu à me louer, et que je ne repousse pas, bien loin de là. J'estime que ces deux moyens doivent se compléter l'un l'autre; mais tant que cela me paraîtra possible, je donnerai le pas au chloral, qui a l'avantage de ne pas spolier l'organisme.

Je me suis demandé si cet agent, n'agissait pas sur le fœtus et n'ajoutait pas à l'action déjà nocive de l'affection un élément dangereux de plus. Il faudrait des observations plus nombreuses pour jeter sur cette question délicate une lumière bien désirable. Sans doute, on n'hésiterait pas pour sauver la mère à sacrifier le produit de la conception, mais si des deux moyens qui se disputent le premier rang dans le traitement de l'éclampsie, la saignée sauvait à la fois les deux existences qui sont en cause, il conviendrait de lui donner la préférence et de réserver l'emploi du chloral pour combattre les accidents qui surviennent après l'accouchement.

Je laisse à de plus autorisés le soin de trancher ces questions importantes, ne doutant pas qu'on n'arrive à des conclusions certaines, si quelques-uns de nos accoucheurs distingués veulent bien prendre la peine de chercher la solution d'un problème éminemment social.

MALADIES ET HYGIÈNE DES OUVRIERS

TRAVAILLANT A LA FABRICATION DES AGGLOMÉRÉS DE HOUILLE ET DE BRAI (1)

Par le docteur Manouvriez fils (de Valenciennes).
(Communication faite le 29 septembre au Congrès d'hygiène de Bruxelles.)

II

Appareils de la vision. — La poussière de brai offense les yeux des hommes de cave et détermine des picotements, du larmoiement, des *ophthalmies* diverses (conjonctivite, ptérygion, kératite et iritis) et de l'*amblyopie*, avec sensation de voile devant les yeux, réduction dans l'amplitude de l'accommodation, *héméralopie* et *photophobie*.

A l'ophthalmoscope, la choroïde paraît grise, la papille optique blanc grisâtre avec pigmentation péripapillaire par pointillé brun foncé. Les vaisseaux rétiniens sont pâles et diminués de calibre. Chez un sujet, nous avons observé à la partie inféro-interne du cristallin des opacités sous forme de granulations irrégulièrement groupées; l'éclairage oblique a permis d'apprécier leur couleur brun grisâtre et de constater qu'elles

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 octobre.

siégeaient dans les couches les plus superficielles de la lentille.

Dans certains cas, enfin, la conjonctive oculaire peut être colorée en jaune.

Appareil auditif. — Le brai pulvérulent détermine dans le conduit auditif externe des *incrustations* et même de l'*otite externe* fournissant une suppuration abondante et fétide.

Voies respiratoires. — La pénétration du brai dans les voies respiratoires occasionne du *coryza* et *des tubercules ulcérés des fosses nasales;* elle donne lieu, chez les hommes de cave en santé à une *toux habituelle* avec *expectoration noire;* parfois ces derniers tombent malades et offrent les symptômes suivants : toux fatigante, avec crachement noir pouvant persister un an et même dix-neuf mois après la cessation du travail, râles abondants, dyspnée intense et douleurs vagues à la base de la poitrine. Grande faiblesse et émaciation.

Ils guérissent généralement, mais ils sont exposés à des rechutes et à de l'*emphysème pulmonaire* consécutif; plusieurs sont emportés par une sorte de *phthisie*.

Cette fausse mélanose, comparable à l'anthracose des mouleurs en cuivre et des mineurs de houille, pourrait être dénommée *brutiose pulmonaire* (de *brutia*, brai).

Les chargeurs qui n'ont que peu d'expectoration noire, et encore temporairement pendant le travail, sont néanmoins sujets à des *bronchites* à répétition amenant l'emphysème après un certain temps.

Voies digestives.— La présence du brai dans les voies digestives se révèle par des douleurs épigastriques au moment des repas après l'ingestion d'aliments chauds, par des selles habituelles de couleurs anormales, quelquefois noirâtres, par des troubles gastro-intestinaux et hépatiques : *constipation* ou *diarrhée, avec coliques; embarras gastro-duodénal* avec *vomissements bilieux* et *selles noires*, parfois *sanguinolentes;* fièvre, courbature et douleurs des membres ; *hypertrophie et sensibilité morbide du foie.*

Appareil urinaire. — Les urines, souvent brûlantes, sont généralement de *couleur anormale*, particulièrement vert jaunâtre ou vert-pré, quelquefois très-épaisses. Le microscope y a décélé des particules jaunes, brunes et noires. Ces modifications des urines sont l'indice d'une élimination, par les voies urinaires, du brai plus ou moins décomposé pendant son passage à travers l'organisme.

Résistance et prédisposition morbides.

Un défaut d'énergie réactionnelle, spécial aux ouvriers des agglomérés, les rend capables de bien supporter les *traumatismes* et les *opérations* chirurgicales, mais est cause aussi qu'ils sont singulièrement prédisposés à contracter le *choléra*, qui, chez eux, affecte une forme torpide grave tout à fait insolite.

Étiologie.

On a vu que les affections des ouvriers d'agglomérés résultent de la pénétration et de l'absorption du brai par les diverses voies cutanée, digestive et respiratoire.

Quelle est la composition chimique du brai? Le brai sec est composé, en *majeure partie*, de *substances résinoïdes* encore peu connues, probablement produites par l'oxydation d'hydrocarbures, résines pyrogénées auxquelles est restée mélangée une *certaine quantité d'huiles lourdes* hydro-carburées : naphthaline, quinoléine, lépidine, paranaphtaline, et en particulier celles qui, comme l'anthracène, le chrysène, le pyrène, etc., ne distillent qu'au-dessus de 300 degrés, peut être même renferme-t-il encore des traces d'*huiles essentielles* et de produits volatils, spécialement les plus fixes, telles que l'aniline et le phénol.

Il serait impossible, actuellement, de préciser quels sont ceux des produits de la distillation du goudron, entrant dans la composition du brai, qui communiquent à celui-ci ses propriétés nuisibles. Il est extrêmement probable que presque tous y contribuent pour une certaine part. Contentons-nous de remarquer que ceux de ses dérivés de la houille dont les propriétés physiologiques et hygiéniques ont été étudiées, se comportent d'une manière analogue au brai par rapport à l'organisme.

Traitement.

Pour le traitement de la mélanodermie, des éruptions et des troubles digestifs et respiratoires, nous conseillons les *alcalins à l'intérieur en bains et lotions* et les *alcooliques en lotions*, comme dissolvants du brai, sans préjudice de la médication que pourrait indiquer chacun des symptômes.

Le cancroïde et les maladies des yeux et des oreilles ne nécessitent pas d'autre traitement que celui de ces affections en général. Cependant nous préférons, pour l'ablation du cancroïde du scrotum, l'écrasement linéaire, et pour celui de la face, l'excision et la cautérisation par la pâte de Canquoin combinées. L'excision seule paraît insuffisante, surtout à la face, à prévenir les récidives; l'opération ne fait alors que hâter les progrès du mal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Un mémoire de M. Puel, membre correspondant, sur l'*action de l'air sur les plaies.*

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente, de la part de M. Hanemann, un mémoire intitulé : *Contribution à la pathogénie des organes digestifs.*

M. Verneuil présente, de la part de M. Auger, candidat au titre de membre correspondant, une série d'observations très-rares dans la pratique des villes sur les *ulcères vermineux*, notamment un cas d'ophthalmie vermineuse;

De la part de M. Fontan une note sur un sujet intéressant, le *traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée de l'anus.* (Commission : MM. Verneuil, Anger, Le Dentu.)

M. le Président rappelle qu'une place de membre titulaire a été déclarée vacante, et invite les candidats à présenter leur demande.

LECTURE

M. Nicaise, à propos du procès-verbal, rapporte deux cas d'hémiplégie observés chez des malades atteints de hernie étranglée, et croit utile d'appeler l'attention sur ces faits et de provoquer l'étude de leurs causes. Chez ces malades, toutes deux âgées, il y a eu hémiplégie incomplète à droite survenue, sans perte de connaissance, dans le premier cas pendant l'étranglement, et dans le second pendant le cours d'une péritonite partielle consécutive à l'opération. C'est une question neuve à élucider.

DISCUSSION

M. BLOT émet, avec une grande réserve, quelques doutes sur la relation de cause à effet qu'on a voulu voir dans une simple coïncidence.

M. VERNEUIL pense qu'il est très-utile de publier les coïncidences pathologiques. Il a été lui-même très-frappé de voir des congestions pulmonaires coïncidant avec des hernies étranglées. M. Berger a noté des faits anlogues; et on est amené naturellement à penser que le défaut de circulation des matières intestinales peut être la cause de ces accidents graves qu'on a observés vers le poumon.

M. LANNELONGUE appuie l'opinion de M. Verneuil. Il a vu bien souvent à Bicêtre des vieillards atteints de hernie non étranglée, mais *à accidents*, être compliquées d'accidents pulmonaires. M. Champetier de Ribes, son interne, a vu ce fait fréquemment chez les asthmatiques. M. Lépine a trouvé un certain nombre de cas d'hémiplégies consécutives à l'inflammation de la plèvre; n'en serait-il pas de même après l'inflammation du péritoine. On a vu des accidents convulsifs survenir à la suite de péritonites. Si l'on n'a pas encore observé d'hémiplégie, on peut bien admettre cependant que des actions réflexes, puissent causer les accidents vus par M. Nicaise.

M. PERRIN partage la même opinion.

M. T. ANGER a vu des phénomènes nerveux se produire pendant des péritonites. Pour lui, il tend à admettre que la cause de ces accidents est plutôt la congestion viscérale que l'étranglement.

M. NICAISE se tient sur la réserve, quant aux conclusions à tirer des observations qu'il a apportées. Il n'a voulu que signaler la relation qui existe entre ces accidents, sans chercher à la démontrer. On a invoqué l'influence d'une embolie. M. Lépine, dans l'hémiplégie de cause pleurale, n'a constaté à l'autopsie, qu'un état athéromateux des artères, et a pensé que l'ischémie qui en résultait, était par simple action réflexe, la cause de l'hémiplégie.

M. BLOT ne conteste pas le fait de coïncidence, et fait remarquer que c'est le mot dont tout le monde s'est servi, mais il ne voit rien de plus qu'une coïncidence, et la relation entre les deux faits lui échappe. Lorsqu'on aura réuni des observations nombreuses, on pourra peut-être remplacer ce mot par un autre. Quant à l'opinion de M. Lannelongue sur l'influence que peut avoir une hernie pour augmenter les accidents pulmonaires chez des vieillards asthmatiques, M. Blot la trouve exagérée; presque tous les vieillards de Bicêtre sont atteints de hernie et plus ou moins asthmatiques; il est bien difficile de démêler, lorsqu'ils souffrent des deux affections, la part qui revient à chacune d'elles et la relation qui les unit.

M. LANNELONGUE n'a pas voulu poser en fait que l'asthme fût la conséquence de la hernie, mais, observant dans un milieu très-propice, il a voulu insister sur le bien fondé à ses yeux de cette observation, faite par son interne, M. Champetier de Ribes, que, quand certains vieillards atteints de hernie souffraient de cette infirmité, on voyait l'attaque d'asthme prendre des proportions exceptionnelles. Il n'y a peut-être pas cause et effet absolus, mais rapport et affinité pathologiques.

COMMUNICATION

Psoriasis lingual. — M. TERRILLON donne lecture d'une observation de *psoriasis de la langue avec rétrécissement de l'œsophage*. Le malade a succombé, et l'examen histologique éloignait toute idée de cancroïde. Mais cet homme avait eu la syphilis et des accidents d'alcoolisme, et M. Terrillon penche à croire que c'est à ces deux causes réunies qu'il faut rattacher le rétrecissement œsophagien. (Commis. : MM. Verneuil, Anger, Le Dentu.)

La séance est levée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur les centres nerveux. Pathologie et physiologie pathologique, par le docteur V. MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne. — In-8° de 222 pages avec 3 planches et 2 figures. Prix : 6 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Des Lésions du fœtus dans les présentations spontanées de l'extrémité pelvienne et dans la version, par le docteur DUCOURNEAU. — In-8° de 109 pages. Prix : 3 francs. — Paris, 1876, Octave Doin.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des eaux sulfureuses d'Eaux-Bonnes, par le docteur ANDRAL. — In 8° de 51 pages avec 4 tableaux. Prix : 2 francs. — Paris, 1876, Octave Doin.

Des Diathèses, par le docteur LEFLAIVE, chirurgien en chef de l'hôpital de Beaune, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Brochure in-8° de 46 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1876, Lefrançois.

L'Expédition de Kabylie orientale et du Ladna (mars-novembre 1871); notes et souvenirs d'un médecin militaire, par le docteur A. TREILLE. — Paris, 1876, in-8° de 194 pages. Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Lorsque l'on se trouve placé en face de l'une de ces situations émouvantes et terribles, il importe essentiellement de rechercher, — mais sans avoir l'air d'y attacher une trop sérieuse importance, — s'il ne s'est pas produit de loin en loin de l'incontinence nocturne d'urine. On sait combien Trousseau insistait sur la signification habituellement méconnue de ce phénomène inconscient. « Un monsieur, rapportait-il, appartenant à une grande famille de France, vint me consulter. Il me raconta qu'un matin il s'était éveillé avec une très-vive douleur au bras et ayant uriné au lit. Les sangsues, les vésicatoires et d'autres moyens furent employés sans succès. Au bout de six mois, il consulta un chirurgien des hôpitaux qui reconnut une luxation de l'épaule, mais les adhérences étaient telles que la réduction fut impossible. Pour moi, j'étais déjà certain que j'avais affaire à un épileptique ; j'appris, en effet, qu'il avait eu plusieurs fois des évanouissements et des vertiges. Sa fille revint me voir et m'apprit qu'elle avait vu son père tomber dans le salon. Tout ce qui est accident nocturne doit faire songer à l'épilepsie. »

Ma pratique personnelle m'a fourni un certain nombre d'exemples analogues, et j'ai eu maintes fois l'occasion de vérifier toute la justese des remarques de Trousseau.

En mars 1870, lord *** reçut dans son salon, à Londres, un coup de pistolet, de la part d'un de ses secrétaires, qu'il venait de congédier pour causes d'inexactitude et d'irascibilité. Lord *** ne fut pas atteint et s'expliqua d'autant moins cette agression qu'il avait fait remettre quelques heures auparavant, à titre de dédommagement gracieux, une très-large gratification à son ancien employé. L'auteur de la tentative criminelle fut arrêté à Paris, au sortir d'un restaurant très-renommé. Je fus chargé de l'examiner, et je découvris que B. W. F., âgé de vingt-sept ans, urinait au lit deux ou trois fois par mois, que son père était mort à la suite d'un alcoolisme chronique, et que son jeune frère s'était suicidé. Il déclara n'avoir aucun souvenir de ce qui s'était passé et se montra très-heureux de n'avoir pas atteint Lord *** qu'il honorait par-dessus tout. B. W. F. portait des traces nombreuses de morsures linguales, et je diagnostiquai une « grande probabilité d'accès nocturnes d'épilepsie ». Lorsque des agents de la police anglaise vinrent chercher ce jeune homme, ils déclarèrent que d'après deux médecins de Londres, il serait épileptique et aurait, à l'insu de lord ***, reçu déjà des soins spéciaux pour *une aliénation mentale qui aurait duré cinq jours*.

D'après ce que j'ai observé, l'incontinence nocturne d'urine se produit dans la proportion de un sur six chez les épileptiques à accès uniquement nocturnes, et de un sur quatorze chez les convulsifs à manifestations diurnes et nocturnes à la fois. C'est donc un épiphénomène qui éclaire singulièrement le diagnostic lorsqu'on le rencontre, mais ce n'est pas un accessoire fatalement obligé de la névrose. Et la meilleure preuve que je puisse en donner est celle-ci : un épileptique, à accès nocturnes et à incontinence d'urine, a fréquemment des accès sans incontinence. Dans ce cas, c'est le degré d'intensité de l'accès qui décide de l'incontinence. J'ajoute enfin que l'incontinence est le premier symptôme épileptique qui soit très-rapidement supprimé par le bromure de potassium, et c'est là ce qui contribue tant à relever le courage des malades et à faire naître dans les familles la confiance et l'espoir.

Je viens de voir très-récemment dans un couvent une jeune fille de treize ans qui avait uriné au lit une fois par semaine depuis deux ans, qui avait été traitée par la belladone, l'ergot de seigle, l'atropine, le fer, le quinquina, les amers, l'hydrothérapie, et qui n'avait guéri, disait-on, que par le bromure de potassium. Or, six semaines après la cessation du médicament, une attaque d'épilepsie s'est inopinément produite un matin, à la chapelle de l'établissement. Mon avis a été celui-ci : « l'épilepsie existait et était nocturne. — L'incontinence d'urine n'était point une « preuve de faiblesse ou une fatigue « générale due à la croissance », mais une manifestation épileptique. Le bromure de potassium avait suspendu les accidents. La suppression hâtive du médicament a ramené la névrose. L'accès s'est seulement produit à une autre heure, voilà tout. Il importe donc de reprendre et de continuer l'usage du sel bromique. »

Que Trousseau ait pu exagérer la fréquence de l'incontinence nocturne de l'urine chez les épileptiques, je le reconnais, et l'erreur tient seulement à ce que ce clinicien éminent n'avait point vécu au milieu des épileptiques, depuis son internat à la maison de Charenton, mais il n'a certainement point exagéré

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5, 12 et 17 octobre.

la portée diagnostique de ce signe qui est vraiment considérable. En voici encore quelques exemples très-concluants :

Pendant quelques années, j'avais rencontré un peu partout, au dépôt de la Préfecture, à Bicêtre, dans un cabinet d'instruction ou à Mazas, un sieur D..., marchand de chevaux, et je n'avais pas sur son compte une opinion clinique bien arrêtée, l'ayant vu tantôt très-calme et lucide, et tantôt furieux ou abattu. Je savais seulement qu'il passait pour un homme essentiellement pervers et violent, et qu'il était toujours arrêté pour vols de chevaux. Revenu à Bicêtre, après avoir encouru une condamnation à un an de prison, je fus frappé du caractère périodique de ses emportements, de son trouble étrange et de son regard tragique par intervalles. Je commençais à penser très-sérieusement qu'il devait être un épileptique nocturne, lorsque le veilleur le surprit une fois couché sur le parquet de sa cellule et ayant uriné sous lui. Il l'éveilla, ne put obtenir du malade un seul mot raisonnable et le replaça dans son lit. Le lendemain matin, à la visite, je le trouvai tout courbaturé, bégayant et portant les traces d'une morsure linguale extrêmement récente. Il avait à ce moment le regard caractéristique qui m'avait tant frappé. Je ne prétends pas ici innocenter D... des vols de chevaux, car j'ignore absolument dans quelles dispositions mentales il se trouvait au moment où il a accompli ses mauvaises actions, mais je m'attache au point clinique resté longtemps obscur, discutable, douteux, et révélé tout à coup par une ronde de nuit. N'y a-t-il pas là, en effet, tout un enseignement?

— Adrien A..., âgé de vingt-sept ans, ex-sergent-major, domicilié rue Saint-Honoré, va un jour trouver l'un des commissaires de police de la ville de Paris, et lui dit : « Depuis vingt jours, je suis poursuivi par l'envie de tuer mon père ; je n'ai chez moi qu'un rasoir, et j'ai bien soin lorsque je sors de le laisser au fond de mon tiroir. J'ai quitté Paris, parce que je craignais de ne pouvoir plus résister, et je suis allé à A... (Deux-Sèvres) chez ma grand'mère ; mais me voici revenu, et je suis dans un état pire qu'auparavant. J'ai rôdé depuis trois jours autour du monument dans lequel mon père exerce des fonctions très-lucratives ; je ne l'ai pas rencontré. Du reste je n'étais pas armé. Je viens me livrer à vous, protégez-moi. »

Sait-on ce que c'est que ce jeune homme si calme, si lucide et si effrayé? C'est un épileptique méconnu, et je vais le démontrer.

Adrien A... est intelligent ; il est d'un caractère très-emporté. Il se réveille assez souvent avec de la céphalalgie, et il a remarqué que ce mal de tête coïncidait avec quelques taches de salive sanglante sur les lèvres ou le menton, sur son oreiller ou ses draps. Il a parfois de petits étourdissements ; d'autres fois il se décolore subitement et devient livide, ou il est pris de l'irrésistible besoin de marcher tout droit devant lui, sans besoin et sans but. L'avant-veille de sa déclaration, par exemple, il est allé aux Buttes-Chaumont, sans savoir pourquoi, et il était tranquillement assis sur un banc lorsque la connaissance lui est tout à fait revenue. Étant militaire, il a uriné une ou deux fois au lit, mais il lui est surtout arrivé de ne plus voir clair du tout pendant quelques secondes. Il passait instantanément de la lumière dans les ténèbres, sans tomber. Enfin, il y a quelques temps, il a fait une tentative inconsciente de suicide par asphyxie, sa fenêtre étant restée ouverte.

J'ai longuement interrogé le père, et j'ai appris qu'Adrien A... avait uriné au lit jusqu'à l'âge de dix à onze ans, qu'il avait eu quelques évanouissements assez inexplicables vers l'âge de treize à quatorze ans, qu'il avait peu de mémoire, qu'il n'avait jamais pu boire de vin pur ni de liqueurs, qu'il l'avait menacé de le tuer, verbalement et par écrit, mais qu'il n'avait jamais eu d'attaques de nerfs et que l'on ne tombait point « du haut mal » dans sa famille.

J'ai signé une pièce établissant l'épilepsie de Adrien A..., et j'ai dirigé le malade sur un établissement d'aliénés.

— Un sieur G..., ancien garde de Paris et garçon de recettes chez M. F..., notaire, se trouvait l'an dernier dans mes salles, à Bicêtre. Cet homme qui, pendant dix-huit ans, avait toujours été réputé pour un militaire modèle et d'une sobriété exemplaire, avait parfois paru soucieux, inquiet, préoccupé, distrait, fatigué, et avait vaguement annoncé qu'il quitterait l'emploi de confiance qu'il remplissait, parce que les sommes à recevoir dans Paris étaient trop considérables et que la responsabilité était trop lourde. Il se remettait très-vite de ces malaises passagers et ne parlait plus de rien. Un jour, à l'improviste, il rend ses comptes, quitte la maison du notaire, se rend tout troublé chez l'une de ses sœurs, cause avec elle amicalement, puis, sans provocation et sans motif, il la frappe de soixante-trois coups de couperet !

La victime a été transportée expirante à l'hôpital Cochin, et M. le docteur Després en a publié l'autopsie.

En face de ce crime aussi atroce qu'inexplicable, on se fit rapidement une opinion sur l'irresponsabilité évidente du meurtrier ; mais dans quelle case de la criminalité pathologique devait-on le ranger ? Lorsque G... arriva à Bicêtre, je ne tardai pas à savoir qu'il avait uriné au lit, plusieurs fois par an, lorsqu'il était caserné au Louvre ; qu'il avait de temps en temps de très-grands maux de tête et qu'il avait eu plusieurs fois des étourdissements. Il ne pouvait s'expliquer l'acte commis, ne s'en souvenait que bien confusément, était d'une tristesse navrante, pleurait souvent et ne parlait presque pas. Il jouissait de toute sa raison.

G... était un épileptique à accès nocturnes ; il urinait au lit de loin en loin. Il m'a rapporté qu'il avait souvent consulté des médecins militaires ou civils, au sujet de son émission involontaire d'urine, et qu'on lui avait toujours dit qu'il urinait en « rêvant » et que cela pouvait arriver à tout le monde. Personne n'avait songé à l'épilepsie.

G... s'affaiblit, demanda à garder le lit, fut placé à l'infirmerie, eut un ictère et se rétablit. Quinze jours après, il succomba à la suite d'un accès de délire maniaque aigu, avec loquacité, divagations, cris, fureur, état fébrile, insomnie, etc., etc.

On le voit, — et je le répète à dessein, — toute difficulté médico-légale aboutit à une simple question de diagnostic. La clinique vraie et exacte conduit à la médecine légale juste et certaine. L'intervention médicale dans les questions de l'ordre judiciaire a donc une importance très-considérable, puisqu'elle guide le juge. Or, je ne dirai pas trop en affirmant que la médecine légale, appuyée sur la clinique la plus sévère et la plus perspicace, est plus qu'un guide ; elle est un flambeau.

En présence des faits si graves d'épilepsie méconnue qui viennent d'être rapportés, je crois qu'il est possible de formuler dans les termes suivants une sorte de loi médico-légale : « Lorsqu'un crime tout à fait inexplicable et en complet désaccord avec les antécédents d'un prévenu qui n'est réputé ni épileptique, ni aliéné, vient à être accompli avec une instantanéité insolite, il y a lieu de se demander et l'on doit rechercher s'il n'existerait pas des accès nocturnes méconnus d'épilepsie. »

Jusqu'à présent, l'épilepsie a été méconnue, mais elle existait, et, pour la trouver, il a suffi de la chercher. La difficulté

médico-légale n'aboutissait donc qu'à une simple question de clinique.

Autre chose est l'épilepsie larvée, et le diagnostic en est bien autrement difficile, ainsi que nous le verrons bientôt, puisque d'un état mental inséparable de la névrose, dans un grand nombre de cas, il s'agit de remonter à la névrose elle-même, de la constituer, et d'en faire saisir les applications pathologiques et légales.

Il importe donc de ne point procéder de l'épilepsie au délire, mais du délire à l'épilepsie. En effet, dans cette forme si caractéristique et si spéciale de délire, la marque épileptique est cachée, mais évidente pour les connaisseurs. C'est une œuvre signée seulement d'une lettre initiale, mais qui trahit et dénonce son auteur.

J'arrive maintenant à l'exposé d'une particularité psychique assez peu connue encore, mais sur laquelle James Howden a cependant appelé l'attention ; je veux parler de cette sorte de religiosité maladive qui s'observe parfois chez des sujets excentriques, pervers ou tout à fait corrompus. Cette dévotion inattendue choque, fait tache, met en lumière les contrastes, les incompatibilités, les antagonismes, et provoque de profonds étonnements. Les épileptiques rentrent souvent dans la catégorie des religieux déclassés. En effet, malgré tous les côtés défectueux, imprévus ou dangereux, que présentent en général les convulsifs, sous le rapport du caractère ou de la sociabilité, et malgré la nature égoïste, irritable et pessimiste de ces malades, on constate fréquemment chez eux, la coexistence d'idées mystiques et de pratiques dévotes, depuis la piété convaincue et sans ostentation, jusqu'à l'exaltation et jusqu'au fanatisme pathologique. Il y a là une apparente contradiction, et cependant, en y réfléchissant bien, la justification de la croyance en Dieu et des ferventes prières s'offre d'elle-même.

L'épileptique a été élevé et retenu le plus possible à la maison paternelle, mis à l'écart par prudence ou par amour-propre blessé, surveillé de très-près ou toujours accompagné ; on lui a le plus possible laissé ignorer le nom de sa décourageante névrose, et l'on a enveloppé de mystère les accidents qu'il a éprouvés ; mais il a un jour surpris la vérité, et connu toute l'étendue de son infortune. Plus il a eu conscience alors de son malheur, et plus, dans sa solitude obligée, il a ressenti le besoin de croire, d'aimer et d'espérer. La démonstration du néant l'aurait abattu, écrasé et mené tout droit au meurtre de lui-même. Au lieu de cela, que trouve-t-il ? Une religion qui le soutient dans ses défaillances, amortit ses chutes, relève son courage, annonce des jours moins tristes et promet par delà la tombe une vie mille fois meilleure. Il avait soif de sympathie, et il s'attache. Il se croyait perdu et il renaît à l'espoir. Sa situation présente, si fertile en catastrophes, était intolérable, et l'avenir lui apparaît radieux et comblé des plus pures félicités. En dirigeant ses aspirations et ses vœux du côté de la religion, l'épileptique a donc été logique.

Le convulsif a d'autre part de fréquentes hallucinations de la vue, et ses visions ont parfois pour objet, certains personnages ou certains emblèmes religieux. L'apparition disparaît, mais une impression profonde subsiste, et l'enthousiasme mystique s'accroît d'autant.

Un garçon de ferme, Auguste C.., âgé de dix-sept ans, est épileptique. Il voit des étincelles, des nuages rouges, des lumières et des flammes. Une nuit, étant couché dans son écurie, il a vu très-distinctement la sainte Vierge, tenant sur un bras l'enfant Jésus. Elle a fait un geste, et lui a montré la route de Paris. Il quitte le lendemain la Sologne et arrive à pied à Paris. Je n'ai jamais interrogé un halluciné plus froid, plus convaincu et plus raisonnable en apparence. Il était extrêmement fier de ce qui lui était arrivé et parlait de consacrer sa vie entière au culte de la sainte Vierge.

Un paysan de la Brie, Jean H.., âgé de trente-trois ans, marié, père de trois enfants, a des vertiges et des attaques convulsives. Il voit quelquefois « un grand éclairage » et il lui est arrivé « d'entendre des musiques et des trompettes ». Il a vu le bon Dieu ; il était habillé en rouge, et il avait sur la tête une couronne d'or. Il lui a dit de venir à Paris, pour parler au président de la République, « au sujet des cinq milliards ». Ce malade rapporte qu'il se confesse souvent, qu'il ne manque jamais les offices du dimanche, et qu'il était évidemment dans des conditions particulières pour entendre la voix de Dieu, accomplir une mission et sauver la France. Il paraît tout à fait convaincu.

Ne peut-on pas se poser à soi-même un point d'interrogation et se demander si certains imposteurs religieux, dont les visions et les révélations ont fait tant de bruit à toutes les époques, n'étaient pas, en dehors de leurs hallucinations de la vue, des épileptiques méconnus ? En tout cas, l'épilepsie semble avérée chez Mahomet.

Le prophète aurait eu sa première vision après une attaque. Il sut en tirer profit et se faire passer pour un inspiré du ciel. « Un ange m'apparaît souvent, dit-il, sous forme humaine, et converse avec moi. J'entends souvent des sons semblables à ceux d'une coquille ou d'une cloche, et alors, je souffre beaucoup. » D'après une tradition, il était très-triste quand l'ange lui avait apparu. Par les froids les plus vifs, la sueur lui coulait du front, ses yeux s'enflammaient « et quelquefois il beuglait comme un jeune chameau. »

L'épilepsie n'a point été contesté non plus chez certains sujets à célébrité équivoque ou malsaine, auxquels la crédulité publique a parfois attribué des priviléges miraculeux. La lecture attentive des ouvrages publiés sur la démonomanie et la sorcellerie démontre que la plupart des possédés étaient des épileptiques délirants et hallucinés.

En général, lorsque des hallucinations se produisent chez des épileptiques, elles précèdent les vertiges ou les attaques. Leur invasion est brusque, leur durée courte, leur caractère mystique ou terrifiant, leur uniformité invariable. Apparitions lumineuses de personnages divins, visions d'atrocités sanglantes, voix injurieuses, sifflets d'alarme, goût métallique, saveur salée, odeurs infectes, telles sont les fausses sensations les plus habituelles des malades, celles qui les poussent au meurtre, à l'incendie ou au suicide. On a vu les cinq sens affectés chez le même sujet. Lélut, par exemple, en a rapporté une observation remarquable dans le *démon de Socrate*.

Parmi les phénomènes prodromiques des accidents comitiaux, on a noté enfin une sorte d'*aura frigida*, une sensation subite de froid, un frissonnement général très-accusé, ou bien des illusions sensoriales ou des troubles passagers de la sensibilité générale, ou bien encore de l'excitation génitale, des propos licencieux, des provocations galantes, des actes érotiques et des dépravations honteuses. C'est ainsi que des hommes ont maltraité leurs femmes enceintes ou souillé leurs propres enfants et que des femmes ont tout à coup scandalisé tout le monde et se sont abandonnées au premier venu. Mais je me hâte d'ajouter que ces derniers faits sont heureusement assez rares.

OBSERVATION DE KÉRATITE BULLEUSE

ÉRYSIPÈLE GRAVE ; ALBUMINERIE

Par M. H. COURSSERANT.

Il existe une forme de kératite signalée par les auteurs sous le nom de kératite vésiculeuse, bulleuse, et qui constitue une variété très-rare, surtout si on en recherche les cas véritablement types.

Dans les observations publiées sous ce nom, l'affection s'est presque toujours développée sur des yeux profondément désorganisés par des maladies inflammatoires graves, ou bien on ne l'a presque jamais vue exactement localisée sur la cornée.

En effet, Desmarres père (1), cite un cas de vésicules cornéennes sur un œil perdu par une choroïdite consécutive à une opération de cataracte ; Bowmann (2) a également rencontré l'affection sur un œil perdu à la suite d'un glaucome ; Mooren (3) la signale sur un œil détruit par des altérations internes. John Windsor (4) rapporte plusieurs observations d'affections oculaires peu communes : dans l'une (obs. III) il constate une vésication irrégulière de la cornée due à un léger épanchement sous la couche épithéliale de cette membrane. Mais ici encore l'éruption vésiculeuse ne se localise pas sur la cornée ; elle envahit aussi la conjonctive bulbaire et même la sclérotique.

Nous pourrions multiplier les exemples et citer encore Reymond (5) qui publie sept observations de cette maladie où la manifestation s'étend à d'autres parties que la cornée, en ne revêtant pas sur le même œil une seule et même forme.

Dans toutes ces observations nous ne rencontrons pas, à notre avis, un seul cas type de kératite bulleuse ; car, s'il nous fallait définir cette singulière affection, nous dirions qu'elle consiste dans un soulèvement, *sur un œil sain*, des couches les plus superficielles de la cornée, par un liquide limpide, conservant ce caractère important pendant toute la durée de la maladie, et qui détermine une ou plusieurs vésicules transparentes. Ces vésicules se rompent après un temps indéterminé, et laissent à leur place une légère opacification qui disparaît d'elle-même et rapidement.

La vue n'est nullement altérée par ces bulles qui s'accompagnent pendant leur évolution d'un larmoiement et d'une photophobie très-intenses, coïncidant avec une anesthésie de la cornée et l'apparition, à la face, de manifestations cutanées diverses.

Nous avons eu la bonne fortune de suivre un cas de cette singulière affection dans le service de notre maître le professeur Trélat. On verra qu'il est curieux à plus d'un titre : nous nous contenterons aujourd'hui de le rapporter, car cette observation doit faire partie d'un travail que notre excellent ami, M. Letulle, interne du service, se propose de présenter aux lecteurs de la *Gazette*. Nous tenons à le remercier des renseignements qu'il a bien voulu nous donner pour compléter cette observation.

Victor B..., trente-cinq ans, domestique, entre le 29 juin 1876 à la Charité, c'est un homme bien constitué paraissant exempt de tout vice diathésique.

Le matin, en se réveillant, il avait ressenti dans l'œil droit une douleur vive, continuelle, accompagnée de larmoiement et d'une légère photophobie. Comme il avait cassé du verre deux jours avant, il s'était décidé à entrer, croyant avoir dans cet œil quelque petit éclat.

Voici ce qu'on pouvait noter à la première visite :

Rougeur périkératique très-marquée surtout en bas. La cornée dans son segment inférieur présente à trois millimètres de son bord, exactement sur une ligne qui tracerait son diamètre vertical, une petite saillie, translucide, de la grosseur d'une grosse tête d'épingle. Cette saillie est lisse, unie, conique ; la base en est à peu près régulièrement arrondie. Si on presse sur cette bulle, on la voit se plisser légèrement, mais non se vider. Il est très-facile de voir qu'elle est formée aux dépens des premières couches de la cornée ; l'épithélium lui-même est conservé, détails qu'on apprécie très-facilement à l'éclairage oblique. Anesthésie marquée de la membrane, presque complète autour de la vésicule, et qui diminue lorsqu'on se porte à la partie supérieure. Aucun vaisseau de nouvelle formation ; le malade se plaint de douleurs périorbitaires lancinantes, et d'une tension douloureuse dans l'œil, tandis que le doigt permet de constater une notable diminution dans la consistance du globe.

On institue, comme traitement, des instillations répétées d'un collyre à l'atropine, et l'on place l'œil sous une compression méthodique et permanente.

Du 29 juin au 5 juillet. — Tout reste à peu près dans le même état ; la photophobie est pourtant plus accusée, tandis que l'injection périkératique a beaucoup diminué. La bulle se présente avec ses caractères du premier jour ; elle est toujours unique. Les douleurs circumorbitaires sont continuelles. La sensibilité est très-obtuse.

7 juillet. — Il se déclare une angine assez intense. On administre un purgatif ; même traitement pour l'affection oculaire.

8 juillet. — L'angine persiste, elle est très-violente ; rougeur diffuse de la gorge et de la cavité buccale ; un peu de coryza ; l'œil n'est nullement influencé par l'état général.

9 juillet, matin. — Fièvre vive, frissons violents la nuit, nausées, un vomissement ; céphalalgie intense ; plaque érysipélateuse au niveau du nez envahissant la portion avoisinante des deux joues ; œdème des paupières de chaque côté ; ganglions sous-maxillaires douloureux ; au centre même de la plaque, des phlyctènes se forment déjà au niveau du nez. T. 39°8. P. 116.

Souffle doux systolique, dont le maximum correspond au quatrième cartilage costal gauche ; à deux travers de doigt du bord du du sternum, se prolongeant vers la pointe où on l'entend distinctement, mais beaucoup plus faible et sans propagation vers l'aisselle ; pouls veineux. La langue est sèche ; constipation, nausées, miction douloureuse, pas d'urine. Soir T. 39°9. P. 120.

10 juillet. — Au matin, T. 40°2. L'érysipèle a envahi les paupières et les deux joues ; langue sèche, vomissements persistants ; le souffle au cœur est très-marqué et ne change pas de caractère. Rétention d'urine ; on retire, par le cathétérisme pratiqué aisément avec une sonde en gomme, trois cents grammes environ d'une urine très-trouble, brun rougeâtre, laissant par le repos un dépôt très-abondant. Ce dépôt est constitué par une quantité notable d'urates, et par un nombre considérable de cellules épithéliales, provenant des différentes régions de la muqueuse urinaire. En outre, on trouve de nombreux globules rouges, et des cylindres granuleux droits pour la plupart, quelques-uns légèrement incurvés, formés manifestement par les cellules épithéliales des canaux urinifères, dont on peut encore reconnaître sur quelques-uns la forme et le noyau. Enorme quantité d'albumine. Soir, T. 40°2. L'aspect de l'œil n'a nullement changé.

11 juillet. — Matin, T. 40°2. Le cuir chevelu commence à être envahi dans la région frontale. Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens même, sont très-tuméfiés et déforment considérablement la région ; de larges phlyctènes se sont formées sur les anciennes plaques. Le malade a uriné seul ce matin ; encore quelques douleurs à la miction, même aspect de l'urine toujours peu abondante, nombreux hématies et nombreux cylindres granuleux ; albumine en quantité considérable, quelques douleurs dans la région lombaire. Soir, T. 40°8.

12 juillet. — Matin T. 39°8. L'oreille gauche est envahie ainsi que le cuir chevelu du voisinage ; les ganglions sous-maxillaires sont très-

(1) *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 387.
(2) *Lectures*.
(3) *Ophthalmiatrische Beobachtungen*. Berlin, 1867.
(4) *Annales d'oculistique*, 1858. t. XL, p. 139.
(5) *Annales d'oculistique*, t. LXXV, p. 80.

engorgés surtout à gauche ; pas de fluctuation ; même état du cœur; *l'état de la cornée ne change pas*, même aspect de l'urine, deux pilules de tannin, vomissements, angine très-douloureuse. Soir, T. 40°3.

13 juillet. — Matin, T. 39°4. Délire assez violent cette nuit, l'érysipèle paraît gagner les parties postérieures du cuir chevelu, douleurs lombaires spontanées, très-vives à la pression. Les urines présentent toujours les mêmes caractères, toutefois le sang paraît diminuer. Quatre ventouses scarifiées sur la région lombaire, purgatif. Soir, T. 39°8.

14 juillet. — Matin, T. 39°2. Délire très-violent cette nuit, s'est levé à plusieurs reprises ; l'érysipèle occupe la plus grande partie de la région cervicale postérieure, le malade tousse un peu, quelques râles sibilants, la langue est moins sèche. Les urines sont toujours troubles, mais elles pâlissent et paraissent beaucoup moins sanguinolentes ; on trouve encore de nombreux cylindres, mais beaucoup moins volumineux, moins longs et beaucoup plus granuleux que les premiers jours ; albumine en grande quantité, urates. Soir T. 39°5. Cornée dans le même état.

15 juillet. — Très-calme ce matin, abattement, la langue se nettoie, les râles de bronchite diminuent; même état du cœur, le souffle tricuspide persiste, dédoublements fréquents du premier bruit à la pointe. La vésicule cornéenne a éclaté spontanément. On observe à sa place une petite ulcération en forme de cupule, ne creusant que les couches superficielles de la cornée ; anesthésie absolue de cette dernière.

16 juillet. — Matin, T. 38°. L'érysipèle a envahi la partie supérieure des épaules ; l'urine n'est plus brunâtre, toujours un peu troublée ; on ne trouve plus de globules rouges, peu de cylindres, l'albumine persiste, mais moins abondante. Soir, T. 39°8. L'ulcération cornéenne est un peu moins étendue.

17 juillet. — Les épaules sont envahies et très-douloureuses ; ganglions axillaires pris, la langue est absolument desquamée ; le malade ne tousse plus, l'albumine diminue, l'urine est claire, on ne trouve plus de cylindres. Même état de l'œil. Soir, T. 38°6.

18 juillet. — Région dorsale prise dans toute son étendue ; l'urine est claire, abondante, beaucoup d'urates, peu d'albumine. Soir, T. 40°5.

19 juillet. — Matin, T. 38°. Les plaques pâlissent, desquamation de la face, le malade est très-faible ; l'urine pâle ne contient plus qu'une très-petite quantité d'albumine ; l'ulcération cornéenne est entièrement réparée, à sa place on trouve un léger nuage, présentant partout la même teinte. Anesthésie complète. Tension augmentée.

20 juillet. — Matin, T. 37°2. L'érysipèle s'est arrêtée au bas de la région dorsale qui est encore un peu douloureuse. Soir, T. 38°8.

23 juillet. — L'appétit renaît avec les forces ; se lève ; la cornée présente un léger trouble.

26 juillet. L'urine est à peu près normale, très-léger trouble par l'acide nitrique; le petit nuage cornéen, à peine visible de face, est encore appréciable quand on regarde obliquement la surface de la cornée. La sensibilité est revenue à la partie supérieure de cette membrane. L'anesthésie persiste dans le segment inférieur. Les douleurs circumorbitaires n'existent plus, plus de larmoiement; photophobie légère à la lumière vive. Le malade part pour Vincennes.

Il y aurait bien des points intéressants à soulever à propos de ce malade. Nous n'en signalerons qu'un seul. L'apparition de cette vésicule cornéenne a-t-elle des rapports directs avec l'érysipèle grave qu'a présenté notre malade, ou bien n'y a-t-il eu dans ces deux manifestations qu'une simple coïncidence ?

Pour nous, nous serions disposés à admettre la première hypothèse ; mais la question est trop vaste pour rentrer dans le cadre d'une simple observation, elle mérite d'être étudiée avec soin, car elle intéresse à la fois le physiologiste et le médecin.

MALADIES ET HYGIÈNE DES OUVRIERS

TRAVAILLANT A LA FABRICATION DES AGGLOMÉRÉS DE HOUILLE ET DE BRAI (1)

Par le docteur MANOUVRIEZ fils (de Valenciennes).
(Communication faite le 29 septembre au Congrès d'hygiène de Bruxelles.)

III

Hygiène et prophylaxie.

TRAVAUX. — La prophylaxie dans les travaux consisterait à *diminuer autant que possible le contact des ouvriers avec le brai*, soit en soustrayant ces derniers à son influence par la substitution plus complète des machines à la main-d'œuvre, ou par le peu de durée et le fractionnement du travail, soit en les préservant par des vêtements ou engins protecteurs, soit enfin en amoindrissant la production de la poussière dans les caves à brai.

La main-d'œuvre a déjà été diminuée par l'introduction du compresseur à disque pour le moulage des briquettes. Les hommes de cave ne fournissent que huit heures de travail effectif et fractionné, puisque, dans leur journée de douze heures, chacun d'eux se repose une demi-heure après chaque heure de travail.

Excepté les lunettes de protection et les tampons d'ouate dans les oreilles, qui peuvent être utiles, nous laissons de côté les engins autres ou vêtements protecteurs, parce qu'ils ne sont point pratiques.

Reste donc, et c'est le point le plus important, à *diminuer la poussière* et à *augmenter le volume d'air*. Vous vous rappelez que la majeure partie de la poussière provenait du déchargement du brai par les soupiraux. Les ouvriers, afin d'abattre un peu cette poussière, jettent de temps en temps sur le tas une écuellée d'eau ; mais le but n'est qu'imparfaitement atteint, parce que la quantité d'eau ainsi jetée est nécessairement limitée dans la crainte qu'elle ne rende le brai trop humide, et qu'elle nuise ainsi à la bonne fabrication des briquettes. Un jet d'*eau pulvérisée*, convenablement dirigé suivant les circonstances, pourrait être plus avantageusement utilisé pour l'abatage de la poussière, sans donner lieu à un débit d'eau trop considérable. *Les perfectionnements à apporter au mode de déchargement* dans les caves devront aussi fixer l'attention des ingénieurs. Enfin les *broyeurs clos* devront toujours être préférés.

D'autre part, des *caves spacieuses, bien ventilées* par de nombreux et larges soupiraux, et conséquemment d'une température peu élevée, seraient de nature à atténuer encore les inconvénients du broyage et du déchargement.

En terminant, nous recommandons d'établir un *appentis* ou galerie couverte pour protéger contre les intempéries *les chargeurs* qui transportent les briquettes du compresseur dans les vagons ; mis ainsi à l'abri, ces ouvriers seraient moins exposés à contracter des affections rhumatismales et pulmonaires, et fourniraient une somme de travail effectif plus considérable.

OUVRIERS. — Pour ce qui concerne les ouvriers, l'extrême *propreté* de la peau sera le meilleur préservatif des éruptions, du cancroïde et même des troubles digestifs. Leur linge sera changé aussi fréquemment que possible. Ils devront se laver la face et les mains avant les repas, et procéder après leur journée à un soigneux lavage de tout le corps avec le savon ou les carbonates alcalins, à la manière des mineurs de houille. Il conviendrait même de leur fournir un *vestiaire-lavoir* près de leurs travaux, comme la compagnie le fait pour ses mineurs.

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 octobre.

L'étude d'hygiène professionnelle dont nous venons d'avoir l'honneur d'entretenir le Congrès, a fait l'objet d'un rapport adressé, il y a plus d'un an, au directeur général des mines d'Anzin, M. de Marsilly, qui a donné ordre d'étudier les moyens d'améliorer les conditions hygiéniques des ouvriers de la fabrique d'agglomérés de Saint-Waast, et en particulier d'aérer et d'assainir les caves à brai. Dans la plus petite cave, une fenêtre d'aérage de 4 mètres carrés a été pratiquée au-dessus du broyeur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 octobre 1876. — Présidence de M. Laborde.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De la recherche de l'albumine dans les urines. — M. Bouchard, en son propre nom et au nom de M. Cadier, fait une communication sur l'emploi de l'iodure double de mercure et de potassium pour la recherche de l'albumine dans les urines. C'est là, suivant lui, un réactif très-sensible, assez sensible même pour qu'on puisse affirmer que les urines normales ne contiennent pas d'albumine, par cela seul que ce réactif n'y en décèle pas. Toutefois il y a, dans son emploi, certaines causes d'erreur contre lesquelles il est bon d'être prévenu; on peut obtenir certains précipités qui simulent celui de l'albumine.

Ce sont ces causes d'erreur que M. Bouchard veut faire connaître à la Société; elles sont d'ailleurs faciles à éviter. Elles sont au nombre de cinq et tiennent soit à la préparation elle-même, soit à la présence de la mucine dans l'urine, soit à la présence d'urates, soit à l'alcalinité de l'urine, soit à la présence de certains alcaloïdes.

1° Celle qui tient à la préparation elle-même peut être facilement évitée par l'addition, dans la solution, d'un excès d'iodure de potassium.

2° Par suite de la présence de la mucine dans l'urine, il peut, lorsqu'on y ajoute l'iodure double de mercure et de potassium, se former un précipité blanc analogue à celui de l'albumine; il en diffère cependant en ce qu'il se produit lentement, tardivement, tandis que celui qui est dû à l'albumine se produit d'emblée.

3° Le même fait peut avoir lieu par suite de la présence des urates, mais en ce cas, le précipité n'est pas caillebotté, floconneux; il est tardif et débute par le milieu du tube, au lieu de débuter par le fond du vase, comme cela se passe pour l'albumine. Enfin, sous l'influence de la chaleur, le précipité d'urate disparaît tandis que celui d'albumine s'accuse davantage.

4° Lorsque les urines sont alcalines, il peut se former un précipité, bien qu'elles ne soient pas albumineuses, mais ce précipité, à peine formé, vire à la teinte grise et devient noir en quelques secondes à peine.

5° La présence d'alcaloïdes dans l'urine peut également donner lieu à la formation d'un précipité, mais ce précipité n'est nullement caillebotté ni floconneux; il commence à se montrer dans le milieu du tube et disparaît sous l'influence de la chaleur ou même de l'alcool.

En résumé, tout précipité qui persiste après l'emploi de la chaleur, est dû à la présence d'albumine dans l'urine. C'est donc là un procédé simple, facile, expéditif et qui doit prendre place dans la clinique.

Localisations cérébrales. — M. Pitres fait une communication relative aux dégénérations secondaires de la moelle dans les cas de lésions corticales du cerveau. Ces dégénérations secondaires de la moelle ne s'observent pas dans tous les cas de lésions corticales. Certaines de ces lésions seulement, aujourd'hui parfaitement déterminées, peuvent les produire. Il résulte, en effet, d'un assez grand nombre d'observations recueillies par M. Pitres dans le service de M. Charcot:

1° Que toute lésion du cerveau, quelque étendue qu'elle soit, qui siége en dehors de la zone motrice corticale, ne donne pas lieu aux dégénérations secondaires descendantes de la moelle;

2° Qu'une lésion même très-limitée, siégeant dans les points moteurs de l'écorce cérébrale entraîne cette dégénération secondaire descendante.

M. Pitres montre un grand nombre de pièces histologiques à l'appui de cette proposition.

M. Charcot appelle l'attention sur l'importance de ces faits au point de vue des localisations cérébrales. Ce sont, en effet, des faits physiques, pour ainsi dire, donnant la démonstration anatomique de certaines localisations. Ainsi les circonvolutions pariétales ascendante et descendante et le lobe paracentral, si peu lésés qu'ils soient, donnent naissance à des dégénérations secondaires de la moelle, à une lésion grossière très-appréciable même à l'œil nu, et qui consiste en une bande grise scléreuse pouvant s'étendre jusque dans les parties les plus inférieures de la moelle. Toutes les autres régions du cerveau peuvent être antérieurement détruites sans donner lieu à cette dégénération secondaire; celle-ci ne se produira pas tant que les régions que nous venons de désigner seront respectées. Ces régions n'ont donc pas les mêmes connexions anatomiques que les autres; elles semblent constituer un cerveau à part dans le grand cerveau.

La séance est levée à cinq heures.

Ministère de la guerre.

Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire. (Décision ministérielle du 17 octobre 1876.)

1° MÉDECINS

Vingt candidats sans inscriptions.

1 Mathieu. 2 Descours. 3 Clément. 4 Ott. 5 Rousseau. 6 Couillaut. 7 Couénon. 8 Castel. 9 Joly. 10 Berthoud. 11 Spite. 12 Deschuttelaëre. 13 Marion. 14 Bony. 15 Treillet. 16 Toussaint. 17 Beylier. 18 Long. 19 Marion. 20 Lévy.

Quinze candidats à quatre inscriptions.

1 Artaud. 2 Nimier. 3 Farcy. 4 Lapeyre. 5 Tracou. 6 Tuffier. 7 Labit. 8 Lemoine. 9 Coindreau. 10 Baret. 11 Labanowski. 12 Durand. 13 Marix. 14 Rouget. 15 Félix.

Vingt candidats à huit inscriptions.

1 Derouet. 2 Lullien. 3 Reboud. 4 Altemaire. 5 Borel. 6 Gancel. 7 Soulé. 8 Rascol. 9 Pitois. 10 Netter. 11 Baudisson. 12 Guerrier. 13 Goureau. 14 Jamin. 15 Janicot. 16 Dupuy. 17 Namin. 18 Bonnet. 19 Pinet. 20 Chandèze.

Vingt candidats à douze inscriptions.

1 Vack. 2 Monin. 3 Briand. 4 Sabatié. 5 Fournier. 6 Guillemot. 7 Larue. 8 Noël. 9 Pauzat. 10 Debierre. 11 Baur. 12 Duroux. 13 Fournier-Bergeron. 14 Robert. 15 Sauvage. 16 Chenu. 17 Miliès, dit Lacroix. 18 Torthe. 19 Kaufmann. 20 Galbruner.

2° PHARMACIENS

Trois candidats sans inscriptions.

1 Nicolas. 2 Labrousse. 3 Le Bourgeois.

Cinq candidats à quatre inscriptions

1 Merlat. 2 Pecque. 3 Bayrac. 4 Levie. 5 Payen.

Quatre candidats à huit inscriptions.

1 Baudin. 2 Cuvelier. 3 Grapin. 4 Bernou.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le doyen a l'honneur d'informer MM. les étudiants :

1° Que le registre des inscriptions du 4me trimestre de 1876, (1er trimestre de l'année scolaire 1876-1877), sera ouvert jusqu'au 16 novembre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis de 9 heures à 11 heures, et de 1 heure à 4 heures. Passé le 16 novembre, il ne sera plus donné d'inscriptions sans une autorisation spéciale, accordée selon le cas, soit par M. le recteur de l'Académie, soit par M. le ministre de l'instruction publique.

2° Que les consignations pour les examens de fin d'année et pour les examens de doctorat seront reçues les vendredi et samedi de chaque semaine de 1 heure à 4 heures.

3° Que les consignations pour les travaux pratiques seront reçues les mêmes jours et aux mêmes heures que les consignations pour les examens.

(Il sera délivré à chaque étudiant qui aura acquitté les droits prescrits par les règlements une carte d'admission à l'École pratique.)

4° Que les cartes d'étudiants seront délivrées aux bureaux du secrétariat aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

MM. les étudiants sont invités à réclamer ces cartes, qui sont spéciales à l'année scolaire 1876-1877, et à déposer en même temps les cartes dont ils sont possesseurs et s'appliquant aux années antérieures.

— *Faculté de Montpellier.* — Par décision du 9 octobre 1876, M. le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire de chimie médicale et de pharmacie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Aux termes du décret organique du 9 mars 1852, une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au Conseil académique.

En conséquence MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres, francs de port, soit à M. le recteur de l'Académie de Montpellier, soit à M. le doyen de la Faculté de médecine de cette ville d'ici au 6 novembre.

Les pièces à fournir sont :

1° Un acte de naissance dûment légalisé.

2° Le diplôme de docteur en médecine.

Indépendemment de ces pièces, MM. les aspirants auront soin de faire connaître leurs titres, travaux et ouvrages antérieurs.

— De nombreuses améliorations viennent d'être, ou vont être introduites dans le service départemental des enfants assistés, pour donner satisfaction aux vœux du conseil général de la Seine. Le conseil aura prochainement à les sanctionner.

Voici les principales de ces améliorations : il a été créé un service spécial de visiteurs, en vue de rendre plus efficaces les enquêtes sur la situation des familles.

Le prix de journée à l'hospice de la rue d'Enfer a été notablement réduit.

On a pris des mesures pour diminuer le séjour des enfants dans cet établissement, et pour former rapidement les convois de nourrices qui les emmènent à la campagne. Le nombre des circonscriptions de province a été augmenté, on a modifié le système défectueux en usage pour la répartition des secours destinés à prévenir l'abandon. Enfin, les visites médicales pour les enfants de un jour à un an ont été rendues beaucoup plus fréquentes.

Toutes ces réformes qui auront pour conséquence directe, soit de diminuer le nombre des abandons, soit d'adoucir la situation matérielle et morale des élèves, soit enfin de faciliter le contrôle et la surveillance, pourront être obtenues sans accroissement de dépenses.

— D'après le budget du département de la Seine, qui vient d'être distribué au conseil général, le nombre des aliénés qui seront à la charge du département en 1877 sera de 7,174. Les asiles de Sainte-Anne et de Vaucluse en contiendront chacun 700, soit 1,400, dont 650 hommes et 750 femmes; celui de Ville-Evrard en renfermera 650. (Ce dernier chiffre est indépendant de celui des pensionnaires reçus par le département dans cet asile, et qui sont à la charge de leurs familles.) On compte que Bicêtre recevra 540 aliénés et la Salpêtrière 662 aliénés; enfin, les asiles de province en recevront 4,125.

En évaluant à 1 fr. 50 le prix de journée moyen pour chaque aliéné, on trouve que la dépense à supporter de ce chef par le budget du département s'élèvera à environ 4,017,774 francs.

— Le 15 novembre prochain aura lieu, à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, l'inauguration d'une nouvelle institution scientifique, l'École d'anthropologie, fondée par la Société française d'anthropologie.

La Faculté de médecine, à l'unanimité, a déclaré que cette école ne pouvait être qu'une annexe très-utile aux études médicales, et a autorisé les cours dans un local dépendant de l'École pratique, bâtiment du musée Dupuytren.

Le conseil municipal de Paris et le conseil général de la Seine ont voté tous les deux une subvention à l'école pour que les cours soient gratuits.

Enfin, un groupe d'amis des sciences, parmi lesquels se trouvent MM. James, Édouard et Arthur de Rothschild, d'Eichtal, Ménier, des Rosiers, etc., ont souscrit le capital nécessaire pour l'installation de l'école dans les meilleures conditions.

Les savants chargés des cours sont MM. Paul Broca (anthropologie anatomique); Paul Topinard, conservateur des collections de la Société (anthropologie biologique); Eugène Dally (ethnologie); Gabriel de Mortellet, président de la Société d'anthropologie et d'ambiologie préhistorique, conservateur du musée de Saint-Germain (anthropologie préhistorique); Hovelacque (anthropologie linguistique).

Les cours sont publics. — (*Journal officiel.*)

— On annonce la mort de M. le docteur Pierre-Constant Leprovost, chevalier de la Légion d'honneur, médecin du dispensaire de Vaucelles, décédé à Caen, le 14 octobre dernier, à l'âge de 68 ans.

— M. le docteur Delafosse fera, à partir du 5 novembre inclus, à sa clinique, rue des Poitevins, n° 2, tous les dimanches à deux heures, un cours pratique pour les médecins praticiens seuls : ils seront exercés aux analyses gratuitement. Les médecins qui voudront suivre ce cours sont priés de vouloir bien envoyer leur adhésion au professeur, rue Notre-Dame-de-Lorette, n° 14.

— *Cours clinique sur la maladie des yeux.* — M. le docteur Hubert, ancien interne des hôpitaux, commencera le mercredi 29 novembre à une heure, un cours complet d'ophthalmologie à sa clinique, place Saint-André-des-Arts, n° 11, et les continuera les mercredis et vendredis suivants.

Ce cours sera essentiellement pratique.

Le mercredi sera consacré aux affections externes de l'œil, le vendredi à l'examen fonctionnel de l'œil (réfraction, accommodation), et à la pratique de l'ophthalmoscope.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelles Études sur l'anesthésie par injection intra-veineuse de chloral, selon la méthode de M. le professeur Oré, par V. Deneffe et A. Van Wetter, professeurs à l'université de Gand. — In-8° de 128 pages avec une planche coloriée. Bruxelles, 1876. — Henri Manceaux.

Du Rhumatisme pendant la grossesse, par le docteur Tison. in-12. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De l'Influence des émotions morales sur le développement des affections cutanées, par le docteur Meyer. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 125. — JEUDI 26 OCTOBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 26 OCTOBRE 1876. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A la fin de la séance, après une série de rapports officiels de M. Personne sur les remèdes secrets et une courte lecture de M. Galezowski, dont on trouvera l'objet dans le compte rendu de la séance, M. Verneuil est venu faire au pied levé et sans aucun apprêt, une communication verbale sur un fait chirurgical d'un très-grand intérêt, et qui attachera désormais à son nom l'honneur du premier succès complet et durable de l'opération de la gastro-stomie. Nous reproduisons au compte rendu l'exposé rapide et animé que M. Verneuil a fait de vive voix des principales circonstances du fait ; mais, vu son importance, nous ne nous en tiendrons pas là, nous mettrons dans le numéro prochain sous les yeux de nos lecteurs sa relation détaillée, et nous rappellerons à cette occasion l'historique sommaire de la question.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Des moyens de remédier à la mortalité des nouveau-nés et des enfants du premier âge.

Le *Congrès international d'hygiène et de sauvetage* de Bruxelles, auquel je viens d'assister, avait mis dans son programme la question des moyens de remédier à la mortalité des nouveau-nés. Ce sujet a vivement intéressé l'assistance, et, comme il est le but de mes études depuis trente ans, je vais vous en parler aujourd'hui en résumant ce que j'ai dit en Belgique.

Le rapporteur de la question, M. le docteur Kuborn, avait cru devoir faire précéder son exposé des moyens de remédier à la mortalité des nouveau-nés par une statistique comparée de cette mortalité chez les différents peuples. C'était bien inutile, car aux moyens de remédier aux accidents de chemin de fer, on ne répond pas par le nombre de personnes tuées chaque année, — et comme la statistique, fort difficile à faire, est actuellement encombrée de chiffres faux ou mal établis, il en résulte qu'on en tire des conclusions erronées. [C'est ce qui a lieu. Le rapporteur avait cru pouvoir dire que chez nous la mortalité des enfants était plus considérable que partout ailleurs, et que nulle part plus qu'en France les femmes ne rejetaient les charges de la maternité. Sur les observations qui lui ont été faites par les assistants français, il a dû reconnaître qu'il s'était trompé, et que, par suite d'une erreur involontaire, les chiffres qu'il avait annoncés étaient inexacts.

En effet, si l'on consulte la statistique de la mortalité des nouveau-nés en Europe, si mauvaise qu'elle soit, et telle que l'a donnée M. Kuborn, on voit qu'en Prusse, en Espagne, en Suisse, en Italie, en Autriche, en Russie et en Bavière, cette mortalité est bien plus forte qu'en France.

Malheureusement, comme l'a judicieusement fait remarquer M. Bertillon, qui a publié une bonne statistique pour la France, ces statistiques étrangères ne doivent pas être acceptées sans réserves. Les différents pays n'entendent pas de même le mot nouveau-né ; l'enregistrement des naissances ne se fait pas partout d'après le même principe, et il en résulte que la statistique comparée est absolument fausse et le sera toujours. L'uniformité des éléments statistiques internationaux est aussi difficile à obtenir que l'unité des poids, des mesures et de la monnaie. Ainsi, en Angleterre, les morts-nés et les enfants qui meurent dans le premier mois ne sont pas inscrits, et on les enterre dans un coin sans prévenir personne, parce qu'une déclaration obligerait à faire les dépenses d'un enterrement qu'on veut éviter. Cette mortalité restant inconnue, il en résulte que le chiffre de la mortalité de la première année, indiqué comme étant de 170 sur 1,000 est absolument faux. Cependant, il y a des gens qui disent : Voyez, en Angleterre, dans la première année, les enfants meurent moins en France ; là, le chiffre des morts est de 170 sur 1,000, tandis qu'ici le chiffre des morts est de 216. Ce sont ensuite des phrases à effet sur la décadence et les vices de la nation française qui, n'en déplaise à nos contempteurs, n'a rien à envier aux vertus des nations voisines et ne vaut ni mieux ni moins qu'elles. Jusqu'à ce jour, les statistiques ont été faites d'après des éléments trop incomplets et trop falsifiés pour qu'on puisse en tirer des conclusions vraiment scientifiques.

Ainsi le rapporteur belge a considéré comme causes de cette mortalité des enfants, la misère, l'ignorance, la superstition des parents et l'illégitimité.

Sans doute, ces causes ont une influence générale, mais par ce qu'elles ont de vague et d'indéterminé, elles ne peuvent servir à l'hygiène médicale et à la médecine. Si l'on peut diminuer la mortalité de la première enfance ; il faut préciser davantage et toucher le mal avec le doigt. C'est le seul moyen d'y remédier.

Ces causes sont le *froid* et l'*indigestion*, qui amène l'entérite aiguë ou chronique avec la pneumatose intestinale et le carreau.

Les maladies qu'occasionne le froid chez les enfants de 0 jour à 1 an sont de beaucoup les moins fréquentes. D'après mes observations, elles ne dépassent pas 90 pour 100. Ce sont le coryza, la pneumonie et la broncho-pneumonie. MM. Brock (de Christiana) et Dunant (de Genève) ont d'ailleurs démontré que la mortalité des nouveau-nés était moindre en hiver que dans l'été, et en Suède et en Norwége que partout ailleurs.

Au contraire, la diarrhée symptôme d'entérite aiguë, l'entérite cholériforme ou choléra infantile et l'entérite chronique suivie de carreau sont les maladies les plus fréquentes et les plus fréquemment mortelles dans la première enfance. Il n'est au pouvoir d'aucune statistique d'établir le contraire, car les documents administratifs rassemblés par des centaines d'individus qui enregistrent, les uns de bonne foi, les autres au hasard de l'ignorance et de la fantaisie, les noms des maladies, n'ont aucune valeur.

Je crois pouvoir en parler plus pertinemment, après trente années de pratique, et il suffit d'assister une seule fois à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades pour former sa conviction. Sur soixante enfants que l'on y présente, pour toute espèce de maladies, il y en a en moyenne dix atteints d'entérite aiguë ou chronique, de gros ventre ou de choléra infantile. C'est toute l'année la même chose, un peu plus en été qu'en hiver.

Voilà la cause principale de la mortalité des enfants de 0 jour à un an. L'influence du froid n'est qu'exceptionnelle, celle de la superstition des parents, de la misère, de l'ignorance et de l'illégitimité, ne sont que secondaires. Quand elles agissent, c'est encore par l'indigestion et les différentes formes d'entérite qui en sont la conséquence.

C'est, au nombre près, la même chose en ville qu'à l'hôpital; et dans les premiers mois, c'est la diarrhée, par indigestion qui est la maladie la plus fréquente, et pour laquelle on est à chaque instant obligé de changer la nourrice.

Oui, l'ignorance et la superstition, sont pour beaucoup dans l'indigestion et dans la diarrhée des jeunes enfants, mais cette ignorance n'est pas celle des lettres, et cette superstition n'a rien qui touche aux choses de la religion. C'est celle des règles de l'allaitement.

L'ignorance des mères existe en haut comme en bas de la société, dans les classes éclairées comme dans les classes pauvres, et il n'y a autre superstition que celle qui laisse croire qu'un rapport existe entre la grande quantité d'aliments absorbée et la prospérité des nourrissons.

Pour remédier à la mortalité des jeunes enfants, il faut apprendre aux jeunes femmes que l'allaitement au sein est préférable au biberon; il faut leur enseigner la manière d'élever le jeune être qui vient au monde; son poids moyen de naissance, son poids moyen d'accroissement journalier; quelle est la quantité de lait à prendre dans le premier, dans le second mois et dans les mois suivants; combien il doit prendre à chaque tetée ou à chaque repas; combien de fois il doit boire en vingt-quatre heures; enfin de quel lait on doit se servir, de celui de la mère, ou de la nourrice, ou des animaux; et quelles sont les altérations du lait qui se produisent, lorsqu'on emploie l'allaitement au biberon.

Voilà l'ignorance qu'il faut détruire, et ce sont là des faits à substituer aux causes vagues de misère, de superstition et d'illégitimité.

Pendant le premier mois, un enfant nouveau-né prend 650 grammes par jour; 750 le second mois, 900 grammes le troisième, autant le quatrième, et un litre environ à partir du cinquième mois. Il doit le prendre en huit à dix fois par vingt quatre heures, et ce n'est qu'au cinquième mois, qu'il peut commencer à prendre des féculents. Avant cette époque, comme Chalvet l'a démontré, la structure de l'intestin n'est pas complète et les glandes ne sont qu'incomplétement développées.

Quand les mères n'ont pas assez de lait et qu'elles donnent du lait de vache à boire comme supplément, elles cherchent à avoir le lait le plus riche qu'on peut trouver. C'est une faute, si on a l'intention de le donner pur. Ce lait est lourd, trop chargé de beurre et de caséum. Il donne des indigestions et la diarrhée. On doit le couper avec un tiers d'eau bouillie sucrée ou d'eau de gruau très-légère, et l'administrer sans faire cuire le tout. L'eau sucrée chaude est suffisante pour étendre et chauffer le lait au degré nécessaire.

De plus, il faut savoir que le lait qui a subi le contact de l'air, se remplit au bout de quelques temps, selon la saison, de sporules et d'une mucédinée du genre *ascophora* décrite par Hessling, et que cette altération est de nature à engendrer la diarrhée. Elle se produit dans le lait exposé à l'air, et dans le lait introduit dans l'organisme.

Voilà pourquoi l'allaitement artificiel au biberon et au petit pot donne de si mauvais résultats.

Au contraire, quand la mère nourrit, son lait passe directement du sein dans l'estomac de l'enfant, par l'ajutage de la bouche sur le mamelon, et il ne peut entraîner avec lui les germes nuisibles flottants dans l'atmosphère.

J'ajouterai enfin, que les enfants prenant 40 à 100 et 120 grammes par tetée, ce qui donne une moyenne de 80 grammes environ; on peut s'assurer par des pesées régulières quelle quantité de lait prennent les enfants dans les vingt-quatre heures, et toute incertitude cesse sur la qualité de la nourrice.

On s'en assure d'ailleurs, en pesant les enfants tous les dix jours, pour savoir quelle est leur augmentation de poids. C'est encore là un moyen de s'assurer si l'accroissement physiologique est régulier. Comme ils doivent gagner en moyenne 25 à 30 grammes par jour, on doit trouver au bout de la dizaine 250 ou 300 grammes. Au dessus, il n'y a qu'à se féliciter, mais, au dessous, on peut être sûr que l'enfant souffre, et qu'il faut changer la nourrice ou la méthode d'allaitement, si on a eu recours au biberon.

A plus forte raison, la méthode devra-t-elle être modifiée, si déjà on a eu recours aux bouillies, aux potages féculents et aux œufs ou au bouillon gras. Avant le cinquième mois, ces aliments sont dangereux, et ils contribuent beaucoup à la production de l'entérite, qui amène la cachexie intestinale, le marasme, la consomption, la phthisie mésentérique et la mort.

Tels sont les résultats de l'*alimentation prématurée* et de l'*élevage au biberon* mal dirigé.

On ne sait bien les progrès de l'accroissement du jeune enfant qu'avec la balance, et tout est subordonné aux résultats qu'elle nous donne. En dehors de cette constatation, tout n'est qu'incertitude, et ce procédé que j'emploie dans ma clientèle devrait être imposé à toutes les nourrices qui emportent des enfants à la campagne et loin de leur famille.

Partout où il y a des enfants en nourrice, le bulletin de l'inspecteur devrait être envoyé tous les dix jours et marquer le poids de l'enfant. De cette manière, les parents sauraient à quoi s'en tenir, et on ne leur rendrait pas des sujets cachectiques, atteints de phthisie intestinale et condamnés à une mort prochaine.

C'est donc en instruisant les mères, dans toutes les classes de la société, sur la physiologie de l'accroissement des nouveau-nés et sur l'hygiène de l'allaitement, qu'on remédiera à la mortalité du premier âge. Qu'on répande ces connaissances à profusion dans les campagnes, par l'assistance à domicile au moyen des sociétés maternelles, dans les crèches fondées par le généreux Marbeau, et on aura fait beaucoup pour atteindre le but désiré.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'intervention des rétrécissements dans les insuffisances.

(Leçon recueillie par M. A. Gros, lauréat de l'École de médecine.)

Messieurs, à côté du n° 7 de la salle Sainte-Catherine et du n° 5 de la salle Ailland, qui ont succombé à des cas d'insuffisance pure, d'insuffisance mitrale pour la première et aortique pour le second, j'ai tenu à vous montrer le n° 19 et le n° 28 de la salle Ailland, qui vivent, le premier sans accidents et le second avec des accidents promptement réprimés, bien qu'ils soient, l'un et l'autre, porteurs d'insuffisance compliquée de rétrécissement. Le premier a une insuffisance avec rétrécissement aortique, le second une insuffisance avec rétrécissement mitral.

Ce quadruple exemple vous porte peut-être à croire qu'il vaut mieux avoir une insuffisance doublée d'un rétrécissement qu'une insuffisance pure et simple. Si vous pensez ainsi, vous avez raison; mais la question vaut la peine d'être examinée. C'est pourquoi je me propose aujourd'hui d'étudier avec vous l'intervention des rétrécissements dans les insuffisances.

L'association de ces deux ordres d'états morbides repose sur deux lois. C'est, à mes yeux, une loi que l'*endocardite ne peut déterminer une insuffisance sans produire en même temps un rétrécissement, et réciproquement.* Les deux lésions sont toujours associées, seulement dans certains cas c'est l'une qui prédomine, dans d'autres cas c'est l'autre; mais c'est simplement là une question de prédominance, et l'on ne conçoit guère que l'une d'elles puisse se montrer tout à fait isolée. Vous avez vu les lésions que l'endocardite laisse à sa suite; qu'il s'agisse d'un passage à l'état fibreux avec roideur et rétractilité ou d'un passage à l'état crétacé avec saillies et nodosités, dans l'un ou l'autre cas la valvule a perdu sa forme et sa souplesse; elle n'est plus dans des conditions normales pour remplir sa fonction, et qu'elle se relève ou qu'elle s'abaisse, qu'elle ait à laisser libre le passage du sang ou à s'opposer à son retour, elle ne s'acquitte plus de sa tâche d'une manière complète. Seulement il y a une distinction à faire entre les rétrécissements et insuffisances rudimentaires, qui ne regardent guère que la pathogénie, et les insuffisances et rétrécissements effectifs, dont la clinique doit s'occuper. S'il est des cas, comme ceux dont nous avons fait l'autopsie, où l'insuffisance joue le principal rôle et le rétrécissement reste insignifiant, le contraire peut également se présenter; enfin, dans certains cas, le rétrécissement et l'insuffisance parviennent à un degré à peu près égal de développement. Sachez qu'alors l'un et l'autre sont de moyenne intensité. C'est la conséquence d'une seconde loi, qui fait suite à la première, mais influe bien davantage sur la clinique. *L'insuffisance et le rétrécissement se développent en raison inverse l'un de l'autre.* Quand l'un est très-manifeste, l'autre reste très-peu développé. Il doit en être nécessairement ainsi, car l'obstacle qui s'oppose au passage du sang dans la direction normale s'oppose également à son retour; le rétrécissement neutralise donc en partie l'insuffisance, et, de même, la disposition valvulaire qui permet au sang de refluer des vaisseaux vers le cœur ne peut sérieusement empêcher le sang de passer du cœur dans les vaisseaux; une insuffisance importante ne permet donc pas un degré prononcé de rétrécissement.

Maintenant que vous connaissez les deux lois qui président à cette intervention, étudions-la cliniquement, c'est-à-dire au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, en examinant tour à tour chacun des deux orifices.

Commençons, si vous le voulez bien, par l'orifice aortique.

I

Je vous disais récemment qu'un bruit de souffle au premier temps et à la base existe dans un grand nombre de cas d'insuffisance aortique cliniquement pure. Alvarenga, favorisé sous ce rapport, l'a trouvé neuf fois sur quatorze cas; il semblerait donc que la complication du rétrécissement ne devrait apporter dans les résultats de l'auscultation du cœur aucune modification. Cependant les deux bruits de l'insuffisance, le bruit constant du deuxième temps et le bruit fréquent du premier temps sont ordinairement doux; lorsque se joint à ce dernier le bruit du rétrécissement, le bruit anormal du premier temps devient rude et beaucoup plus fort que celui du second temps. *Vous admettrez donc le rétrécissement dans le cas, et dans le cas seulement, où le bruit du premier temps sera plus fort que celui du second.*

Comme, dans les cas douteux, il ne faut négliger aucun moyen de s'éclairer, je vous indiquerai l'influence tout à fait opposée qu'un changement de position du malade peut exercer sur les bruits du rétrécissement et ceux de l'insuffisance. Les bruits du rétrécissement sont quelquefois diminués par la position assise ou verticale et augmentés par la position horizontale; c'est le contraire qu'on observe pour les bruits de l'insuffisance. Voici quelle me paraît être la raison de ce double phénomène qui, bien qu'inconstant et souvent peu manifeste, méritait d'être signalé : la position verticale rend un peu plus difficile dans le rétrécissement la montée du sang du cœur dans l'aorte, et plus facile dans l'insuffisance la descente du sang de l'aorte dans le cœur.

Remarquez encore que dans l'insuffisance plus la lésion est prononcée, moins le souffle est intense, parce que le sang passe plus facilement. C'est le contraire dans le rétrécissement; *de sorte qu'un double bruit fort vous indiquera un rétrécissement intense et une insuffisance légère, un double bruit faible vous indiquera un petit rétrécissement avec une grande insuffisance.*

En résumé, du côté du cœur l'intervention du rétrécissement dans l'insuffisance aortique s'annonce par l'augmentation d'un bruit fréquent dans l'insuffisance, le bruit du premier temps et de la base. Ce n'est pas grand'chose, et encore ce signe n'a-t-il pas une valeur absolue : l'intensité du bruit du rétrécissement tient, en effet, beaucoup moins au degré de ce rétrécissement qu'à l'énergie de la contraction cardiaque et aux aspérités rugueuses de la valvule. *Aussi, quand on veut apprécier l'intervention du rétrécisssement dans l'insuffisance aortique, faut-il consulter beaucoup moins les signes fournis par l'auscultation du cœur que ceux qui sont révélés par l'examen des artères.*

De cet examen des artères, nous exclurons l'auscultation des vaisseaux du cou. Le souffle du premier temps se rencontre, en effet, dans l'une et l'autre lésion : simple propagation du bruit cardiaque dans le rétrécissement, il naît sur place

dans l'insuffisance. Mais à l'aine il n'en est pas de même. Le bruit crural de Durosiez, très-intense dans l'insuffisance pure, s'affaiblit sous l'influence du rétrécissement, comme vous le voyez chez notre n° 19, où il est à peine perceptible à la crurale gauche et manque à la crurale droite; quant à cette différence entre les deux côtés, elle n'est probablement due qu'à un développement inégal des artères.

Le pouls, lorsque dans l'insuffisance intervient un rétrécissement effectif, est plus soutenu, moins dépressible que dans dans l'insuffisance pure; il devient aussi moins bondissant et moins visible. Mais c'est le sphygmographe qui permet d'apprécier exactement ces modifications du pouls. Au lieu de la ligne d'ascension longue et brusque et du sommet à angle aigu promptement suivi d'une ligne de descente assez rapide pour qu'on puisse l'appeler une ligne de chute, on a une ligne d'ascension plus courte qui aboutit à un petit plateau auquel succède une descente en quelque sorte ménagée.

Enfin, dans les cas d'intervention du rétrécissement, l'anémie générale qu'on rencontre d'habitude dans l'insuffisance aortique est moins prononcée, et le malade, pendant un temps souvent très-long, ne se doute pas qu'il porte en lui les germes d'une maladie mortelle. Il m'est arrivé plusieurs fois d'ausculter par hasard des individus atteints de cette double lésion et qui ne paraissaient pas en souffrir. Notre n° 19 en est un exemple de plus.

Ceci m'amène à vous dire quelques mots du pronostic.

L'intervention du rétrécissement modifie d'une manière favorable le pronostic et l'insuffisance aortique. Sachez-le bien et ne l'oubliez pas. Il m'est arrivé de rencontrer dans ma pratique des malades qui portaient un double bruit très-intense à la base du cœur et qui, pendant des années, ne présentaient aucun des phénomènes généraux des maladies du cœur. J'en vois un assez souvent, que j'ai condamné il y a bientôt quinze ans. Règle générale, *quand le double bruit sera intense, le pronostic sera encore plus favorable.* Ne vous effrayez donc pas outre mesure quand vous entendez ce double bruit et n'allez pas, en annonçant une double lésion, vous hâter de prédire une fin prochaine. Vous pourriez vous tromper étrangement. Ces cas aux bruits intenses, étant ceux où le rétrécissement prédomine sur l'insuffisance, sont les plus heureux ou, pour parler plus exactement, les moins malheureux.

Remarquez encore que ces mêmes malades n'ont pas ou n'ont que fort peu le bruit crural de Durosiez. Donc *la gravité du pronostic varie en raison inverse de l'intensité des bruits cardiaques et en raison directe du bruit crural.* Ce qui revient à dire que, dans les cas d'insuffisance aortique où intervient un rétrécissement, vous pouvez porter un pronostic d'autant plus grave que l'insuffisance prédomine, et d'autant moins grave que le rétrécissement est plus prononcé.

Est-ce à dire que le rétrécissement par lui-même soit un remède? Non; c'est tout simplement une affection moins grave que l'insuffisance. Il a ses inconvénients et ses dangers qui viennent s'ajouter à ceux de l'insuffisance; mais, de la loi d'équilibre que nous énoncions tantôt et qui veut que le rétrécissement et l'insuffisance varient en raison inverse l'un de l'autre, il résulte qu'une certaine dose de rétrécissement en plus c'est une dose équivalente d'insuffisance en moins. Une affection plus grave est donc remplacée par une moins grave. Le rétrécissement rend plus difficile la sortie du sang du cœur et facilite, par conséquent, son accumulation dans les cavités cardiaques et les vaisseaux pulmonaires; c'est là son inconvénient. Mais il s'oppose à la rentrée du sang dans le cœur, à la diminution de tension artérielle et à l'anémie capillaire qui peuvent en résulter; c'est là son triple avantage. En somme, les avantages l'emportent sur les inconvénients.

Au point de vue des indications thérapeutiques, cette intervention importe peu. Elle rend la médication moins urgente et moins active puisque les phénomènes généraux mettent plus de temps à se produire. Ce sont surtout les moyens destinés à attirer le sang vers la peau et le réseau capillaire de la périphérie, frictions, bains chauds, arsenic, alcool, qui deviennent dès lors moins nécessaires; quant à ceux qui ont pour but de soutenir l'action du cœur, café, quinine, digitale à faible dose, ils trouvent toujours, quoique d'une manière moins pressante, leur indication.

II

Voyons maintenant ce qui se passe quand à une insuffisance mitrale vient se joindre un rétrécissement du même orifice.

Les signes de l'insuffisance sont alors profondément modifiés. Vous vous rappelez que dans l'insuffisance mitrale il y a un bruit de souffle à la pointe et au premier temps, bruit variable et inconstant. Il y a aussi des faux pas du cœur qui se traduisent par des battements précipités et faibles, alternant avec un battement énergique. Le pouls est petit et irrégulier.

De son côté, le rétrécissement mitral produit un bruit de roulement diastolique obscur et prolongé; si faible, qu'il passe souvent inaperçu, suivi d'un souffle très-bref présystolique, c'est-à-dire, précédant de si peu la systole, qu'il est bien difficile de l'en séparer. Le pouls est petit et régulier.

Quand, ce qui est le cas le plus commun, les deux lésions sont réunies, les souffles produits par chacune d'elles se suivent immédiatement, au point de se confondre. Il y a successivement le roulement précurseur, le souffle présystolique et le souffle systolique au premier temps et à la pointe, quelquefois complété par ce dédoublement du deuxième bruit normal qu'on peut trouver dans l'une et l'autre affection. On a alors cet ensemble de signes sur lequel Durosiez a insisté et qu'il a caractérisé par une onomatopée.

Mais il faut savoir que le roulement est souvent si faible qu'on ne le perçoit pas et qu'il peut manquer; que le souffle présystolique est très-bref et se confond avec le souffle systolique, de sorte que, *dans l'insuffisance mitrale accompagnée de rétrécissement, ce que l'on entend le plus souvent, c'est un souffle prolongé principalement systolique de la pointe*, qui n'appartient pas, comme l'a cru l'illustre Bouillaud, au rétrécissement mitral seul, mais bien au rétrécissement doublé d'insuffisance, formé qu'il est par la réunion des deux souffles qui se succèdent sans interruption.

Non-seulement ce souffle est *prolongé*, mais il est *fort*, bruyant, râpeux; comme la valvule mitrale, au moment de la systole, essaye de boucher en partie l'orifice, il est évident que le détroit de l'insuffisance est, suivant une expression de Racle, plus resserré que celui du rétrécissement: d'autre part l'action du ventricule est plus énergique que celle de l'oreillette; c'est donc à l'insuffisance qu'est due la plus grande partie de cette force du bruit. Voila pourquoi l'on rencontre le maximum du bruit pendant la systole.

Quand le ventricule se contracte, l'oreillette n'a pas achevé de chasser le sang à travers l'orifice rétréci; il y a donc lutte entre deux courants, et le sang recule plus difficilement que dans l'insuffisance pure. C'est cette lutte qui vous explique comment l'insuffisance doublée de rétrécissement produit un bruit plus fort que l'insuffisance simple, où le souffle est fai-

ble et quelquefois nul; mais ce qui vous l'explique surtout, c'est que l'insuffisance est alors légère, le rétrécissement et l'insuffisance variant en raison inverse l'un de l'autre. Le bruit d'une insuffisance légère est ici, comme pour l'orifice aortique, plus intense que celui d'une forte insuffisance; or, une insuffisance sans rétrécissement est forcément une insuffisance forte. L'insuffisance, au point de vue de la production des bruits, n'est qu'un rétrécissement en sens inverse, un rétrécissement en retour, mais, au point de vue des conséquences de la lésion, plus le rétrécissement est simple, plus grande est la difficulté que le sang éprouve à reculer, plus faible est l'insuffisance.

Dans les cas d'insuffisance mitrale accompagnée de rétrécissement mitral, on peut rencontrer le dédoublement des bruits du cœur; il est rare que l'on observe le redoublement ou faux pas du cœur, dont je vous ai signalé la fréquence et l'importance dans les insuffisances simples. C'est que les cavités cardiaques sont toujours plus ou moins engorgées. L'oreillette est engorgée à cause de la difficulté qu'elle éprouve à se vider par un orifice rétréci, et du mouvement de recul contre lequel ne la défend plus un orifice insuffisant. Le ventricule peut, il est vrai, se vider des deux côtés; mais, pour faire reculer le sang, il rencontre un simple obstacle: la plénitude de l'oreillette, sa contraction prolongée, le rétrécissement de l'orifice. Il en résulte que, *dans l'insuffisance mitrale composée de rétrécissement mitral, les battements du cœur sont plus réguliers que dans l'insuffisance simple.*

La même remarque s'applique aux battements du pouls, qui n'ont plus les irrégularités caractéristiques de l'insuffisance mitrale.

Le pronostic est moins grave quand le rétrécissement mitral intervient dans l'insuffisance, parce que le ventricule, trouvant un obstacle au retour du sang dans l'oreillette, chasse plus facilement le sang dans l'arbre artériel. De sorte que, si d'un côté le rétrécissement augmente l'engorgement veineux et surtout la congestion pulmonaire; d'autre part, il est le meilleur remède contre les effets de l'insuffisance, à cause de la barrière qu'oppose au recul du sang la valvule rétrécie. L'intervention du rétrécissement produit donc ici, comme pour l'orifice aortique, plus d'effets utiles que de résultats fâcheux. Ne l'appelons pas un remède, pour ne pas ouvrir la porte à l'exagération, mais reconnaissons que c'est un moindre mal.

Quant aux signes qui doivent servir de base au pronostic, cherchons-les moins dans l'auscultation du cœur, que dans l'exploration du pouls. Cependant, on peut dire que le pronostic est d'autant plus favorable, que les bruits sont plus intenses, parce qu'alors l'insuffisance est faible et le cœur vigoureux.

Donc, *dans les cas d'insuffisance mitrale additionnée de rétrécissement, la gravité du mal est en raison inverse de l'intensité des bruits cardiaques, et en raison inverse de la force et de la régularité du pouls.*

Je ne vous dirai qu'un mot des indications thérapeutiques. Elles restent les mêmes que dans l'insuffisance mitrale cliniquement pure, et la digitale à faible dose, à dose régulatrice et tonique, en fait toujours les principaux frais; les diurétiques, les hydragogues, la diète lactée, rendent ici encore et avec plus de facilité les mêmes services; seulement ils demandent, à cause de l'atténuation des phénomènes généraux, moins de rigueur dans l'administration.

Tels sont, dans les cas très-nombreux où à des insuffisances viennent se joindre des rétrécissements, les principes qui doivent vous guider. Je n'ai pas besoin d'ajouter que chacune de ces règles peut souffrir des exceptions; car je vous ai répété maintes fois que l'absolu n'est pas clinique. Toujours est-il que, lorsqu'un rétrécissement vient se joindre à une insuffisance, on peut affirmer que ce n'est pas une complication; nous pensons que c'est une addition salutaire, et, afin de réserver la solution définitive du problème, nous disons que c'est une intervention.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du troisième volume (deuxième série) du *Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaire militaire.*

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Le rapport général sur les épidémies qui ont régné dans le territoire de Belfort pendant les années 1874 et 1875.

2° Des rapports sur les eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), d'Hammam Mes Koutin (Algérie), d'Andabre et du Cayla (Aveyron).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Marquézy accompagnant l'envoi des corps de deux enfants nouveau-nés présentant un cas de tératologie rare. (Comm.: M. Blot.)

Un travail manuscrit de M. le docteur Dabert, médecin à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), sur la mortalité des enfants du premier âge et la diminution de la population dans dix-huit communes de la Limagne d'Auvergne. (Comm. de l'hygiène de l'enfance.)

RAPPORTS

Remèdes secrets. — M. Personne, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports négatifs dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURE

Blessures de l'œil par suite d'accidents de chasse. — M. Galezowski donne lecture d'une note sur les accidents de chasse du côté de l'œil et sur le moyen de les éviter par des lunettes en cristal de roche. M. Galezowski a eu l'occasion de soigner depuis l'ouverture de la chasse un grand nombre de cas de ce genre.

Le grain de plomb peut entrer à travers la cornée et s'arrêter dans le cristallin. Il y a alors une cataracte que l'on extrait avec le corps étranger.

Dans d'autres cas plus fréquents, le projectile s'introduit dans le corps vitré à travers la partie antérieure de la sclérotique. Il en résulte un épanchement de sang plus ou moins abondant, sans ou avec décollement de la rétine. La guérison est obtenue lorsque le corps étranger se trouve enchaîné dans une exsudation, et que le reste du fond de l'œil s'éclaircit. Malheureusement, il arrive bien plus souvent que, par suite de décollement de la rétine, l'œil se perd.

Pour prévenir ces accidents, M. Galezowski propose de se servir à la chasse, de lunettes en cristal de roche, en forme de coquilles, ou en verre trempé. Les expériences que M. Galezowski a établies sur ces sortes de lunettes démontrent que le projectile ricoche sur la lunette, et l'œil est préservé. Deux chasseurs qui ont porté ces lunettes ont reçu de légères blessures superficielles, mais le projectile n'est pas entré dans l'œil.

COMMUNICATION

De la Gastro-stomie.— M. Verneuil veut entretenir l'Académie d'une opération intéressante à plusieurs titres, opération d'origine essentiellement française, proposée déjà depuis longtemps par M. Sédillot, ayant fait depuis le tour du monde, ayant été pratiquée seize fois sans avoir été jusqu'ici suivie d'aucun succès définitif,

M. Verneuil veut parler de la gastro-stomie, opération, qui comme on sait, a pour but d'établir une bouche stomacale.

Proposée d'abord pour remédier à des obstructions de l'œsophage ou à des rétrécissements infranchissables, cette gastro-stomie a été pratiquée jusqu'à présent, soit chez des sujets cancéreux, dont l'état général par conséquent, était gravement atteint, soit chez des sujets affectés d'un simple rétrécissement, mais arrivés déjà à un degré d'anémie extrême. Tous ces cas, déjà graves avant l'opération, ont été suivis de mort. M. Verneuil apporte une nouvelle observation dont le sujet se trouvait dans de meilleures conditions que celles qu'offraient les malades opérés par ses prédécesseurs.

Malgré ces insuccès, M. Verneuil avait de cette opération une bonne opinion, et bien lui a pris, puisqu'il peut présenter aujourd'hui un cas de guérison.

Il rappelle, à cette occasion, que les insuccès constants, obtenus au début par Guersant pour la trachéotomie, n'avaient pas découragé ce chirurgien, et aujourd'hui, grâce à sa tenacité et à celle de Trousseau, des milliers d'individus doivent la vie à cette opération.

Voici un très-court résumé de l'intéressante observation de M. Verneuil, observation que nous donnerons prochainement *in extenso :* un jeune garçon de dix-sept ans, en février 1876 avale, par mégarde, une solution de potasse; il ressent aussitôt une violente douleur, une brûlure intense et présente tous les phénomènes d'une œsophagite suraiguë. Peu à peu ces phénomènes se calment, mais la déglutition reste très-difficile ; à peine si le malade peut prendre quelque peu de liquides. Le 31 mars, deux mois après l'accident, il entre à la Pitié, dans le service de M. Dumontpallier, qui essaye, à plusieurs reprises, le cathétérisme œsophagien, et ne pouvant parvenir à franchir le rétrécissement, l'envoie dans le service de M. Verneuil, où il entre le 24 mai. M. Verneuil ne fut pas plus heureux que M. Dumontpallier et, malgré de nombreuses tentatives, ne put arriver à franchir le rétrécissement. Un jour cependant, il fit administrer au malade un lavement contenant 4 grammes d'hydrate de chloral; presque aussitôt après, il fut plongé dans un profond coma, et le chirurgien put alors pénétrer facilement dans l'estomac. Il put se rendre compte que le rétrécissement siégeait à 18 centimètres des incisives, c'est-à-dire à 7 centimètres environ dans l'œsophage. M. Verneuil pratiqua ainsi plusieurs fois le cathétérisme avec succès, mais chaque fois le malade présentait, après, une très-vive irritation et se plaignait de douleurs atroces. Un jour vint même où il fut impossible de franchir le rétrécissement, bien que le malade fût profondément endormi par le chloroforme.

Le 24 juillet, l'état de ce pauvre garçon était devenu véritablement alarmant; il était blême, livide et d'une maigreur effrayante ; il ne pesait plus que 33 kilog.; ses extrémités étaient cyanosées; la température oscillait entre 35° et 35°,5. Il fallait donc agir; M. Verneuil se décida à pratiquer la gastro-stomie. Il fit au-dessous du rebord des côtes, du côté gauche, à quatre travers de doigt de la ligne médiane, une incision de 6 centimètres portant successivement sur la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle grand droit et le péritoine.

A peine celui-ci fut-il incisé, que l'opérateur aperçut l'estomac ; il l'attira au dehors, lui fit faire hernie et le fixa en dehors de la plaie à l'aide de deux aiguilles à acupuncture. Ce temps de l'opération s'accomplit si rapidement, qu'à peine la plaie fut-elle ouverte que l'estomac lui-même la boucha, de telle sorte qu'aucune espèce de matière n'a pu être introduite dans la cavité abdominale. Le procédé employé par M. Verneuil pour suturer les parois de l'estomac aux parois du ventre fut celui que proposa Nélaton pour l'entérotomie. Il ne mit pas moins de quatorze points de suture métallique. Ceci fait, il pratiqua sur la paroi stomacale une incision de 1 centimètre, qui donna lieu à deux jets de sang aussitôt arrêtés à l'aide des pinces hémostatiques. Une sonde en caoutchouc fut aussitôt installée dans cette ouverture, et l'opération fut ainsi très-heureusement terminée.

M. Verneuil insiste sur l'importance qu'il y a, dans ces cas, à suturer l'estomac aux parois abdominales avant de l'ouvrir. Pendant tout le cours de l'opération fut employée la méthode antiseptique de Lister.

A partir du quatrième jour, après l'opération, les choses allèrent aussi bien que possible. Un mois après l'opération, le 26 août, le malade pesait 34 kilogrammes. Le 24 octobre, il en pesait 42, donc il se nourrit et profite. Le succès opératoire peut-être considéré aujourd'hui comme complet.

Le rétrécissement de l'œsophage demeure infranchissable, et, comme il est cicatriciel, il ne peut que devenir de plus en plus étroit et qu'aboutir à une oblitération complète. Le malade a faim et mange de tout avec plaisir, seulement pendant qu'il s'introduit ses aliments directement dans l'estomac, pour ne plus en perdre tout à fait le goût, il en met une petite partie dans sa bouche qu'il rejette après l'avoir savourée.

M. LARREY exprime le désir que M. Verneuil porte ce cas fort intéressant à la connaissance de M. Sédillot.

M. VERNEUIL répond que c'est sur l'invitation de plusieurs de ses collègues qu'il a pris aujourd'hui la parole sur ce sujet. Il remettra mardi prochain l'observation *in extenso*. Il présentera l'opéré lui-même.

M. COLIN, se basant sur ce qu'il observe journellement chez les animaux, engage les chirurgiens à pratiquer plus souvent la gastro-stomie. Il fait observer seulement que les physiologistes opèrent autrement que ne l'a fait M. Verneuil. Ils ont recours à une canule à double rebord dans laquelle sont saisies ensemble la paroi stomacale et la paroi abdominale, ce moyen suffit complètement pour les faire adhérer l'une à l'autre, sans qu'il soit besoin de recourir à la suture ; et jamais il ne s'épanche aucun liquide dans la cavité abdominale. En outre, une fois la fistule établie, on y place un petit opercule spécial, qui s'ouvre et se ferme à volonté et qui est bien préférable à la canule employée par M. Verneuil.

M. VERNEUIL, ne voulant pas induire de ce qui se passe chez l'animal sain à ce qui a lieu chez l'homme malade, trouve bien plus sage d'avoir recours à la suture, et pense que le chirurgien doit y apporter tous ses soins. Les adhérences entre séreuses chez l'homme malade ne s'obtiennent pas si facilement que l'observent les physiologistes chez les chiens.

Quant à l'appareil dont a parlé M. Colin, M. Verneuil reconnaît qu'il est de beaucoup préférable à la canule qu'il a placée chez son malade, et il est très-disposé à y avoir recours.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

VARIÉTÉS

L'état sanitaire en Suisse.

A la dernière réunion de la Société helvétique des sciences à Bâle, le docteur Lombard a donné lecture d'un mémoire dans lequel il a consigné le résultat de ses recherches sur la manière dont les maladies se trouvent réparties en Suisse. Voici quelques-uns des faits intéressants qui ressortent de ce travail.

Le docteur Lombard constate que les fièvres intermittentes, autrefois si fréquentes en Suisse, ont partout diminué et qu'elles ont même disparu dans quelques localités où elles étaient très-communes. Aujourd'hui il ne reste plus que deux contrées marécageuses : le Valais et le Tessin.

Dans la première, les inondations du Rhône, fréquentes malgré les précautions prises pour les prévenir, sont une cause de fièvres intermittentes. Dans le canton du Tessin, presque tous les districts sont plus ou moins exposés à la malaria, sur le cours du fleuve et de ses affluents, dans les diverses parties des longues vallées qu déversent leurs eaux dans les lacs Majeur, de Lugano et de Côme. Les environs de Locarno, de Bellinzona, de Lugano et de Mendrisio sont les plus fortement atteints par la maladie. Dans les autres parties de la Suisse, on ne rencontre que des cas isolés de fièvre intermittente ou de névralgie périodique. Ces deux maladies diminuent en proportion de l'altitude.

Relativement à la phthisie pulmonaire, il est constaté que le nombre moyen des décès provenant de cette cause est de 77 pour 1,000 décès, proportion de beaucoup inférieure à celle de la plupart des autres pays de l'Europe. En Belgique, elle est de 168 à 198 ; en Angleterre, de 124 ; en Écosse, de 121. Dans les différents cantons et

villes de Suisse, à Zurich, sur 1,000 décès, 104 sont attribués à la phthisie; à Bâle, 105 à 107; à Genève, 101; à Neuchâtel, 104; à Fribourg, 37; dans le Valais, 49; dans le canton de Thurgovie, 50, et dans celui de Zug, 17.

Deux faits sont mis en lumière par cette enquête: d'abord l'influence délétère de l'industrie, comparativement à l'agriculture, sur le nombre des consomptions, et ensuite l'influence bienfaisante des grandes altitudes par rapport à la phthisie, dont les cas deviennent graduellement moins fréquents à mesure que nous montons, et qui disparaît entièrement dans les très hautes vallées. Le même résultat peut être constaté dans le monde entier.

Le goître et le crétinisme existent en Suisse, le premier, à différents degrés, presque partout, l'autre dans certaines régions. On sait que le nombre des crétins tend à diminuer, à mesure que la prospérité et la civilisation s'étendent.

Quant à la distribution géographique du crétinisme, le Valais occupe le premier rang, aussi bien dans la principale vallée que dans ses nombreuses vallées latérales, qui, à peu d'exceptions près, contiennent beaucoup de crétins. Le canton de Vaud n'en a qu'aux Ormonds, à Gruyère et surtout dans la vallée de Broye. Le canton de Berne en compte 216, d'après le dernier recensement, surtout dans les districts de Konolfingen, Berthoud, Interlaken et Thun. On en trouve très-peu dans le Jura bernois. La même immunité comparative existe pour tous les cantons situés dans les principales vallées jurassiques comme Neuchâtel, Soleure, l'Argovie et Bâle, où l'on ne trouve des crétins qu'au confluent de l'Aar et de la Limmath. La grande masse des Alpes est par conséquent avec le Valais le siége endémique principal du crétinisme.

Les inflammations thoraciques sont, comme on pouvait s'y attendre, au nombre des maladies caractéristiques les plus répandues de la Suisse. On les trouve partout, avec une fréquence qui augmente avec l'altitude. Elles se présentent même sous une forme épidémique très-grave dans les hautes vallées; on lui donne le nom d'*Alpenstich*. C'est une pleuro-pneumonie maligne, probablement contagieuse.

Les scrofules et le rhumatisme sont très-répandus dans toute la Suisse. Ils semblent s'accroître avec l'altitude. Les fièvres éruptives n'ont rien qui les fasse signaler sous le rapport du nombre ou de la gravité. La variole avait presque disparu de la Suisse; elle y a reparu en 1871 et a fait beaucoup de victimes, surtout sous sa forme hémorrhagique.

Le choléra épidémique n'a jamais atteint les districts du centre de la Suisse. Les seuls lieux où cette épidémie se soit développée, quand elle a existé dans les environs, sont presque tous situés près de la frontière, comme Genève, Porrentruy, Bâle, Locarno, Bellinzone. Zurich et Arau sont les seuls lieux, à une certaine distance des frontières, qui aient payé tribut au choléra.

L'alcoolisme, comme partout ailleurs, fait des progrès en Suisse; il y fait même beaucoup de ravages et a enlevé de nombreuses victimes dans certains cantons. Le nombre des morts causées par le *delirium tremens* est limité dans beaucoup de villes et de cantons à un ou deux par 1,000 décès, tandis que dans d'autres il s'élève à cinq ou six, et dans quelques localités à trente-cinq par 1,000 décès.

Le nombre des aveugles est de 76 par 100,000 habitants, proportion relativement très-faible. En France, en effet, on compte 84 aveugles par 100,000 habitants, en Suède 81, en Hollande 100, en Norwége 184. Cependant en Bavière, on n'en compte que 52, en Prusse 58 et en Belgique 68. Les cantons dans lesquels on trouve le plus d'aveugles sont les Grisons (130), Appenzell (109) et le Tessin (103). Les nombres les plus faibles sont à Glaris (42), Genève (44) et Schwytz (46).

Les sourds-muets sont au nombre de 245 par 100,000 habitants ou 2 1/2 pour 1,000 de la population, c'est à peu près cinq fois plus qu'en France, où la proportion est de 58. Parmi les cantons, le Valais occupe le premier rang avec une proportion de 498. Viennent ensuite Lucerne avec 436 et l'Argovie avec 434. A l'autre extrémité de l'échelle se trouve Genève avec 171, Glaris avec 45, et le district de Bâle avec 84 par 100,000 habitants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici le programme des cours de l'École d'anthropologie qui, comme nous l'avons annoncé, doivent avoir lieu dans l'annexe de l'École-de-Médecine.

Anthropologie anatomique. — M. Paul Broca, secrétaire général de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le mercredi 15 novembre, à quatre heures, le mercrdi et le vendredi de chaque semaine. — Programme : parallèle de l'homme et des animaux supérieurs; anatomie comparée des races humaines; crâniologie.

Anthropologie biologique. — M. Paul Topinard, conservateur des collections de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le 21 novembre, à quatre heures, et le continuera le mardi de chaque semaine. — Programme : histoire de l'anthropologie, caractères physiques et physiologiques de l'homme vivant; anthropométrie.

Ethnologie. — M. Eugène Dally, ancien président de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le vendredi 17 novembre, et le continuera le vendredi de chaque semaine. — Programme : classification et description des races humaines; leur répartition, leur filiation.

Anthropologie préhistorique. — M. Gabriel de Mortillet, président de la Société d'anthropologie, fondateur du congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques, commencera ce cours le lundi 20 novembre, à trois heures, et le continuera le lundi de chaque semaine.

Programme : paléontologie humaine ; archéologie préhistorique ; détermination des débris humains au moyen de l'archéologie.

Nota. — Il sera fait en outre des démonstrations dans les musées et des excursions aux stations préhistoriques des environs de Paris.

Anthropologie linguistique. — M. Hovelacque, secrétaire du comité central de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le samedi 16 novembre, à quatre heures, et le continuera le samedi de chaque semaine. — Programme : caractères généraux; classification et répartition des différentes langues.

Ces cours sont publics. Les élèves qui se feront inscrire seront admis aux conférences pratiques du laboratoire d'anthropologie.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Gastro-stomie. — Première opération pratiquée avec succès.

En 1849, le 19 septembre, M. Sédillot, alors professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, informait l'Académie des sciences qu'il avait pratiqué, le 13 de ce même mois, l'opération de la gastro-stomie sur un malade unanimement condamné à une mort prochaine et inévitable, par suite d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage. C'était la première tentative de ce genre. Le résultat n'en fut pas heureux. Bien que l'opération eût été accomplie dans des conditions très-favorables, qu'elle eût été parfaitement supportée et qu'elle inspirât les plus légitimes espérances, disait M. Sédillot dans sa lettre, au bout de quinze jours le malade s'éteignit tout à coup, sans plaintes, sans douleurs, sans aucune prévision de la gravité de sa position, et sans que les personnes présentes eussent soupçonné une terminaison si fatale et si imprévue. Mais il ressortait de l'étude analytique de ce fait, toute malheureuse qu'en eût été l'issue, la démonstration de deux points importants qui, en justifiant cette tentative, pouvaient et devaient faire pressentir des succès futurs : la possibilité de produire artificiellement sur un point déterminé des parois abdominales une hernie de l'estomac, de percer ce viscère et d'y introduire une canule à demeure, sans hémorrhagie, sans épanchements, sans autres lésions concomitantes, sans péritonite. Enfin M. Sédillot en tirait les enseignements suivants, pour les chirurgiens qui auraient à renouveler cette tentative : maintenir l'estomac à la plaie extérieure de l'abdomen, de manière à fermer complétement cette dernière et à provoquer immédiatement des adhérences entre les deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine.

C'est à vingt-sept ans de distance que nous avons la satisfaction d'enregistrer le premier cas du succès prévu de cette opération, après une série de tentatives infructueuses qui ont, d'ailleurs, pour la plupart, leur explication naturelle dans l'état grave et plus ou moins désespéré d'avance des opérés. C'est à M. Verneuil que revient cet honneur, et nous ne pourrions mieux exprimer l'impression que nous a produite aujourd'hui la lecture attentive de la relation de ce fait qu'en rappelant les quelques mots par lesquels nous avons caractérisé sa communication verbale dans notre Premier-Paris de jeudi dernier.

Mais ce qui vaudra mieux que tous les commentaires, ce sera la reproduction textuelle, conformément à l'engagement que nous en avons pris, de l'observation que M. Verneuil a déposée sur le bureau de l'Académie.

Voici cette intéressante observation, qui honore la chirurgie française dans les deux personnes de M. Sédillot, l'initiateur de la méthode, et de M. Verneuil qui en a fait la première application heureuse.

Il s'agit d'un garçon maçon, Marcellin R..., âgé de dix-sept ans. Bien portant d'habitude, ce jeune garçon avala par mégarde, le 4 février 1876, une solution de potasse caustique ; il éprouva immédiatement une sensation de brûlure intense dans la gorge, la fièvre s'alluma, et bientôt il rendit des débris et des membranes par la bouche. Ces symptômes d'œsophagite aiguë disparurent peu à peu, au bout d'une quinzaine de jours; mais alors, lorsque le malade voulut se remettre à manger, il éprouva de grandes difficultés pour avaler. Il se présenta plusieurs fois à la consultation des hôpitaux, mais on ne le reçut pas; il continua de travailler jusqu'au 31 mars, époque où, l'alimentation devenant extrêmement difficile, il entra à la Pitié, dans le service de M. Dumontpallier.

Là on essaya à plusieurs reprises de cathétériser l'œsophage; mais à chaque essai on trouvait un obstacle insurmontable au niveau de la portion thoracique de l'œsophage, et jamais on ne put franchir le rétrécissement. Le malade s'affaiblissant rapidement et menaçant de mourir de faim, on le fait passer, le 24 mai, salle Saint-Louis, n° 30, dans le service de M. Verneuil.

A cette époque, le malade est profondément amaigri, sa figure est pâle et fatiguée, il a perdu toute énergie, sa température est au-dessous de la normale, et il est prêt à subir n'importe quelle opération. Il ne peut pour ainsi dire plus rien avaler, et vomit à peu près tout ce qu'il prend. Le cathétérisme de l'œsophage permet de reconnaître qu'il existe un rétrécissement très-serré à 7 centimètres environ au-dessus de l'orifice supérieur de l'œsophage, c'est-à-dire en un point tel que l'œsophagotomie externe est impossible. En résumé, le malade va mourir de faim, et dès ce moment M. Verneuil pense qu'il n'a guère de chance de salut que dans la gastrostomie. En attendant, on se met à le nourrir à l'aide de lavements alimentaires.

Les jours qui suivent, M. Verneuil essaye de nouveau de

passer; mais toutes les tentatives restent infructueuses, souvent même à la suite de ces manœuvres le rétrécissement semble se resserrer encore davantage, et le malade reste alors un ou deux jours sans pouvoir avaler une seule goutte de liquide. Un matin, une lueur d'espoir paraît, le malade nous apprend qu'il a rendu par la bouche une masse charnue, arrondie, et qu'à la suite il a pu avaler du bouillon et d'autres liquides nutritifs; mais le cathétérisme fut aussi infructueux que par le passé, et au bout de quelques jours la déglutition redevint complétement impossible.

Il fallait donc intervenir. Néanmoins avant de se décider à ouvrir l'estomac on voulut encore faire une dernière tentative. Le malade raconta un jour que la déglutition, qui était impossible pendant la journée, pouvait encore se faire un peu le soir. M. Verneuil, s'appuyant sur cette remarque, pensa qu'il pouvait y avoir là un spasme surajouté au rétrécissement cicatriciel, comme cela se voit quelquefois dans des rétrécissements crus infranchissables de l'urèthre, et il voulut voir si l'on pourrait passer après avoir fait cesser ce spasme.

L'événement confirma la théorie. Le 25 juin on administra au malade 8 grammes de chloral en lavement; à la visite, il est dans un état d'abrutissement complet. M. Verneuil prend la bougie de baleine, et du premier coup et sans grande difficulté il arriva jusque dans l'estomac. Mais à ce moment le petit malade est pris d'une angoisse extrême avec douleur très-vive dans toute la poitrine; il pleure et se tient le thorax avec ses deux mains comme s'il souffrait horriblement; une injection hypodermique de morphine calme cette douleur, et le malade retombe dans son sommeil. La bougie de baleine n'a pas ramené une goutte de sang.

Tout d'abord on put croire que ce succès relatif allait changer complétement l'avenir du malade. Les jours suivants, il put avaler facilement du bouillon et même de la bouillie, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Tous les deux jours, on lui passait la bougie, et on n'avait plus besoin pour cela de l'endormir; ce cathétérisme était d'ailleurs toujours accompagné d'angoisse vive et de douleur dans la poitrine, mais cela passait rapidement. Le malade sentait ses forces revenir peu à peu. Malheureusement cet état ne dura pas bien longtemps, le rétrécissement redevint de nouveau infranchissable, et, après le 10 juillet, on ne passa plus, même en endormant le malade. Il retomba rapidement dans un état de faiblesse extrême, malgré les lavements alimentaires qu'on lui donnait; la température était à 35° et 35°,5; il y avait menace très-sérieuse de mort par inanition, aussi M. Verneuil proposa nettement, le 20 juillet, la gastro-stomie qui fut acceptée.

Il y procède le mercredi 26 juillet à dix heures et demie du matin. On s'entoure d'ailleurs de toutes les précautions possibles; tous les instruments sont plongés dans la solution phéniquée au 1|20, les éponges dont on se sert y séjournent depuis la veille; le chirurgien et les aides se lavent soigneusement les mains dans la même solution, et les aiguilles sont graissées avec de l'huile phéniquée. Enfin pendant toute l'opération un jet de poussière d'eau phéniquée est dirigé sur le champ opératoire.

Le malade chloroformé, on fait une incision parallèle au rebord cartilagineux des côtes gauches, par conséquent oblique en bas et en dehors, longue de 5 centimètres environ. On incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle grand oblique; ligature d'une artériole avec le catgut. On arrive alors sur le péritoine qu'on soulève avec une pince à griffes et qu'on sectionne avec les ciseaux. L'estomac avec sa blancheur normale apparaît; on va le saisir avec la pince à griffe, on l'attire dans la plaie, et on le traverse avec deux longues aiguilles à acupuncture perpendiculaires aux lèvres de l'incision, de manière à maintenir la paroi stomacale en contact avec les lèvres de l'incision. Puis on saisit les bords de l'ouverture péritonéale avec une série de pinces hémostatiques que l'on confie à des aides.

Alors on se met à passer des points de suture métallique avec le chasse-fil, chaque anse de fil comprenant le péritoine et la paroi stomacale. On place ainsi quatorze anses qui, chacune, sont serrées avec un tube de plomb sur un bouton de chemise. Cela fait, on retire les deux grandes aiguilles à acupuncture.

On incise alors la paroi stomacale qui, depuis qu'elle est ainsi étranglée par la couronne de points de suture, est le siége d'une congestion intense et a pris une couleur rouge violacé. L'épaisseur de cette paroi est considérable et ne ressemble en rien à ce que l'on voit sur le cadavre. Après avoir fait sur cette paroi une boutonnière, on y introduit une grosse sonde, de caoutchouc rouge, que l'on fixe en l'enfilant avec un fil d'argent qui traverse en même temps la paroi stomacale; on laisse ainsi 7 à 8 centimètres de sonde dans l'estomac.

L'incision de la paroi stomacale donnant lieu à un écoulement très-considérable de sang, on l'arrête en plaçant à demeure des pinces hémostatiques.

Puis on fait sur tout l'abdomen une application de collodion, et à midi le malade est reporté dans son lit.

Une heure de l'après-midi. — Injection de 200 grammes de lait; quelques envies de vomir, il ne coule rien entre la paroi stomacale et la sonde. On essaie d'enlever les pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux de l'estomac, mais, l'hémorrhagie reparaissant, on les remet en place. Pansement avec gaze et charpie trempée dans l'eau phéniquée; de temps en temps pulvérisation phéniquée sur la plaie.

Cinq heures du soir. — Le malade se plaint beaucoup de ce que sa couche de collodion l'empêche de respirer. Pas de douleurs de ventre. Injection de 100 grammes de lait avec un jaune d'œuf. On enlève les pinces hémostatiques.

Neuf heures du soir. — M. Verneuil revient voir son malade. Apyrexie absolue. Le malade se plaint d'une douleur au niveau de l'hypochondre gauche. Ingestion de chlorhydrate de morphine en ce point.

Minuit. — Injection de 140 grammes de lait; mais le malade est pris de violents efforts de vomissements qui cessent d'ailleurs, dès qu'on laisse sortir par la sonde 20 à 30 grammes de lait, ce lait est coagulé.

27 juillet. — Le malade est fatigué, il n'a pu dormir à cause d'un malade couché à côté, et atteint de *delirium tremens*. Il se plaint beaucoup d'être très-gêné pour respirer; il dit toujours ressentir une douleur au niveau de l'hypochondre gauche. Injection de 100 grammes de bouillon, suivi de quelques nausées avec sensation de striction intra-thoracique.

Une heure. — Injection de 50 grammes de bouillon et 50 grammes de vin de Bordeanx.

Cinq heures. — Teinte subictérique légère. Le malade accuse toujours une douleur transversale à la base de la poitrine qui l'empêche de respirer; en outre, apparition d'une douleur à l'épaule droite, a grand peur de tousser à cause de la douleur qui en résulte. Plaie en très-bon état, sans gonflement, le ventre est toujours très-rétracté. Injection et bouillon aux œufs. A chaque injection alimentaire il y a un peu d'étouffement et quelques nausées.

Minuit. — La douleur à l'épaule droite a augmenté d'inten-

sité. Légère agitation. Apyrexie absolue; injection de bouillon et d'un œuf.

28 juillet. — Teinté ictérique très-marquée des conjonctives. Urine peu abondante, prenant par l'exposition à l'air une coloration noire foncée, semblable à celle du stout. Injection alimentaire de lait, soupe, potion de Todd, faites toutes les heures, chacune de 70 à 80 grammes.

29 juillet. — La douleur de l'épaule droite et de l'hypochondre diminue.

30 juillet. — Il existe ce matin tout autour de la plaie dans une étendue à peu près large comme la main une rougeur bien limitée, un peu douloureuse au toucher, ayant un peu l'aspect du purpura, sans saillie du bord. Aucun symptôme général. Cette rougeur est évidemment due à l'action caustique de l'acide phénique, d'autant plus que de la plaque rouge on voit partir des traînées de même teinte qui vont vers l'aine c'est-à-dire qui suivent le chemin que suit la solution phéniquée pendant les pansements.

1er août. — Amélioration très-nette. La température remonte peu à peu vers la normale; la figure est un peu moins amaigrie. Persistance de la teinte ictérique des conjonctives. Le malade ne souffre plus d'aucun point. Toutes les heures, injections alimentaires.

4 août. — Depuis trois jours, le malade est transformé. L'ictère a disparu. La figure n'est pas fatiguée, et le ventre est bien moins rétracté qu'avant l'opération. — La portion de paroi stomacale étranglée par les points de suture est en partie sphacélée; aussi la plaie est-elle bien plus large que la sonde, et l'on est obligé de boucher les bords avec une lame de caoutchouc appliquée sur la paroi abdominale et traversée par la sonde.

L'amélioration continue à partir de ce jour et vers le 20 août le malade se lève.

Le 10 septembre, le malade est très-bien portant, il reste levé toute la journée, et il aide les infirmiers dans leur service. Il a retrouvé à peu près toute la force et toute l'énergie qu'il avait avant son accident. On a remplacé la sonde des premiers jours par une énorme sonde en caoutchouc rouge qui reste à demeure dans la fistule. Cette fistule est arrondie et bordée sur tout son pourtour par un petit bourrelet de muqueuse gastrique rouge et lisse.

Le malade injecte par sa sonde de la purée, du hachis, des potages, des boissons. Lors de ces injections, il n'a d'autre sensation que celle du froid et du chaud, et ne trouve pas certaines choses meilleures que d'autres, cependant il lui arrive souvent après ces injections alimentaires de sentir la salive lui venir en abondance dans la bouche. Il ne peut d'ailleurs avaler cette salive, et il est obligé de la cracher soit de suite, soit après en avoir emmagasiné une certaine quantité dans la portion supérieure de son œsophage. Cette privation de salive et ce mode d'alimentation ne semblent guère d'ailleurs incommoder le petit malade, si l'on en juge par son bon état de santé et surtout par l'examen des pesées depuis deux mois :

	k	gr
18 août, il pèse.	34	»
21 août, il pèse.	34	400
24 août, il pèse.	35	500
31 août, il pèse.	36	»
8 septembre, il pèse	37	500
14 septembre, il pèse.	39	»

Traitement des métrorrhagies par les cautérisations intra-utérines.

Avant de parler du remède, il s'agit de bien s'entendre d'abord sur les conditions pathologiques auxquelles il s'adresse. Commençons par dire qu'il ne s'agit ni des métrorrhagies de la grossesse, ni de celles de l'accouchement, ni des hémorrhagies dues à la présence d'un cancer, d'un polype, d'un fibrome ou d'un corps étranger quelconque dans la matrice. Il s'agit de ces hémorrhagies qui ont lieu dans l'état de vacuité, que l'on a appelées longtemps, et que quelques médecins appellent encore, essentielles, faute de pouvoir les rattacher à une lésion déterminée, mais qui reconnaissent toujours, en réalité, quand on y regarde de près, pour cause ou pour origine une congestion, une inflammation, des troubles nerveux ou une maladie générale liée à une altération du sang. Encore avant d'appliquer à ces hémorrhagies le traitement dont il va être question, faut-il bien s'assurer qu'on n'a pas affaire à une de ces hémorrhagies passagères, que l'on pourrait appeler salutaires, comme on en peut voir survenir quelquefois chez des femmes pléthoriques. Il ne s'agit, bien entendu, que d'hémorrhagies continues ou répétées, incoercibles par les moyens ordinaires et plus simples, tels que la digitale, le seigle ergoté, la réfrigération ou la chaleur d'après la méthode Chapman, sur laquelle nous avons appelé déjà plusieurs fois l'attention, le perchlorure de fer, le tamponnement, la compression aortique, etc., que l'on devra avoir tentés avant, et alors, en définitive, qu'il y aurait un véritable danger imminent à ne pas chercher à y mettre un terme le plus promptement possible. C'est là l'indication expresse, qui justifierait seule, du moins à nos yeux, l'emploi du moyen en question, la cautérisation intra-utérine.

C'est dans le service de M. Siredey à l'hôpital Lariboisière, que cette cautérisation est particulièrement mise en pratique. Voici d'après l'un des élèves de ce service, M. L. Devins, qui en a fait le sujet de sa thèse, sous le titre de : *Étude sur le traitement des métrorrhagies en général et spécialement sur les cautérisations intra-utérines*, Paris 1876, quelle est la manière dont M. Siredey procède à cette cautérisation et les résultats qu'il en obtient.

Les praticiens qui avaient déjà eu recours à la cautérisation intra-utérine, — car cette méthode de traitement, comme on le sait, est loin d'être nouvelle, — s'étaient servis, à l'exemple de Récamier qui en est le véritable initiateur, du porte-caustique de Lallemand pour les cautérisations de l'urèthre. M. Siredey se sert d'un hystéromètre porte-caustique qu'il a fait confectionner à cet effet, et qui consiste en une sonde utérine dont l'extrémité, en argent, est creusée d'une double gouttière, siégeant l'une à la concavité, l'autre à la convexité de l'instrument. On charge l'instrument en faisant fondre dans une capsule très-étroite 25 à 30 grammes de nitrate d'argent. Dès que la liquéfaction du sel est obtenue, on plonge le bec de l'instrument dans la capsule, où il se charge d'une légère couche de nitrate d'argent. L'instrument étant ainsi préparé à l'avance, on l'introduit jusqu'au fond de la cavité utérine, où on le laisse séjourner de quinze à trente secondes.

Il est nécessaire, avant d'introduire l'hystéromètre porte-caustique, de connaître la direction de l'utérus au moyen d'un hystéromètre ordinaire. Cette introduction demande, en même temps qu'une grande prudence, une grande rapidité d'exécution. Il ne faut pas tâtonner, sous peine de voir se produire des contractions spasmodiques de l'orifice cervical; il faut surprendre en quelque sorte l'utérus qui, se contractant énergiquement dans ce cas, vient s'appliquer de lui-même sur le nitrate d'argent et se cautériser en quelque façon de lui-même. Les contractions continuent encore plusieurs heures après l'opération, grâce à quoi l'écoulement de sang cesse. Dans quelques circonstances on fait suivre cette opération d'un

tamponnement. En tout cas, le repos absolu doit être prescrit après la cautérisation.

Les contre-indications à l'introduction de l'hystéromètre porte-caustique sont : les maladies inflammatoires de l'utérus et de ses annexes. Les accidents qui pourraient survenir dépendraient le plus souvent de phénomènes inflammatoires péri-utérins, méconnus.

Aussi doit-on, avant de recourir à ce procédé, se bien assurer préalablement de l'état de l'utérus et de ses annexes. Il y a également à se prémunir, par une surveillance attentive, contre la possibilité d'une atrésie consécutive du col. Enfin, après la cautérisation, il reste à combattre l'état chloro-anémique consécutif aux pertes et à recommander le repos jusqu'au moment des premières époques menstruelles.

Parmi les observations recueillies dans le service de M. Siredey, et qui sont rapportées dans ce travail, on remarque quatre cas de métrorrhagies dues à des métrites internes granuleuses guéries : l'une après deux cautérisations, une autre après une seule et les deux autres après trois cautérisations.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

(DEUXIÈME SÉRIE)

PREMIÈRE LEÇON

Monsieur le président, messieurs,

Le résumé de ce cours montrera plus en détail les sujets traités, mais il est peut-être utile d'énumérer succintement les principales propositions que je vais essayer d'établir dans le temps limité dont je dispose. Les voici :

1° La supériorité de la méthode moderne de ligature avec le boyau, coupé court et abandonné dans la plaie, n'exclut pas la compression.

2° Il y a des formes d'anévrysme de la carotide aisément curables par la compression ; et la compression de la carotide, quoique difficile et douloureuse tout d'abord, peut souvent devenir efficace, grâce à la persévérance du chirurgien et du patient. Pour ces raisons, la ligature de la carotide, qui jusqu'à présent a été une très-dangereuse opération, doit être évitée autant que possible.

3° Quand la ligature de la carotide devient nécessaire, il est souvent avantageux d'évacuer le contenu du sac et de lier le bout périphérique de l'artère.

4° L'opération de Brasdor sur la carotide, quoique rarement indiquée, n'en repose pas moins sur des principes anatomiques et chirurgicaux très-sains.

5° Les anévrysmes traumatiques et les blessures de la vertébrale sont souvent confondus avec les lésions de la carotide; mais de telles blessures doivent être diagnostiquées de celles de la carotide, et peuvent très-probablement être efficacement traitées par la compression ou l'opération ancienne.

6° Sous le terme d'anévrysme orbitaire sont apparemment comprises plusieurs affections. Quelques-unes de ces affections semblent susceptibles de guérison spontanée ou avoir peu de tendance à se terminer fatalement, et les autres très-probablement sont souvent curables par des moyens plus bénins que la ligature de la carotide, qui devrait, par conséquent, être évitée autant que possible dans cette maladie.

7° Il est possible, dans quelques cas rares, de diagnostiquer l'anévrysme intra-crânien et de le traiter efficacement.

8° L'anévrysme artério-veineux du cou est ordinairement, mais pas toujours, inoffensif.

9° Il y a beaucoup d'anévrysmes axillaires curables par compression, et on connaît déjà beaucoup d'exemples de cures obtenues par ce moyen.

10° Quoique M. Syme semble être dans l'erreur en disant que l'opération ancienne est préférable à la ligature d'Hunter dans l'anévrysme axillaire, il y a cependant des cas de maladies et plus rarement d'anévrysmes de cette artère dans lesquels on peut excuser le chirurgien de la préférer ; il doit toujours avoir présente à l'esprit, cependant, la nécessité possible d'amputer.

11° La manipulation ou quelque autre méthode de traitement local peut très-bien réussir dans quelques cas d'anévrysmes axillaires; mais l'expérience n'est pas encore faite sur ce point.

12° L'anévrysme brachial, traumatique ou spontané, comme aussi les anévrysmes semblables, situés au-dessous du pli du coude, peuvent être ordinairement traités avec succès en l'absence de maladie du cœur ; c'est cependant une fréquente complication de l'anévrysme spontané.

13° L'anévrysme artério-veineux du pli du coude cède communément à la compression convenablement exercée.

La grande question de la chirurgie moderne des anévrysmes consiste à savoir jusqu'à quel point il est possible de substituer la compression dans l'une ou l'autre de leurs formes aux opérations chirurgicales que la pratique nous a montrées si fatales. C'est une question à laquelle la statistique ne peut répondre que très-imparfaitement, parce que le succès du traitement dépend de beaucoup d'autres causes que de la nature du cas lui-même, comme de la présence d'un nombre d'aides suffisant, de la constante vigilance du chirurgien, de l'instruction convenable des aides, de la surveillance constante exercée sur l'agent compresseur, etc. Ainsi, une large proportion d'insuccès dans la pratique d'hôpital peut indiquer, non pas tant d'insuffisance de la compression, que l'absence de soins aussi minutieux que ceux que l'on aurait accordés à une opération sanglante. Il sera cependant fort utile de savoir ce qui s'est fait dans cette voie dans nos hôpitaux. J'ai donc adressé des questions aux divers grands hôpitaux du Royaume-Uni, et j'ai reçu une réponse de plus de trente d'entre eux, ce qui donne toute l'expérience recueillie par le traitement chirurgical des anévrysmes externes dans les dix dernières années, — 337 cas en tout. Je remercie sincèrement ceux qui, dans chaque hôpital, ont trouvé, malgré leurs difficiles devoirs, le temps d'entreprendre ce travail pour moi. En parlant de chaque forme d'anévrysme, j'aurai recours aux données de cette table pour montrer la fréquence relative de chacun, le traitement employé et le résultat qui l'a accompagné.

La table n'est pas exacte au point de vue statistique, puisqu'elle ne contient pas tous les cas qui se sont montrés dans chaque ville, ni toujours dans chaque hôpital ; mais elle contient, ce qui est toujours aussi utile pour le but que nous poursuivons, une longue liste de cas pris indistinctement, c'est-à-dire sans choisir ou repousser des cas rares ou intéressants.

L'insuccès fréquent de la compression dans le traitement de l'anévrysme me reconduit à une autre question que je traitais dans mes leçons de l'an dernier. Je veux dire l'effica-

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 octobre.

cité comparative de l'emploi de la ligature en corde à boyau phéniquée pour lier les artères. Quelques chirurgiens ont été tellement impressionnés de l'avantage de ce mode d'opérer, qu'ils croient que les ligatures d'artères faites d'après ce principe sont assez inoffensives pour supprimer la nécessité de recourir à la compression. Je ne puis en rien partager cette manière de voir, et j'espère n'avoir rien dit l'an dernier qui puisse lui donner le moindre fondement. Si l'on peut être pardonné de se citer soi-même, je vais lire quelques-unes des observations que je fis alors sur la supériorité probable de cette méthode sur l'ancienne manière de faire les ligatures.

« Ce cas (dans lequel je montrai la sous-clavière et les carotides d'un homme huit semaines après la ligature réussie avec la corde à boyau phéniquée) fournit une preuve anatomique certaine qu'il est possible de lier une grosse artère sur l'homme, de telle manière que la plaie puisse se réunir par première intention et que le malade ne soit jamais en danger d'hémorrhagie secondaire. Il montre de plus que la ligature en corde à boyau peut disparaître par absorption, le vaisseau n'étant pas divisé..... Mais je ne crois pas que la ligature en corde à boyau ou tout autre puisse être appliquée à une artère avec un succès parfait, ce qui veut dire en obturant sa lumière, en n'interrompant pas cependant sa continuité, à moins que l'artère elle-même soit aussi exempte que possible d'inflammation, c'est-à-dire à moins que des tissus environnants ne se prennent rapidement par première intention. Une artère exposée au milieu d'une cavité suppurante se rompra toujours et se divisera, je crois. » (*The Lancet*, 7 septembre 1872, p. 325.)

Dans une autre leçon, je dis que : « Il faut encore une longue expérience avant de pouvoir compter que des ligatures d'artères soient uniformément exemptes d'ulcération consécutive. »

En réalité, je pense que quiconque voudra me faire l'honneur de lire ce que je disais alors sur la ligature en corde à boyau ne pourra manquer de voir que j'attribuais l'immunité quant à l'hémorrhagie secondaire, — que nous avons obtenue jusqu'à un certain point par cette méthode et que, j'en ai l'espoir, nous obtiendrons plus sûrement dans l'avenir, — autant à la rapide réunion des tissus qui supportent et nourrissent l'artère qu'à la simple influence des matériaux employés. Il est vrai que la possibilité de cette réunion rapide dépend du caractère non irritant de la substance employée et de sa nature soluble.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas de syphilis du foie (L. Goldstein). — X. ., Américain, âgé de quarante-trois ans, ayant contracté la syphilis vingt ans auparavant, souffrait de douleurs rhumatoïdes dans l'épaule et tout le côté droit. Dans les derniers temps, il eut de l'ictère et un peu d'œdème des deux pieds.

Au moment où l'auteur examina ce malade, il était pâle, anémié, presque chauve. La peau et les sclérotiques présentaient une coloration jaune appréciable. Aucun autre phénomène d'origine syphilitique. Le jour qui suivit son entrée à l'hôpital, il eut une hématémèse et des selles sanglantes. A la percussion, le foie sembla diminué de volume. On diagnostiqua une cirrhose. Les jours suivants apparurent de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite. En même temps la fréquence du pouls augmenta (P. 100). La température resta normale. La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures ne dépassait pas 6 décilitres.

Bientôt survint une nouvelle hématémèse, et le malade mourut d'épuisement le jour suivant.

A l'autopsie, on trouva, surtout au voisinage du cardia, des érosions et une forte imbibition de la muqueuse gastrique. La cavité du péritoine contenait beaucoup de sérosité. Le cœur était en dégénérescence graisseuse. Le foie, très-petit, était recouvert d'une sorte de tunique qui lui adhérait fortement. A sa surface, on voyait plusieurs cicatrices anciennes. Le lobe droit contenait une masse conjonctive en forme de coin, au milieu de laquelle se trouvaient plusieurs noyaux caséeux, ayant toute l'apparence de gommes. Le tissu du foie était sillonné de tractus conjonctifs qui allaient rejoindre la capsule. Rien dans la rate et les reins.

L'autopsie ne fournit aucune autre donnée capable d'expliquer l'abondance des hémorrhagies. — (Berl., *Klin. Wochenschr.*, nº 19. 1876.)

Asphyxie à la suite du cathétérisme œsophagien chez un aliéné et produite par la pénétration d'un liquide vomi dans les bronches. — G. T..., âgé de cinquante ans, ayant des prédispositions héréditaires à la folie, avait souffert depuis quelque temps de sérieuses privations accompagnées d'impressions morales pénibles.

Depuis plusieurs années il était sujet aux éruptions pellagreuses, et déjà, dans le cours de l'année dernière, il avait présenté des symptômes peu douteux d'aliénation mentale.

Au mois de mars 1876, il devint taciturne, il dormait mal et pleurait sans raison.

Peu à peu survinrent les idées de suicide, et le 12 avril, il sauta d'une fenêtre haute de 5 mètres. C'est à ce moment qu'il fut envoyé par sa famille à l'asile d'aliénés de Florence.

On porta le diagnostic suivant : folie pellagreuse à forme mélancolique avec tendance au suicide.

Le 20 mai, ce malade refusa toute espèce d'aliments ; le 21 et le 22, on ne put rien lui faire prendre, sauf une cuillerée de potage qu'il vomit aussitôt. Le 24, voyant que toutes les exhortations étaient vaines, on se décida à recourir à la sonde œsophagienne.

Le malade fut placé dans la position horizontale, puis la sonde ayant été introduite sans difficulté, on injecta d'abord une faible quantité d'eau pure (140 grammes environ), sans que le patient donnât le moindre signe de douleur. Injection consécutive d'un peu de bouillon et de semoule (440 grammes). Pas d'accidents.

Après une suspension de quelques instants, on se disposait à injecter une seconde dose, lorsque survint un effort de vomissement. Il sortit un peu de semoule au dehors, mais la bouche resta remplie et le malade donna aussitôt des signes de suffocation. Malgré tous les soins (enlèvement de la sonde, respiration artificielle), il périt asphyxié.

A l'autopsie, on trouva qu'une partie du liquide vomi avait pénétré dans les bronches. La cause des vomissements était probablement un petit champignon cancéreux exulcéré siégeant sur la face postérieure de l'estomac au niveau de la tête du pancréas. — (*Archiv. ital. per le mal. Nerv.*, septembre 1876, et *Gazetta med. italiana prov. Venete*, p. 293.)

Traitement du diabète par la glycérine (Jakoles). — D'après Schultz, les diabétiques sont privés d'une partie de leurs aliments respiratoires par suite de l'excrétion morbide du sucre. La glycérine, qui ne peut subir la transformation glycogène, fournit les matériaux nécessaires à l'exhalation de l'acide carbonique et de l'eau qui se fait par la respiration. Elle permet ainsi à cette fonction de s'accomplir sans que les tissus soient altérés.

Du reste, il y aurait deux formes cliniques de diabète. Dans la première, un régime approprié est suffisant à la guérison. Dans la seconde, le régime et les médicaments sont insuffisants pour produire la guérison. L'auteur a vu la glycérine produire de bons effets chez deux malades appartenant à cette dernière catégorie. Voici la formule qu'il a employée :

Glycérine.	25 grammes.
Acide tartarique pulvérisé. . .	5 —
Eau.	700 —

à prendre en vingt-quatre heures.

En même temps, les malades font usage d'un régime presque exclusivement animal (œufs, chocolat, café, thé). Par cette médication, la

glycosurie diminua; mais le poids spécifique de l'urine resta le même (1050 à 1060). Pas de diminution du poids total du corps.

Chez le deuxième malade, la diminution du sucre dans l'urine fut plus sensible encore.

Jakoles attribue à la glycérine l'amélioration produite dans ces deux cas; il croit que si la densité de l'urine ne diminue pas en même temps que le sucre, cela tient à ce que cette substance se convertit en présence de la glycérine en une autre de même densité, mais qui ne donne aucun précipité en présence des réactifs ordinaires du sucre. — (*Virchow's Archives*, v. LX, H. 4.)

Myxosarcome de la cavité abdominale (Kelly). — Un enfant de quatre ans, souffrait depuis le mois de juillet 1875, de vives douleurs épigastriques accompagnées d'accès de fièvre revenant tous les jours. On sentait au niveau de l'épigastre et du côté gauche une tumeur dure qui paraissait adhérente au foie, et dont la zone de matité se confondait avec celle de cet organe.

L'enfant mourut, et l'on trouva à l'autopsie un myxosarcome contenant des fibres lisses et des fibres striées entremêlées. Le tissu fibreux était peu abondant et ne formait que quelques tractus sans importance.

Sur une autre coupe, on put constater la présence d'un foyer de sarcome formé de cellules rondes à gros noyaux, avec une trame mince et peu évidente. Il n'y avait en ce point aucune trace de fibres musculaires. — (*Philadelphia Med. Times.* 1876, p. 224, et *Centralblatt f. Chirurgie*, p. 574.)

Traitement du rhumatisme chronique polyarticulaire, par les injections sous-cutanées d'acide phénique. (Kunge). — L'auteur a employé une solution phéniquée à 1 pour 100 d'abord puis à 3 pour 100. Les injections hypodermiques ont été faites au voisinage des articulations malades. Les doses ont été calculées de manière à introduire jusqu'à 9 centigrammes d'acide phénique dans l'organisme. L'action de cette substance s'est fait rapidement sentir. L'influence sur les petites articulations a été peu marquée, tandis qu'elle a été très-sensible sur celles de l'épaule, du pied et de la hanche.

L'acide salicylique produit une amélioration sensible, mais moindre que l'acide phénique. — (*Berl. klin. Wochenschr.* 1876.)

Extirpation d'un myome utérin en partie calcifié et en partie putréfié (Jaffé). — Une femme de cinquante-trois ans, dont la menstruation avait été régulière jusqu'à l'âge de cinquante huit ans, vit apparaître à ce moment un écoulement purulent par la vulve, accompagné de douleurs hypogastriques. A la palpation, l'utérus paraissait volumineux. Au toucher, on pouvait reconnaître que sa cavité était en partie occupée par une masse molle, irrégulière, surmontée de concrétions dures à sa partie antérieure et imprégnée d'un liquide de mauvaise odeur. Le col fut dilaté avec l'éponge préparée, on extirpa la tumeur sans difficulté, et l'hémorrhagie qui suivit l'opération fut insignifiante.

L'examen microscopique du polype, montra qu'il était formé d'une substance fondamentale de nature conjonctive traversée par des fibres-cellules assez nombreuses. La tumeur était entourée *d'une coque calcifiée.*

La muqueuse utérine au voisinage était couverte de granulations qui donnaient lieu à la sécrétion fétide. — (*Berl. kin. Wochenschr.* 1876, nº 24, et *Centralblatt f. Chirurgie.*)

Rétrécissement de l'urèthre. — Dilatation progressive. — Accident rare. — Guérison (Poray-Koschitz). — Un homme de 26 ans avait eu, il y a huit ans, une blennorrhagie traitée par des solutions concentrées de nitrate d'argent. Strangurie épididymite du côté gauche. Un peu plus tard, dilatation progressive avec les bougies, pratiquée pendant un mois et demi sans amélioration notable. Depuis lors, le jet est toujours resté filiforme. Le rétrécissement passa par toutes les phases ordinaires jusqu'à la rétention complète et aux accidents d'urémie chronique. Au moment où ce malade fut pour la première fois soumis à l'observation de l'auteur, celui-ci put constater l'existence d'un rétrécissement occupant la plus grande partie du canal de l'urèthre. On put passer une sonde du nº 4 de la filière anglaise avec un mandrin, et assurer ainsi l'écoulement de l'urine. Aussitôt survint une contraction spasmodique de l'urèthre autour de la sonde. Celle-ci se brisa, et un fragment d'une longeur de 4 centimètres et demi resta engagé dans la portion membrano-prostatique. L'auteur en voulant pratiquer une boutonnière urèthrale ne réussit qu'à blesser le bulbe et à déterminer l'engagement de l'extrémité postérieure du fragment de sonde dans la vessie. L'extraction ne fut faite qu'au bout d'une heure et demie. Pendant dix semaines, le malade eut une fièvre très-vive accompagnant une infiltration urineuse limitée au voisinage de l'urèthre. On donna le sulfate de quinine à une dose telle, qu'il finit par produire une éruption confluente généralisée. En fin de compte, on constata une augmentation de volume de la prostate qui disparut comme tout le reste. Quand le malade sortit, on pouvait passer le nº 18 de la filière Charrière. (*Moskauer, med. Zeitung.* 1876, nº 14 et 16, et *Centralblatt f. Chirurgie*, p. 576.)

Contribution à la pathologie de la tuméfaction de la rate (Socoloff). — La tuméfaction rapide de la rate est un symptôme commun à presque toutes les maladies infectieuses, mais dont le mécanisme est encore inconnu. On pourrait admettre à priori que la rate augmente de volume dans ces cas, comme les ganglions lymphatiques à la suite des plaies envenimées, mais pour confirmer cette opinion il serait nécessaire de démontrer que la rate contient des éléments étrangers à sa structure et surtout ceux que l'on trouve dans le sang, pendant le cours des maladies infectieuses, tels que les bactéries et les vibrions.

Déjà Virchow en 1857 a vu dans un cas d'endocardite syphilitique, les ramifications de l'artère splénique obturées en partie par des masses granuleuses faciles à distinguer des détritus environnants. Waldeye a vu quelque chose d'analogue dans un cas de mycosis intestinal.

L'auteur n'accepte que sous toutes réserves les résultats expérimentaux de Birch Hirchfeld qui a cherché à démontrer l'influence de l'introduction directe des micrococcus dans l'organisme sur la tuméfaction de la rate.

Sur quatorze cas d'hypermégalie splénique observés chez des sujets morts de maladies infectieuses, l'auteur a trouvé :

1º Une augmentation simple de la quantité de sang;

2º Une hyperplasie conjonctive avec augmentation de volume des cellules spléniques;

3º Dans quelques cas seulement, des micrococcus.

De là il conclut :

1º Que cette dernière circonstance ne se présente pas nécessairement dans toutes les tuméfactions rapides de la rate;

2º Quand il existe des micrococcus, on les trouve en colonies dans les vaisseaux et la pulpe splénique; quelquefois ils obturent les vaisseaux, d'autres fois ils sont réunis entre les fibres du tissu connectif des trabecules.

3º Quand il existe des micrococcus, l'infection est de date récente.

Les autres expériences de l'auteur l'ont conduit à croire que dans tous les cas, il existe dans la rate des micrococcus au début des maladies infectieuses, mais que ceux-ci se détruisent à une période plus avancée. Ils produiraient une irritation locale, d'où résulte l'hyperémie et la prolifération des éléments cellulaires de la rate. Ils peuvent aussi apporter un obstacle au cours du sang. (*Virchow's Archiv.*, février, 1876.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. SÉE présente une pièce provenant d'une malade de son service, qui a succombé à des accidents asphyxiques causés par l'inflammation de la muqueuse du larynx résultant de la rupture d'un kyste développé dans le lobe gauche du corps thyroïde. D'autres kystes existaient dans cet organe. Celui qui a causé la mort formait au-dessous de la corde vocale gauche une tumeur aplatie, molle, présentant 2 centimètres longitudinalement et 1 transversalement, et faisant un relief de 5 millimètres. Le centre était déprimé en entonnoir. Elle était formée d'une substance rougeâtre, ramollie au centre.

RAPPORT

Frottements sous-scapulaires. — M. LE DENTU donne lecture d'un rapport sur des observations présentées par M. Terrillon, de frottements sous-scapulaires. Les faits recueillis jusqu'ici sont au nombre de dix-huit : la plupart appartiennent à M. Terrillon ; les autres ont été relatés par MM. Gaujot, Boinet, Demarquay, Galvani. Les symptômes ordinaires sont des craquements perçus au niveau de l'omoplate, avec sensation de frottements rudes, un léger écartement du bord spinal et du bord inférieur des omoplates, l'abaissement des épaules. Le siége le plus fréquent des craquements est au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Cependant, dans la première observation de M. Terrillon et dans celle de M. Gaujot, il se produisait à l'angle supéro-interne. Quant à l'étiologie, les observations semblent pouvoir être divisées en trois groupes : dans un premier seraient placés les cas qui résultent d'une saillie anormale des côtes et de l'omoplate avec usure du muscle sous-scapulaire ; le second comprendrait ceux qui résultent d'une simple atrophie du muscle sous-scapulaire, comme on l'observe chez les phthisiques et les sujets émaciés ; le troisième renfermerait les cas d'ankylose de l'épaule.

Sur les dix-huit observations, sept ne peuvent être rapporteés à ces causes, et l'étiologie en reste obscure. La profession semble aussi quelquefois avoir une influence. Dans plusieurs cas, les muscles répondaient encore à l'excitation électrique.

M. le rapporteur pense que la disposition congénitale de l'omoplate *en dedans* et l'amincissement congénital du grand dentelé sont des prédispositions à cet accident. Le traitement ne peut encore être indiqué bien nettement. L'électricité a souvent échoué ; M. Terrillon a obtenu de très-bons résultats de l'emploi d'un appareil prothétique bien fait.

Des remercîments seront adressés à l'auteur et son travail sera déposé aux archives.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. Badal, un instrument destiné à mesurer la réfraction oculaire, construit sur le même type que celui de Landolt, mais donnant, sous un très-petit volume, toute la série métrique, positive et négative, à l'exception du dernier numéro, dont on se sert bien rarement, à l'aide de dix-huit verres pouvant former soixante-dix-huit combinaisons.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

243. Dangerville. Etude sur l'impaludisme sans fièvre.
244. Soueix. Contribution à l'étude de la parotide secondaire.
245. Christy. De la tuberculose aiguë à forme asphyxique.
246. Bonamy. Contribution à l'étude du rétrécissement aortique.
247. Roche. Contribution à l'étude du mouvement de désassimilation chez le vieillard.
248. Lomüller. Des usages externes du chloral.
249. Clémence de la Loquerie. Essai sur la fièvre.
250. Ravacley. De l'électrolyse ou galvano-caustique chimique et de ses applications au traitement de certains trajets fistuleux.
251. Achintre. Étude sur le hoquet.
252. Mistarlet. Quelques cas de purpura chez les enfants.
253. Mouly. Contribution à l'étude de l'aï, de son étiologie en particulier.
254. Trillie. Contribution à l'étude de polyarthrite vertébrale.
255. Michaud. Étude sur le traitement curatif des varices.
256. Salesses. Étude sur les tumeurs fibreuses péripelviennes.
257. Amblard. De l'herpès fébrile (valeur sémiologique de cette éruption).
258. Bonnarme. Contribution à l'étude du pneumothorax. (De la transposition du cœur dans cette affection.)
259. Paris. Indications de la trépanation des os du crâne au point de vue de la localisation cérébrale.
260. Marmier. Utilité de la crémation des cadavres à la suite des grandes batailles et des épidémies.
261. Fea. Etude sur la transmission des bruits respiratoires, dans les grands épanchements pleurétiques.
262. Bacqué. Considérations médico-psychologiques sur la puberté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 26 octobre 1876, la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats, pour la production de leurs titres.

— Au moment de mettre sous presse, nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. Isambert, médecin de Lariboisière.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Renard, professeur de mathématiques appliquées, est nommé doyen pour une période de trois années, en remplacement de M. Chautard, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour la place de premier interne à l'hôpital Saint-André s'est terminé par la nomination de M. Dauzats, interne sortant de deuxième année.

Le concours pour cinq places d'internes titulaires a pris fin le 20 octobre. Ont été nommés par ordre de mérite : MM. Lacour, Tourrou, Boinet, Lagrange, Lafargue.

— Les étudiants en médecine et les étudiants en pharmacie qui sont admis à faire leur volontariat dans un hôpital militaire seront repartis dans les sections d'infirmiers suivantes : la 1re section, à Lille, recevra ceux du gouvernement militaire de Paris et du 2e corps ; la 14e section, à Lyon, recevra ceux des 7e, 8e, 12e et 13e corps ; la 15e section, à Marseille, ceux des 14e et 17e corps et du département du Rhône ; la 17e section, à Toulouse, ceux des 15e, 16e et 18e corps ; la 22e section, à Paris, ceux des 3e, 9e, 10e et 11e corps ; et la 24e section, à Versailles, ceux des 1er, 4e, 5e et 6e corps.

— *Policlinique de chirurgie des femmes* du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29. — Du 1er novembre au 31 août ; jeudis à neuf heures du matin, consultations libres ; à onze heures, leçon clinique libre. — Vendredis et samedis à neuf heures, leçons particulières.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par M. A. D'ESPINE, professeur de pathologie interne à l'université de Genève, et M. PICOT, médecin du prieuré à Genève. — Paris, 1877, in-8° de 599 pages. Prix : 6 francs. — J.-B. Baillière et fils.

L'Expédition de Kabylie orientale et du Ladna (mars-novembre 1871); notes et souvenirs d'un médecin militaire, par le docteur A. TREILLE. — Paris, 1876, in-8° de 194 pages. Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 127. — MARDI 31 OCTOBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 31 OCTOBRE 1876. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

§ 2. — *Epileptiques aliénés.*

Voici l'épileptique séquestré : il présente des troubles intellectuels presque permanents ou permanents ; il est aliéné et il est dangereux. Son état acquis d'aberration mentale se révèle de deux façons, soit par des accès très-particuliers d'agitation et de fureur, suivis d'accalmies plus ou moins durables et de retour provisoire à une lucidité relative, soit par une diminution assez profonde du niveau intellectuel et de la mémoire, avec dépression habituelle et voisine de la torpeur.

L'accès de délire maniaque débute parfois très-brusquement, comme tout ce qui appartient aux manifestations rapides et inopinées de l'épilepsie, mais il se fait annoncer souvent par de la céphalalgie, de l'accablement et de la tristesse, une expression distraite et un peu effarée de la physionomie, une certaine altération de la voix et même un vomissement. Tout à coup le malade ne tient plus en place : il parle, gesticule, s'excite, récrimine, menace, crie, déchire, brise, hurle, frappe et mord. Sa face se colore ; ses yeux sont brillants, presque flamboyants ; son regard est tragique, sa salive s'échappe. Terrifié par la vue du feu ou du sang, de cadavres horribles ou de spectres grimaçants, par des voix insultantes ou par d'infectes odeurs de soufre, de fumée ou d'excréments, rien n'égale la fureur de ses emportements. Poussé par une aveugle frénésie à tout broyer, à faire table rase de tout, il se rue sur le premier venu ou s'élance contre un mur. Il n'a presque plus rien d'humain.

Dans le cours de cette scène furibonde, l'épileptique est bien moins incohérent que le maniaque ordinaire. Il saisit ce qu'on lui dit et il y répond. Il rend compte de certaines choses et suspend ses vociférations pour donner un renseignement ou demander à boire. Et cependant tout à l'heure, après l'accès, il ne se souviendra de rien : idées, paroles, cris, violences, impulsions homicides et tentatives de suicide, tout sera pour lui lettre close.

L'accès est court. Au bout de quelques heures, de deux ou de trois jours, la convulsion mentale prend fin à l'improviste, et la trêve est signée. Silencieux, presque aphone, larmoyant, demi-stupide, le malade est comme écrasé. Ses traits sont altérés, fatigués, enlaidis ; ses mains tremblent. La connaissance lui revient peu à peu, et il sort enfin de cette lutte effroyable, comme l'on sort d'un rêve pénible ou d'un cauchemar aux visions atroces.

L'accès subséquent est calqué sur celui qui vient d'être esquissé. Là encore, les manifestations sont uniformément les mêmes. Les crises sont toutes des sœurs jumelles.

La fureur maniaque épileptique, peut aujourd'hui ne plus s'observer dans les établissements spéciaux et rester à l'état de souvenir clinique d'une époque passée. Le bromure de potassium, même lorsqu'il ne suspend pas les attaques convulsives, dans les cas les plus rebelles, supprime les violents et périlleux paroxysmes d'exaltation délirante. Il est la muselière de l'épilepsie. Les malades sont calmes, patients, moins querelleurs et beaucoup moins emportés. Ce fait, qui n'est ni fortuit, ni passager, a été déjà remarqué et signalé par MM. J. Falret, de l'hospice de Bicêtre, Arthaud, de l'asile de Lyon, Clouston, de l'asile de Cumberland et Williams, de l'asile de Northampton. Depuis l'introduction de la médication bromurée, en effet, la physionomie des quartiers d'épileptiques s'est notablement améliorée. Les malades se sont transformés, apprivoisés, civilisés. Il y a donc là une action médicatrice puissante. Le médecin inexpérimenté est le seul qui puisse douter, car l'esprit humain est ainsi fait, que l'on nie d'ordinaire ce que l'on ne sait pas.

En présence des résultats obtenus, les familles interviennent parfois et réclament la sortie de quelques-uns de ces épileptiques qui paraissent véritablement avoir été promus à l'honorariat de leur névrose. Si le traitement peut être continué au dehors, je fais droit à la demande, mais si le prix élevé du sel bromique ne permet pas la prolongation nécessaire des soins thérapeutiques, je m'oppose à la sortie. Non-seulement une rechute pourrait arriver un jour ou l'autre, à une date impossible à préciser, mais cette rechute ne conduirait-elle pas à un crime contre les personnes ?

Le bromure de potassium maintient indéfiniment le convulsif aliéné dans une apathique et inoffensive débilité, qui est

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5, 12, 17 et 24 octobre.

presque analogue à la seconde forme des troubles intellectuels permanents, dont il nous reste à parler.

Dans cet état, le malade affranchi des luttes à outrance, a subi une diminution très-appréciable de l'entendement, et il a la douleur de posséder une sorte de demi-conscience de cette infériorité acquise. Il fait preuve parfois de bon vouloir; porte secours à ses compagnons et rend compte du degré d'intensité de leurs attaques; remplit bénévolement l'office d'infirmier auxiliaire; descend sans maugréer aux plus répugnantes attributions de sa domesticité d'occasion; espère que chacun de ses accès sera le dernier; prend confiance en voyant autour de lui les crises s'éteindre et les sorties s'effectuer; annonce qu'il aura également son tour; fait et refait ses petits calculs; perd et reprend courage; se montre encore quelquefois difficile et quinteux, réclame et proteste à son heure; s'amoindrit lentement; s'accoutume au cloître, et finit par y passer une grande partie de sa vie, après avoir tant désiré le quitter. Un jour, une affection incidente se déclare, et le voilà qui s'acquitte de souffrir.

Dans l'intérieur d'un établissement spécial, on peut faire cette remarque que les épileptiques s'attirent et que les aliénés se repoussent. En s'attirant, les épileptiques complotent entre eux, font des projets d'évasion, récriminent avec aigreur contre le médecin, le surveillant ou l'infirmier, et, à l'époque où ils n'étaient soumis à aucun traitement efficace, la cabale pouvait aboutir à une explosion subite de violences, à un guet-à-pens et à un assassinat.

A l'asile de Marseille, le 24 janvier 1868, à deux heures de l'après-midi, K..., militaire, entré comme aliéné, mais épileptique méconnu à son régiment, déclara tout à coup qu'il ne travaillerait pas et menaça du poing le surveillant. Il fut conduit au quartier des agités et y rencontra l'épileptique B..., relativement tranquille et non camisolé. K... et B... se confièrent leurs griefs respectifs, prirent la résolution de s'insurger contre quiconque essaierait de les retenir, descellèrent une barre de fer, tentèrent de se frayer un passage, étendirent à leurs pieds un premier infirmier, puis un second qui accourut au secours de son camarade, et s'acharnèrent à broyer le crâne de chaque cadavre. Brandissant leur barre de fer, ils s'élancèrent du côté de la sortie, trouvèrent les portes closes, revinrent fouiller les infirmiers assassinés, s'emparèrent ainsi des clefs, passèrent dans une section voisine, et furent enfin désarmés, terrassés et garrotés, après les plus grands périls encourus par les préposés de l'asile.

Peu après cette horrible scène, K... se déclara très-malheureux, pleura, se désespéra, prétendit qu'il s'ennuyait, qu'il souffrait de l'estomac et qu'il voudrait aller voir sa mère, puis il s'excita de nouveau, proféra des menaces de mort et essaya de se ruer sur les serviteurs qui lui apportèrent des aliments. Il déclara au chef du parquet et au juge d'instruction, qu'il avait eu des flammes dans les yeux, qu'il avait entendu des voix qui parlaient de meurtre, qu'il a cru qu'on allait le tuer, que les gardiens étaient bien morts, qu'ils n'en reviendraient pas et qu'il avait vu leur cervelle sur le plancher. Il ne témoigne ni regrets, ni remords.

Quant à B..., il tomba dans un très-grand état de prostration, se souvint d'avoir reçu une barre de fer des mains de K..., ne se rappela point ce qui s'était passé et n'apprit la mort cruelle des infirmiers qu'avec l'indifférence la plus marquée.

Le 28 janvier, des obsèques solennelles furent faites aux deux victimes.

Dans l'observation si particulièrement douloureuse qui va suivre, on retrouvera encore quelques-uns des caractères fondamentaux de la criminalité épileptique.

C..., (Celorum-Edouard), tailleur, âgé de trente ans, protestant, très-peu aisé, ayant à nourrir son père, sa femme et plusieurs enfants, entre à l'asile public d'aliénés d'Avignon, le 17 mai 1856, en vertu d'un arrêté du préfet du Gard. Sa mère avait un caractère très-emporté et s'adonnait à la boisson. Son oncle paternel était somnambule et son cousin germain maternel était atteint de folie furieuse, avec impulsions homicides. Il sait lire et écrire, est très-laborieux, s'impose des privations et s'alimente d'une manière insuffisante. Il a perdu un fils et deux filles à la suite de convulsions.

Il s'est marié à l'âge de vingt ans et n'est devenu épileptique que trois ans après. Une nuit, il éprouva des mouvements convulsifs et fut pris d'un ronflement particulier. Sa femme se leva pour lui porter secours et s'aperçut qu'il était sans connaissance, qu'il avait la face violacée et noirâtre, et que sa bouche était remplie d'écume. A son réveil, il n'eut conscience de rien. Une attaque semblable se renouvela un mois après, et dès lors il en apparut d'autres, mais sans aucune trace consécutive de trouble intellectuel. Au bout de cinq ou six mois, les attaques disparurent, et on le crut guéri. Tout à coup, après une vingtaine de crises, qui se succédèrent presque sans interruption, C... devint furieux, voulait tuer quiconque s'approchait de lui et dut être attaché. A dater de cette époque, les mêmes fureurs reparurent de temps à autre, et, une fois, il faillit étrangler son père. Un autre jour, il était au lit et surveillé par deux personnes, quand il se leva précipitamment, s'élança d'un bond vers la fenêtre, rompit l'espagnolette, se jeta dans la rue et se blessa à la tête.

A l'asile d'Avignon, C... se montre calme, poli, orgueilleux et vantard; il ne convient pas qu'il soit malade et se croit très-supérieur de toute façon à tous ses compagnons. Son appétit et son sommeil ne laissent rien à désirer.

Quelques attaques convulsives surviennent, et on note à la suite de la demi-stupeur, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et de légères divagations. Une *aura* abdominale l'avertit qu'il va être malade, et avant de tomber il appelle lui-même l'infirmier. Dans l'intervalle des attaques, il a des vertiges.

M. le docteur Geoffroy, ancien député de Vaucluse, médecin de l'asile, officier de la Légion d'honneur, lui témoigne un sincère intérêt, s'occupe de lui, lui accorde le régime exceptionnel, lui fait quelques petits cadeaux, et le malade dans l'effusion de sa reconnaissance, l'appelle son « second père ». Et cependant, le 23 avril 1857, à onze heures du matin, C... prétexte une indisposition, se montre inquiet, réclame le médecin, et se place devant la porte du cabinet médical, dans l'attitude d'un homme souffrant et blessé, appuyé sur la jambe gauche, la main droite placée sur la poitrine et enfermée dans sa veste. Il voit s'approcher M. Geoffroy, lui dit qu'il a mal à la jambe, et, au moment où le médecin va se baisser, il le saisit et le frappe violemment au côté gauche. M. Geoffroy recule étonné. L'interne, M. Laurent, appelle du secours et se suspend au cou de C..., qui se débat avec force, cherche à s'élancer de nouveau sur sa victime, et brandit en l'air une forte paire de ciseaux, dont les deux lames sont placées en croix et assurées dans cette position par un mouchoir de poche, ce qui avait permis à l'assassin de se servir d'une des lames comme d'un poignard. On le désarme, on s'empare de lui et on l'enferme dans une cellule, puis on s'approche de M. Geoffroy, qui, stupéfait, pâle et chancelant, continuait à donner des ordres. Une heure et demie après, le médecin de l'asile d'Avignon n'était plus !

C... avait eu des attaques vers la fin de mars et au commencement d'avril. Le 21 et le 22 avril, on n'avait rien remarqué d'anormal chez lui. Son appétit était excellent et son sommeil tout à fait paisible. Le 23 au matin, il avait été à l'atelier des tailleurs, et y avait pris la paire de ciseaux. Dans la nuit du 23 au 24, il a eu une attaque d'épilepsie. Le 24 au matin, il est sans remords, ne sait ce qu'il a fait et paraît surpris du mécontentement courroucé qu'on lui témoigne.

L'enquête a démontré que, depuis quelques jours, C... avait entendu des voix venant de membres d'une société secrète, qui lui di-

saient que, *s'il ne tuait pas le médecin, il serait malheureux toute sa vie*. Il avait voulu tuer M. Geoffroy sur le coup, et il assure qu'il n'avait eu qu'à se louer de lui, qu'il l'aimait beaucoup, mais que, néanmoins, il est très-content de ce qu'il a fait. Les voix lui avaient également appris qu'il fallait frapper au côté gauche de la poitrine.

A la suite de ce crime, C... a été retenu en cellule et éloigné de tout contact avec les autres malades. Les attaques convulsives sont devenues fréquentes et presque toujours suivies de trouble mental, d'hallucinations des sens et d'impulsions homicides. Les périodes de calme et de lucidité ont été de courte durée. Dès qu'il revenait complétement à lui, il regrettait amèrement l'assassinat qu'il avait commis, se laissait aller à un véritable repentir, et s'accusait d'être un misérable; mais, dès que son intelligence commençait à se troubler de nouveau, il s'enorgueillissait de son crime et s'applaudissait d'avoir obéi aux ordres reçus.

C... est resté à l'asile, et il y est mort quelques années après.

Hausalter a rapporté dans sa thèse l'observation d'un épileptique, dont les tendances religieuses étaient très-accusées, et qui lança un jour, à peu près sans motifs, un violent coup de pied dans les parties génitales d'un aliéné. Cet acte de brutalité ayant consécutivement amené la mort, on mit le malade en présence du cadavre de sa victime, dans l'espoir que ce spectacle l'impressionnerait vivement et lui ferait tempérer ses emportements ultérieurs; mais il fut impossible de surprendre chez lui la plus légère trace d'émotion, et de lui arracher une seule parole de repentir.

Le trouble et l'égarement que les plus grands coupables sont souvent inhabiles à réprimer en pareille circonstance, sont un hommage à la conscience humaine: ils accusent celui qui les a ressentis, loin d'atténuer son crime. Mais lorsqu'une névrose extrêmement grave a rompu le fil conducteur de l'intelligence, enchaîné la volonté et voilé les sentiments effectifs, la société n'a plus qu'à constater une infortune immense et à se protéger contre les chances de récidive.

Dans les établissements d'aliénés, on emploie quelquefois, par une mesure d'humanité mal comprise, des épileptiques en qualité d'infirmiers. On conçoit que les convulsifs recherchent de préférence un emploi qui les met à même de se faire prescrire et distribuer gratuitement le médicament qui leur est indispensable, mais l'acceptation de ces malheureux est tout à fait inopportune. Aujourd'hui laborieux, dociles, conciliants, exacts, honnêtes, propres et dévoués, ils sont le lendemain paresseux, arrogants, taquins, négligents, voleurs, sales et violents. L'imprévu a trop de prise sur eux pour que l'on puisse leur confier avec quelque sécurité la moindre occupation rétribuée et hiérarchiquement contrôlée, dans l'intérieur d'un hospice spécial.

J'ai connu jadis un épileptique, chargé de balayer une salle à autopsies, qui fut trouvé en flagrant délit de tentative de profanation d'un cadavre. J'ai également soigné autrefois une préposée au service de la buanderie, qui, frappée tout à coup d'une attaque, tomba dans un lavoir et y trouva la mort. Et je me souviens enfin d'un épileptique, occupé à des travaux horticoles, qui se rua un jour, à coups de bêche, sur un dément sénile!

Il est pénible sans doute d'édicter une sévérité nouvelle contre des convulsifs que l'on expulse de tous les ateliers, et que l'on n'admet presque nulle part, qui errent sans ouvrage dans Paris, épuisent toutes leurs ressources et se trouvent sans abri, voués à tous les hasards et à tous les périls, mais pour obliger un épileptique, peut-on exposer trente ou trente-cinq malades? Poser la question, c'est la résoudre.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

Je puis maintenant recourir à d'autres cas pour montrer la réalité de la réunion après la ligature d'une artère sans aucune division de sa tunique externe. On trouvera deux cas rapportés dans le *British medical Journal*, 24 septembre 1870, par le docteur Gibb, de Newcastle, et dans *The Lancet*, 4 janvier 1873, par M. Jessops, de Leeds; un autre encore d'un plus grand intérêt est rapporté par Ebenezer Watson, de Glasgow, dans le *Glasgow medical Journal*, mai 1870. Mais d'autres cas, qui sont venus à notre connaissance depuis l'année dernière, prouvent que cette méthode de ligature a aussi ses revers. Ainsi, Holden a publié un cas (*St. Bartholomew's hospital reports*, vol. VIII, p. 187) dans lequel la fémorale a été liée avec la corde à boyau. On remarqua un légère pulsation dans l'anévrysme le jour suivant et elle devint *considérable* le jour d'après; la plaie suppura abondamment, et le huitième jour après l'opération eut lieu une hémorrhagie qui fut instantanément fatale. A l'autopsie, on ne trouva pas trace de ligature, l'anévrysme s'était ouvert, et il y avait une petite perforation à bords déchiquetés au siége de la ligature, par laquelle s'était faite l'hémorrhagie. On ne décrit pas l'état de l'artère, on se borne à dire que les deux tuniques internes avaient été complétement divisées par la ligature et qu'il n'y avait pas de caillot dans le vaisseau. J'ai eu connaissance d'un autre cas dans lequel une ligature en corde à boyau se ramollit et laissa revenir la pulsation.

Je sais très-bien qu'on peut apporter des raisons plausibles de l'insuccès des cas ci-dessus (et de cas semblables qui sont sans doute arrivés) sans battre en brèche la méthode employée. Dans le cas de Holden, où l'artère se rompit, il est très-probable que les parois étaient friables et qu'une petite éraillure ou déchirure, — comme je vous en montrais l'an dernier un exemple sur une carotide, — peut avoir été causée par le simple fait de lier le vaisseau. Dans le cas qui m'est particulier, il se fit une rapide consolidation autour de l'artère, et la petite déchirure ne produisit aucun mauvais effet. Dans le cas de Holden, la suppuration arrivant, les tissus du vaisseau se ramollirent et cédèrent. La même chose serait évidemment arrivée avec la ligature en soie. Dans les deux cas d'insuccès cités plus haut, le relâchement prématuré de la ligature, qui permit le retour des pulsations, peut avoir été la conséquence de quelque erreur accidentelle dans la préparation ou même dans l'application de la ligature. Mais, sans discuter la valeur de ces applications, je préfère prendre des cas semblables pour montrer que la ligature des artères avec la corde à boyau, quelques précautions qu'on puisse prendre pour amener la réunion rapide, est exposée aux mêmes risques d'insuccès que tout autre procédé chirurgical que nous puissions connaître. Ceci n'invalide pas, à mon avis, la conclusion que c'est de beaucoup la meilleure méthode de ligature pour les artères qui ait été inventée jusqu'ici, puisqu'elle donne l'espoir d'obtenir la réunion par première intention, sans exposer à une hémorrhagie secondaire, ce qui est tout à fait impossible avec la ligature ordinaire en soie. On a eu la preuve anatomique, dans les cas cités plus haut (et très-probablement dans d'autres), que ce but a été atteint avec succès, et l'heureuse issue de

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 octobre.

beaucoup d'autres cas dans lesquels la réunion de la plaie a été obtenue soit par première intention, soit dans un temps plus court qu'il n'eût été possible si l'artère avait été divisée par ulcération, fait voir que c'est certainement le résultat habituel après cette méthode de ligature. L'occurrence possible d'hémorrhagie secondaire ou de relâchement prématuré de la constriction est un argument, non pas pour renoncer à un réel progrès dans ce département de la chirurgie, mais pour s'efforcer d'acquérir assez l'habitude des détails du manuel opératoire pour réduire au minimum la proportion des insuccès.

Il y a cependant loin de cet extrême à l'autre qui prétend que le malade a plus de sécurité avec cette sorte de ligature qu'avec l'emploi de la compression. Je ne dirai rien des dangers anatomiques qui accompagnent la dissection nécessaire pour exposer beaucoup des grandes artères, si ce n'est qu'il faut en tenir compte et que l'expérience du passé en chirurgie fournit assez de preuves de leur réalité, que très-vraisemblablement beaucoup d'entre nous pourraient renforcer de leur expérience personnelle et inédite. Mais nous savons assez tous la foule de dangers qui menacent le patient après la ligature des grandes artères, quel que soit le succès qui l'ait accompagnée, jusqu'à la guérison finale de la plaie et la consolidation définitive de l'anévrysme. Une part seulement de ces dangers dépend de l'ulcération du vaisseau, de telle sorte que si on pouvait prévenir cette ulcération d'une manière absolument certaine, le patient serait encore exposé à quelque risque (moindre, il est vrai, mais risque encore) de gangrène, de pyhémie, de suppuration du sac et toutes les autres conséquences d'opérations par instrument tranchant, desquelles il est complétement exempt tant qu'il y a un espoir de guérison par la compression.

J'ai peut-être, dans votre opinion, dépensé trop de temps à vous prouver ce que j'aurais dû considérer comme un axiome, n'eût été la situation élevée de quelques chirurgiens qui enseignent et qui agissent autrement, — à savoir, que la ligature doit être évitée dans toute forme d'anévrysme qui présente quelque chance de guérison sans opération.

Je passe maintenant à la première forme d'anévrysme de mon programme, celui de la carotide primitive.

Dans l'opinion générale, l'anévrysme de la carotide est le plus communément situé près de sa bifurcation, et cette opinion est probablement correcte, si l'on en juge par les spécimens de nos musées, ainsi que par la description des observations. Cependant un point quelconque de l'artère peut céder en cas de maladie, et tous les points peuvent être atteints de blessure, quoique la position plus superficielle de la partie supérieure du vaisseau fait que l'anévrysme traumatique est plus commun à ce niveau.

Je commencerai ce que j'ai à vous dire sur le traitement de l'anévrysme de la carotide primitive en appelant votre attention sur trois exemples que j'en ai choisis et qui montrent la possibilité de l'application des trois grandes ressources de la chirurgie dans son traitement.

Le premier est une préparation de notre musée, nº 1685. Il montre la facilité extrême avec laquelle la maladie eût pu, suivant toute probabilité, être guérie par la compression, puisque une courte interruption du courant dans la partie supérieure du sac, qui seule n'est pas oblitérée, aurait, sans aucun doute, été suivie de la continuation d'un travail déjà fort avancé. Il n'est pas non plus impossible que les couches les plus lâches du caillot à la partie supérieure du sac aient pu se détacher accidentellement, se placer dans l'ouverture du sac et produire ainsi une guérison spontanée. On connaît des exemples d'anévrysmes de la carotide guéris spontanément ou du moins sans intervention chirurgicale. Ainsi, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1867, p. 508, on cite un cas qui très-vraisemblablement se termina heureusement sous l'influence de l'abstinence. Ici, cependant, il faut reconnaître qu'il y a quelque doute à avoir, car on ne donne pas d'histoire détaillée de ce cas pendant la durée du traitement. Mais cette objection ne s'applique pas à un cas rapporté par le docteur Servall dans le *Canada medical Journal*, octobre 1864.

Le second exemple d'anévrysme carotidien est tiré du grand ouvrage de Scarpa. Il montre la partie antérieure d'une grosse tumeur provenant de la carotide primitive gauche par un orifice arrondi et relativement petit, qui ne pouvait pas être beaucoup au-dessus de la racine du cou. On voit que les tuniques internes (dans la figure) peuvent être distinguées à une petite distance de l'orifice. Sa tumeur acquit un volume considérable, de sorte qu'elle remplit et au delà l'espace qui sépare les deux carotides, elle doit avoir fortement déplacé la trachée et l'œsophage, et elle s'étend par en haut au delà de la bifurcation de l'artère. Dans ces conditions, la maladie devait être incurable; mais il doit y avoir eu précédemment une période où on eût pu appliquer un traitement avec quelque espoir de succès. L'artère a probablement été toujours inaccessible au-dessous de la tumeur, si ce n'est par une des plus dangereuses opérations de la chirurgie; mais quand la tumeur était plus petite, il devait être possible d'avoir prise sur l'artère, au-dessus de l'anévrysme. Si la compression sur le bout périphérique arrête ou du moins ralentit les pulsations, comme je le crois, la maladie eût pu être traitée de cette manière. En cas d'insuccès, il y avait espoir de réussir par l'opération de Brasdor.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 octobre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Relation entre les lésions du poumon et celles des ganglions trachéo-bronchiques chez les enfants. — M. Parrot désire appeler l'attention de la Société sur un fait d'anatomie pathologique des organes respiratoires chez les enfants. Les organes chez l'enfant, et, en particulier, les poumons, sont presque vierges; on les trouve, pour ainsi dire, à l'état natif, et il en résulte que lorsqu'une diathèse en puissance évolue dans ces organes, elle se montre dans toute sa netteté, et l'on peut suivre pas à pas, pour ainsi dire, toutes les phases de son évolution.

M. Parrot a surtout en vue, dans cette communication, la relation qui existe entre les lésions pulmonaires et celles des ganglions trachéo-hronchiques. Il ne veut pas parler des enfants nouveau-nés, chez lesquels ces ganglions ont un si petit volume, qu'il est impossible d'y découvrir la moindre altération. Mais il n'en est pas de même chez les enfants de un à six ans ou de la première enfance; l'observation chez ces derniers est si nette et si précise que M. Parrot croit pouvoir formuler cette loi, qu'il n'est pas une seule affection du parenchyme pulmonaire, chez ces enfants, qui ne se reflète d'une manière très-nette sur les ganglions bronchiques. Cela est si vrai qu'on peut dire que ces derniers sont le miroir des poumons. En effet, l'examen seul des ganglions bronchiqnes permet d'annoncer ce qu'on trouvera dans les poumons. Aujourd'hui M. Parrot limitera sa communication à la tuberculisation. Il n'y a pas, dit-il, de tuberculisation bronchique qui n'ait une origine pulmonaire. M. Parrot réfute l'opinion contraire qui a été émise par les hommes les plus consi-

dérables, tels que Laënnec, Rilliet et Barthez, Weist, Vogel, etc. M. Bouchut se rapproche un peu plus de la vérité, cependant il a publié une observation qu'il donne comme une exception, et qui, au contraire, confirme entièrement l'opinion de M. Parrot. En résumé, c'est une opinion erronée que celle qui admet l'existence de tuberculisations bronchiques sans tuberculisation pulmonaire. Depuis plusieurs années que M. Parrot a fait un très-grand nombre d'autopsies, il n'a pas trouvé une seule exception à cette règle que, chaque fois qu'on trouve des ganglions bronchiques tuberculeux, on trouve la même lésion dans le parenchyme pulmonaire. Toutefois, ces lésions pulmonaires sont parfois difficiles à découvrir, et il faut les chercher longtemps. Cette lésion pulmonaire est, en effet, souvent microscopique, et consiste en un petit noyau insignifiant, alors que la lésion des ganglions est très-étendue. Il est de règle, même, que la lésion des ganglions est toujours infiniment plus étendue que celle du poumon, mais elle est toujours de même nature et de même âge.

M. Parrot conclut en disant, que chez les enfants de la première enfance, il n'y a jamais d'adénopathies tuberculeuses trachéo-bronchiques sans lésion du poumon. Il faut rayer du cadre nosologique l'adénopathie tuberculeuse bronchique isolée.

Il fait passer sous les yeux de la Société plusieurs pièces destinées à montrer combien la lésion du poumon peut-être petite, comparativement à celle des ganglions trachéo-bronchiques.

M. TRASBOT rapporte un fait de pathologie comparée qui confirme entièrement l'opinion soutenue par M. Parrot. Chez un cheval atteint de la morve, lorsque les lésions auxquelles donne lieu cette maladie existent sur la peau, ce sont les ganglions sous-cutanés qui sont malades; si elles siégent dans la cavité malade, ce sont les ganglions de l'espace intermaxillaire qui sont atteints; enfin n'existerait-il qu'un seul tubercule dans le poumon, les ganglions bronchiques seraient toujours indurés; cela est tellement évident que M. Trasbot s'étonne de voir M. Parrot obligé de réfuter l'opinion contraire.

M. LABORDE, tout en reconnaissant le haut intérêt de la communication de M. Parrot, exprime le regret qu'il n'ait pas donné des détails cliniques en même temps.

M. PARROT fait observer que rien n'est plus difficile que de reconnaître la tuberculose bronchique chez les jeunes enfants. Il n'en existe aucun signe pathognomonique.

De la mesure de la couleur du sang. — M. MALASSEZ présente un appareil destiné à mesurer la couleur du sang.

De l'anesthésie des êtres vivants. — M. CL. BERNARD continue les expériences qu'il a entreprises sur l'anesthésie considérée comme un réactif général des êtres vivants. Il rappelle qu'il a démontré que sous l'influence des anesthésiques on arrête la germination des plantes, que dans un air chargé d'éther on empêche les œufs de se développer, etc.

M. Cl. Bernard a poursuivi ses expériences sur les animaux inférieurs, en particulier sur les anguillules. On sait que ces animaux, après avoir été desséchés pendant longtemps, reprennent leurs mouvements quand on les plonge dans l'eau. Mais ils ne les reprennent pas dans l'eau éthérée ou chloroformée. Le chloroforme pur les tue; dans le chloroforme étendu d'eau, ils sont seulement éthérisés; si on les plonge ensuite dans l'eau simple, ils recouvrent leurs mouvements. On peut répéter plusieurs fois l'expérience. Il y a cette différence entre l'éther et le chloroforme, que dans l'éther il est bien difficile de les immobiliser entièrement, tandis que dans le chloroforme ils sont absolument raides.

Comment agissent le chloroforme et l'éther pour produire cette abolition du mouvement? C'est une question encore à l'étude.

M. BERTHELLOT rappelle que l'éther et le chloroforme ont la propriété de coaguler l'albumine; il peut donc se faire des coagulations. On sait aujourd'hui que la sensitive, par exemple, renferme une matière de même composition que la substance cérébrale; les faits observés par M. Cl. Bernard pourraient donc peut-être s'expliquer par l'existence d'une matière analogue chez les animaux sujets de l'expérience.

M. CL. BERNARD partage l'opinion de M. Berthellot, et pense que l'éther et le chloroforme agissent de même sur tous les êtres vivants; il faut évidemment que la substance sur laquelle ils agissent soit identique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

Congrès international d'hygiène et de sauvetage à Bruxelles.

Dans la première semaine de ce mois, à la suite et comme couronnement de l'exposition d'objets relatifs à l'hygiène et au sauvetage qui venait d'avoir lieu à Bruxelles, il a été tenu dans cette même ville, un Congrès international par une réunion de médecins, d'ingénieurs, d'administrateurs, de statisticiens, de militaires, venus de presque toutes les parties de l'Europe, de France, d'Angleterre, d'Allemagne, d'Autriche, d'Italie, de Hollande, de Suède, de Norwége, de Danemark, pour se réunir aux savants de la Belgique, sous le patronage du gouvernement de ce pays, qui a présidé à son organisation. C'est là un événement trop important et qui nous intéresse par trop de côtés, pour que nous n'ayons pas cru devoir porter à la connaissance de nos lecteurs les résultats principaux qui sont ressortis des discussions, et les décisions prises à l'égard de quelques-unes des grandes questions qui y ont été débattues.

Vu le nombre et la variété des questions qui devaient lui être soumises, le Congrès s'est divisé en plusieurs sections: une première section, d'hygiène publique générale; une deuxième, d'hygiène médicale; une troisième, de sauvetage général; la quatrième, de secours en temps de guerre; et une cinquième, d'économie sociale.

Nous passerons rapidement en revue celles des questions, élucidées par ces diverses sections, qui nous ont paru devoir offrir un intérêt plus particulier à nos confrères, nous bornant à mentionner simplement les autres.

Deux grands questions d'hygiène étaient à l'ordre du jour de la section d'hygiène générale.

1° Celle des *conditions de salubrité auxquelles doivent satisfaire les hospices, les hôpitaux et les maternités, les hôpitaux temporaires et les ambulances.*

2° La question des *eaux, de leur mode de distribution, quantité, qualité*, etc.

Sur ces deux questions, les délibérations n'ont abouti à aucune décision. La discussion à laquelle la première a donné lieu, au sein de la section, n'a signalé aucun fait nouveau et n'a fait surgir aucune proposition formelle. La discussion engagée sur la seconde a laissé les esprits indécis sur la valeur comparative des eaux de source, de rivière ou de citerne, sur les véritables conditions de la salubrité des eaux, et sur les procédés chimiques ou autres, propres à déterminer les qualités essentielles que doit réunir une eau bonne eau potable. L'opinion qui paraît avoir prévalu est celle qui consiste à faire appel, pour cette détermination, non pas aux analyses chimiques seulement, mais à l'analyse physico-physiologique et surtout à l'analyse médicale.

Une troisième question soumise à la même section était ainsi formulée: Quel est le système le plus pratique pour débarrasser une ville de ses matières fécales et putrescibles et de ses boues? Indiquer les moyens d'épurer les eaux d'égout, d'utiliser les eaux vanne, d'empêcher l'altération des cours d'eau par les résidus industriels, de neutraliser les effets nuisibles du fumier, à proximité des habitations.

Un seul point de cette question très-multiple, paraît avoir été discuté avec de certains développements; c'est celui qui est relatif à l'écoulement des eaux d'égout sur des terrains propres à l'irrigation. Le rapporteur M. Depaire, professeur à l'Université de Bruxelles, s'est montré favorable à ce mode d'utilisation des eaux d'égout; et, dans le cas seulement où cette solution serait impossible, il se prononcerait en faveur d'une épuration chimique assez complète, pour l'écoulement du sewage par les cours d'eau.

On sait que le système de l'utilisation des eaux d'égout pour l'irrigation est, depuis quelques années, expérimenté à Paris, dans la

presqu'île de Gennevilliers, avec des résultats favorables à la culture et sans qu'il paraisse y avoir eu, jusqu'à présent, aucun inconvénient pour la salubrité. M. Mille, l'ingénieur français chargé de la direction de cette expérience, a répondu à plusieurs des objections qui ont été faites à ce système, et la question, bien qu'elle ait paru à plusieurs membres très-près d'avoir recu une solution favorable, reste suspendue néanmoins jusqu'à ce que l'expérience ait duré un temps suffisant pour donner tous les résultats attendus.

La section médicale d'hygiène avait à son ordre du jour plusieurs questions d'un intérêt peut-être plus immédiat pour nos lecteurs. Nous allons rapidement passer en revue les propositions dont elles ont été l'objet.

1° *Prophylaxie des maladies épidémiques.* — Le rapporteur, M. Charbonnier, examinant la question des quarantaines et des lazarets, trouve qu'on accorde trop d'importance à ces mesures sanitaires et pas assez aux soins hygiéniques. Pour le choléra, notamment, l'assainissement des quartiers pauvres de Calcutta (principal foyer cholérigène) lui semblerait le moyen le plus efficace pour combattre le miasme. Relativement aux lazarets, il indique quelques précautions de détail destinées à en assurer la bonne application.

M. Fauvel a soutenu à cette occasion l'utilité des quarantaines, qu'il considère comme indispensables pour les stations maritimes de la Méditerranée. Il concède, toutefois, que toutes les mesures prises jusqu'ici ne doivent être considérées que comme provisoires, et que les progrès de la science, de la chimie, et de l'hygiène surtout, pourront un jour nous débarrasser de toutes les mesures restrictives. L'avenir de la prophylaxie, a-t-il dit, est dans les mesures hygiéniques; le système quarantenaire n'est qu'un pis-aller essentiellement provisoire.

2° *Prophylaxie des maladies des animaux transmissibles à l'homme.* — Un rapport de M. Charbonnier sur ce sujet concluant, en présence de a terminaison toujours fatale de la rage, de la morve et du farcin, à l'impérieuse nécessité d'abattre les animaux malades pour empêcher la propagation de ces maladies.

Mortalité des nouveau-nés et des enfants en bas âge. — M. le docteur Kuborn, rapporteur, a résumé les causes de la mortalité en quatre termes : misère, ignorance et superstition, immoralité, institutions vicieuses. Dans le but de dissiper l'ignorance et de soulager la misère des filles mères, il propose l'établissement, l'extension ou la mise à l'étude des moyens suivants :

1° Statistique sur un plan uniforme des causes précises des décès;

2° Solliciter l'alimentation maternelle par des secours délivrés à domicile aux filles et aux femmes pauvres pendant une durée à déterminer, selon les circonstances;

3° Provoquer partout la création de sociétés protectrices de l'enfance; soutenir ces institutions et leur venir en aide au moyen de subsides;

4° Laisser aux femmes qui viennent accoucher dans les maternités la liberté de ne livrer leur nom que s'il leur convient;

5° Multiplier, en les soumettant à une surveillance médicale et administrative sévère, intelligente, les salles d'asiles et les écoles gardiennes;

6° Enseigner l'hygiène à l'école.

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Bertillon, Bouchut, Brochard, Buquet, Castiglione, Dumesnil, Dumont, Fauvel, Humbert, Janssens, Liouville, etc., la section a décidé que le rapport serait suivi de la proposition suivante : « Le Congrès émet le vœu qu'une enquête soit organisée dans chaque pays sur la statistique étiologique de la mortalité des enfants âgés de moins d'un an, que cette enquête soit effectuée sur des bases uniformes et qu'une commission internationale soit chargée de la rédaction du questionnaire d'après lequel devra se faire l'enquête. » Feront partie de cette commission : MM. Bertillon (pour la France); Beucke (Allemagne); Schleissner (Danemarck); Van Coyelle (Pays-Bas); Broch (Suède); Dunant (Suisse); Harwicke (Angleterre); Froben (Russie); Patrubany (Autriche); Juan Casterrada y Campos (Havane).

Démographie médicale. — M. Janssens (de Bruxelles) a lu un rapport sur les moyens d'uniformiser dans les différents États les statistiques de la mortalité pour les diverses professions, en tenant compte des habitudes des ouvriers et des substances qu'ils doivent manier. Le rapporteur, après avoir constaté le manque de documents pour établir une statistique mortuaire d'après les professions, a émis le vœu qu'une commission spéciale fût chargée d'étudier ce sujet. Ces conclusions ont été adoptées après un échange de vues entre MM. Bertillon, Baekh, Flinkenbourg, Proust, Fauvel, Kuborn et Beucke.

Dans le même ordre d'idées, M. Bertillon a lu ensuite un rapport sur les moyens d'utiliser pour la démographie les données de l'état civil, qu'il a terminé en exprimant le vœu qu'un contrôle sévère de la statistique soit établi partout.

M. Liouville, à cette occasion, a exprimé l'avis que le contrôle de cette statistique fût confié à des médecins. « L'Assemblée nationale française, a-t-il ajouté, s'occupe en ce moment de la question de l'assistance médicale, et il y a lieu d'espérer qu'elle inaugurera ce système de contrôle. »

Hospices spéciaux pour les enfants scrofuleux et écoles spéciales à l'usage des enfants rachitiques. — L'utilité de ces établissements a été soutenue dans un rapport de M. Kuborn, appuyé par M. Liouville qui a émis l'idée qu'ils devaient être institués dans des climats chauds, tels que l'Algérie.

M. Humbert a présenté un travail sur la prostitution et les mesures propres à la combattre.

M. le docteur Manouvriez fils (de Valenciennes) a donné lecture du mémoire sur les maladies et l'hygiène des ouvriers travaillant à la fabrication des agglomérés de houille et de brai, mémoire qui a déjà passé sous les yeux de nos lecteurs.

Constatation des signes de la mort. — Inhumation. — Crémation. — Dans un rapport sur cette question, M. Bergé s'est prononcé pour la création de dépôts mortuaires, très-utiles, a-t-il dit, notamment en temps d'épidémie, indispensables dans les agglomérations urbaines. Il a critiqué le développement des concessions à perpétuité et des caveaux de famille, qui augmentent au préjudice des vivants l'espace consacré aux morts. Enfin la crémation lui paraît préférable aux enterrements.

M. Bouchut a combattu les conclusions du rapport de M. Bergé et la plupart des motifs qui l'appuient, en se fondant sur ses propres recherches et ses nombreux travaux sur la certitude des signes de la mort. L'absence des battements du cœur pendant cinq minutes sur chacun des points de la région précordiale où on peut les entendre et la cardio-puncture, a-t-il dit, sont des signes absolument certaines. Il en a fait connaître deux nouveaux, qui sont la coloration grise du fond de l'œil vu à l'ophthalmoscope et l'abaissement de la température axillaire à 22 degrés au dessous de zéro.

Quant aux inhumations, M. Bouchut ne croit pas que les cimetières soient aussi dangereux qu'on le dit. Il serait impossible, suivant lui, de prouver que la mortalité du voisinage soit augmentée. La science n'a pas fait connaître la nature des miasmes qui s'en échappent et qui ne tuent ni les fossoyeurs, ni les jardiniers, ni les marbriers, etc. Les dépôts mortuaires sont inutiles et dispendieux. Le service de la vérification des décès par un médecin peut suffire. Quant à la crémation, ce serait un encouragement et une certitude d'impunité pour les crimes d'empoisonnement.

L'argumentation de M. Bouchut vivement combattue, au point de vue des inhumations, par M. le docteur de Paepe et par M. le docteur Charbonnier qui considèrent également la crémation comme le seul moyen de parer aux dangers du système actuel, est appuyée, au contraire, par M. le comte van Derstraten-Pontuoz, sur des motifs qui tiennent plus au sentiment qu'à la science.

M. Laussedat, rendant également hommage et au sentiment et à la science, exprime l'avis que la question n'est pas mûre et qu'elle a besoin d'être encore étudiée. La discussion est close sur ces paroles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Paris. — Les cours de la Faculté s'ouvriront, pour le premier semestre, le mardi 7 novembre 1876, à la Sorbonne.

Physique. — Les mardis et samedis, à une heure et demie.

M. P. Desains, professeur, ouvrira ce cours le mardi 7 novembre. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications.

Chimie. — Les lundis et jeudis, à une heure. M. H. Sainte-Claire-Deville, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 9 novembre. Il exposera les lois générales de la chimie; il fera l'histoire des métalloïdes.

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. — Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. Henri de Lacaze-Dutniers, professeur, ouvrira ce cours le samedi 11 novembre. Il étudiera les principaux groupes des vertébrés.

— On annonce la perte regrettable que vient de faire la Faculté de médecine de Montpellier dans la personne de M. le professeur Fuster. Ancien agrégé de cette Faculté, nommé professeur de clinique médicale à la suite d'un concours en 1849, et passé depuis, par voie de permutation, à la chaire de thérapeutique, M. Fuster a été, pendant les longues années qui ont séparé sa nomination au titre d'agrégé de son élévation au professorat, un des publicistes médicaux les plus actifs. Il a longtemps coopéré à la rédaction de la *Gazette médicale de Paris* et du *Bulletin de thérapeutique*. Il a laissé plusieurs ouvrages de longue haleine, parmi lesquels il faut placer au premier rang l'*Histoire des maladies de la France*, ouvrage où a été développée avec un véritable talent et une grande érudition la doctrine des constitutions médicales et épidémiques, et auquel il a ajouté plus tard, comme une sorte de complément, un volume sur les *Climats de la France*. Sa dernière publication a été un premier volume de la *Clinique médicale de Montpellier*, qui va rester probablement inachevée.

— Nous avons aussi le regret d'avoir à annoncer la mort de M. le docteur Delioux de Savignac, ancien médecin en chef de la marine, auteur d'un *Traité de pathologie générale*, d'une *Monographie de la dysenterie*, et de nombreux mémoires et articles de thérapeutique.

— *Hôpitaux de Lyon.* Le concours pour la nomination de dix-huit élèves internes vient de se terminer. Ont été élus : MM. Cassin (P.), Cassin (G.), Millsom, Petit, Larrivé, Rochat, Nodet, Bonnet, Sainclair, Rodet, Cognard, Gironde, Morel, Cartier, Ratier, Revillet, Bruyère, Bouzol,

Ont été nommés internes *provisoires* : MM. Auboyer, Hyvernat, Roussel, Robin, Rocher, Genevay, Clavier.

— Depuis le 1er janvier dernier, date de l'organisation nouvelle des secours médicaux de nuit à Paris, organisation due, comme on sait, à la persévérante initiative de notre distingué confrère M. le docteur Passant, 2,768 personnes ont demandé ces secours.

— Le ministre des travaux publics, accompagné de M. Tétreaux chargé de la direction des bâtiments civils, a visité avant-hier le muséum d'histoire naturelle. L'objet de cette visite était l'examen d'un terrain sur l'emplacement duquel l'administration se propose de construire différents laboratoires destinés à compléter les services de l'enseignement.

— M. le docteur Delefosse fera, à partir du 5 novembre inclus, à sa clinique, rue des Poitevins, n° 2, tous les dimanches à dix heures un cours pratique pour les médecins praticiens seuls : ils seront exercés aux analyses gratuitement. Les médecins qui voudront suivre ce cours sont priés de vouloir bien envoyer leur adhésion au professeur, rue Notre-Dame-de-Lorette, n° 14.

— M. le docteur Ch. Abadie, commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie, à sa clinique, rue Séguier, 17, le vendredi 3 novembre à deux heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Clinique odontologique du docteur Magitot. — De la variété rotation sur l'axe et de son traitement par la luxation immédiate. Leçons et observations recueillies par le docteur Pietkiewicz. — In-8° de 23 pages avec 16 figures dans le texte. Prix : 1 franc. — Paris, 1876, O. Doin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

Granules antimoniaux du docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, r. Montmartre.

DIGESTIF COMPLET.

Élixir eupeptique Tisy à base

de pancréatine, diastase et pepsine correspondant à la digestion des corps gras, féculents et azotés.

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une *stabilité* absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigrammes de diastase, 10 centigrammes de pepsine et 10 centigrammes de pancréatine.

Dépôt principal à la pharmacie faubourg Saint-Honoré, n° 20.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Huile de Foie de morue de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière, son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Sirop reconstituant

D'Arséniate de fer soluble de A. CLERMONT

Licencié ès sciences, ex-interne des hôpitaux de Paris. Pharmacien à **Moulins** (Allier).

L'Arséniate de fer **soluble** est reconnu d'une absorption, partant d'une efficacité plus régulière et plus sûre que celle de l'arséniate de fer **insoluble**.

Son emploi est naturellement indiqué dans la *chlorose, l'anémie*, la *cachexie paludéenne*, la *phthisie pulmonaire*, les *maladies de la peau*, les *névralgies*, le *diabète*, etc.

Chaque cuillerée à café représente exactement 1 milligramme d'Arséniate de fer **soluble**.

Ph. E. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris ET DANS TOUTES LES PHARMACIES. — Fl. 2 fr. 50. Vente en gros : E. Grillon, 27, r. Rambuteau, Paris.

Cie des Eaux minérales de LA BOURBOULE.

GRANDE SOURCE PERRIÈRE, { la plus arsenicale, très-chaude.

SOURCE DE LA PLAGE, SOURCE DE SEDAIGES, { sources très-arsenicales tempérées.

SOURCE FENESTRE N° 1, SOURCE FENESTRE N° 2, { sources arsenicales, froides.

Ces cinq Sources constituent une gamme médicale complète et très-puissante.

Dans leurs prescriptions, les médecins devront toujours désigner le nom de la Source.

Détail : Dans tous les Dépôts d'Eaux minérales et les Pharmacies.

Gros : S'adresser à la Ce DES EAUX MINÉRALES DE LA BOURBOULE, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), et à la PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE, 7, rue de Jouy, à Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Perles Larrieu au Cachou,

Cubèbe et Oléo-Résine de Copahu très-pure. Ce médicament constitue le plus puissant traitement antiblennorrhagique. — Dépôt toutes pharmacies. — 13, rue Turbigo, Paris, et chez Adrian, 11, rue de la Perle.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vésicatoire argocystique

EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN.

1re Médaille à l'Exposition de Paris 1875. Attestation des médecins en chef des *Hôpitaux* du Midi. Expérimenté dans les *Hôpitaux de Londres*. *Agit promptement, sûrement*, sans douleur, de 4 à 8 h. N'est pas camphré et ne produit *jamais la Cystite*.

VÉSICATOIRE INSTANTANÉ L. ROUVIÈRE

EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN

Agit en 1 h. et demie en moyenne. N'est pas camphré, et ne produit *jamais la Cystite*. — *Dépôt :* Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy. — A. Hugot, 19, rue Vieille-du-Temple, *Paris*. — Et chez l'inventeur, L. Rouvière, pharmacien à NIMES (Gard).

Élixir Chantrel, préparé au Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. Fremineau, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. Dose : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. Adultes : Une cuillère à bouche. Enfants : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez Desnoix et Ce, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. — REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, Paris, 22.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Koumys — Edward

ET

Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

N° 128. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1876. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'alimentation des enfants a été close hier après un discours de M. Hervieux, un échange de répliques entre MM. Magne, Hervieux et J. Guérin, et quelques courtes observations finales en manière de conclusion, par M. Depaul.

Nous avons bien souvent dit que, dans toute discussion, il y avait un malentendu qu'il fallait chercher à élaguer afin d'y voir clair au milieu des opinions contradictoires.

Comprendrait-on comment, sur des points de fait, des hommes dont on est habitué à priser haut le savoir et le jugement peuvent différer assez d'opinion, pour en venir à des écarts et à des contradictions dont l'assistance s'étonne, non sans raison, s'il ne s'était glissé entre eux quelque malentendu? Comment, par exemple, pour passer de la généralité à l'espèce, M. Magne à qui ses travaux scientifiques, autant que son esprit sage et réfléchi, ont valu une autorité incontestée au sein de l'Académie, aurait pu s'exposer à des protestations formelles de la part de plusieurs de ses collègues, et à s'entendre dire que les opinions qu'il venait d'émettre devant l'Académie étaient des erreurs dangereuses, et que les pratiques qu'il conseillait ne pourraient avoir que des résultats funestes, si cet honorable académicien n'avait été induit en erreur par l'expression d'une formule déduite d'un principe vrai dans sa généralité, mais manifestement exagéré dans sa forme, — premier malentendu; — et si ses contradicteurs n'avaient euxmêmes, de leur côté, forcé exagérément les applications que M. Magne proposait de faire, dans de certaines limites, de l'alimentation des jeunes animaux à l'alimentation artificielle des enfants? — deuxième malentendu. — Les protestations qui ont accueilli la lecture de M. Magne eussent été fondées en effet, si, comme on avait pu le croire au premier abord et comme on le lui a prêté un peu trop gratuitement dans le cours de la discussion, il avait proposé, comme une mesure générale et d'une manière absolue, la substitution de l'alimentation artificielle à l'allaitement naturel. C'eût été par trop méconnaître les lois naturelles les plus élémentaires et les résultats de l'observation la plus vulgaire. Et sans aller jusqu'à invoquer les causes finales et à exhumer tous les lieux communs ressassés jusqu'à satiété, on aurait pu lui dire : Que ferons-nous du lait qui sort du sein de la mère, et que la nature semble avoir eu le soin d'approprier bien mieux que tout autre à la délicatesse des organes digestifs de l'enfant? Mais c'eût été prêter à M. Magne une opinion, qu'on nous passe le mot, absurde, et dont il s'est empressé d'ailleurs de se défendre.

Mais, ce qui n'est pas une vérité moins banale, toutes les mères ne sont pas également aptes à nourrir; et sans répéter ici ce qui a été dit cent fois sur les causes diverses, physiologiques, sociales ou autres, qui s'opposent trop souvent à l'allaitement maternel, n'a-t-il pas été établi par les statistiques qu'il y avait pénurie de bonnes nourrices en France, et qu'en somme, le lait de femme est en quantité insuffisante pour nourrir convenablement tous les nouveau-nés? Eh bien, c'est en présence de cette insuffisance des mères et des nourrices, de cette pénurie absolue de la somme de lait de femme, et peut-être souvent de sa mauvaise qualité, que M. Magne s'est demandé, si ce qui se fait utilement pour l'élevage des petits animaux herbivores, ne pourrait pas être essayé, exceptionnellement et pour les cas où le lait vient à manquer, pour les enfants nouveau-nés; et si, enfin, dans les cas même où l'allaitement a été fructueusement commencé, on ne pourrait pas grâce au même moyen, abréger la durée de l'allaitement au double avantage de la mère et de l'enfant, donnant ainsi aux uns supplémentairement, aux autres complémentairement, une alimentation choisie parmi des substances dont les propriétés alibiles sont expérimentalement démontrées.

Réduite à ces proportions, et dégagée des exagérations et de la forme un peu trop absolue dont elle avait paru d'abord embarrassée, la proposition de M. Magne n'était déjà plus si étrange, et, quitte à discuter sur le choix de l'alimentation complémentaire ou supplémentaire, on pouvait commencer à s'entendre sur certaines limites à fixer à la durée de l'allaitement maternel et dans quelques circonstances même sur son opportunité.

C'est, en effet, sur ce nouveau terrain que la discussion a été portée d'abord par M. J. Guérin qui, après avoir montré que les inductions fournies par l'élevage comparé des animaux appliquées à l'enfant étaient mal fondées et dangereuses, s'est demandé cependant, se rapprochant sur ce point seulement de M. Magne, s'il n'y avait rien à réformer, à perfectionner dans les idées et la pratique actuelle de l'alimentation des nouveau-nés; si, par exemple, l'allaitement trop prolongé, qui semblerait entrer un peu dans les tendances de la commission de l'Académie et de son rapporteur, n'avait pas des inconvénients auxquels on obvierait pour une alimentation artificielle convenablement ménagée et calculée sur la tolérance des organes digestifs; si l'allaitement artificiel, par le lait des

animaux, soumis à des règles précises, à des appropriations bien calculées, soit seul, soit combiné avec l'allaitement maternel, ne pourrait pas devenir un utile succédané de l'allaitement maternel, etc. M. Hervieux, dans la dernière séance, est venu apporter encore l'appui de son expérience sur ce même terrain de conciliation. Sans doute, comme tous ses collègues médecins, M. Hervieux s'élève, avec non moins de raison qu'eux, contre les prétentions de M. Magne à baser la réglementation de l'alimentation des enfants sur les faits de la zootechnie et sur les données de la chimie; mais il reconnaît avec M. J. Guérin, bien qu'en désaccord avec lui sur plusieurs points et entre autres sur l'idée d'une sorte de lait titré qui lui semble tout à fait défectueuse, qu'il y a aussi des études utiles à faire soit sur les indications de l'allaitement mixte et même de l'alimentation artificielle dans certaines conditions exceptionnelles, soit sur la limitation de la durée de l'allaitement naturel, par la mère, ou par une nourrice, limitation qui doit avoir pour base les diverses phases de l'évolution dentaire. Les développements donnés à ces deux points de vue de la question dans l'argumentation de M. Hervieux mériteront d'être pris en grande considération.

Enfin M. Depaul a terminé cette discussion par une boutade pleine de bon sens pratique, mais que les chimistes de l'Académie auront trouvée peut-être un peu hautaine à l'égard de l'intervention de leurs analyses dans la détermination des qualités constitutives d'un bon lait, pour laquelle il ne reconnaît qu'un seul réactif vraiment exact, l'enfant lui-même.

En résumé, de cette discussion sur un sujet qui paraissait avoir été épuisé par les discussions précédentes, et sur lequel d'ailleurs il semblait que l'expérience traditionnelle n'eût plus depuis bien longtemps laissé grand'chose à faire ni à dire, que pouvait-on s'attendre à voir ressortir de nouveau? En relisant un passage de Van Swieten cité dans le cours du débat, on se demande si l'on peut ajouter quelque chose aux conseils si précis, si justes et si sensés qui y sont exprimés en quelques lignes. Et à supposer qu'il y ait encore des points à éclaircir, ce n'est assurément ni sur les principes ni sur la généralité des faits qu'ils portent, mais sur les cas d'exception qu'il n'est même pas toujours possible ni facile de prévoir, et sur lesquels on ne saurait d'ailleurs formuler aucune règle absolue et invariable.

Nous n'abandonnerons pas ce sujet sans signaler, entre mille projets qu'il a fait naître dans l'esprit de médecins ou d'économistes assurément animés de l'esprit le plus philanthropique, le projet d'une fondation municipale pour l'élevage normal de la première enfance, qu'un de nos confrères M. le docteur Coudereau propose aux pouvoirs publics comme un des moyens pratiques de prévenir la mortalité excessive des nourrissons. Ce projet, qui ne serait pas tout à fait sans quelque analogie avec les idées de M. Magne sur l'alimentation artificielle, consisterait à créer dans les environs de Paris (et auprès de tous les grands centres de population si la chose était démontrée bonne et praticable) un établissement où seraient étudiées méthodiquement toutes les questions qui se rattachent à l'hygiène physique, alimentaire, intellectuelle et morale de la première enfance, en même temps qu'il deviendrait l'école des mères et des nourrices. A ces établissements, où les petits pensionnaires seraient répartis dans une série de pavillons reliés entre eux, sous la surveillance de nourrices ou d'éleveuses, suivant qu'ils devraient être élevés au sein ou à l'allaitement artificiel, seraient annexés, outre les dépendances indispensables, un service de surveillance relative à l'hygiène et à la santé sous la direction d'un médecin, et un laboratoire pour les observations scientifiques, les analyses chimiques et les pesages, etc.

Nous n'hésitons pas à dire qu'il y a d'excellentes idées dans ce projet, qui révèle de la part de son auteur une étude approfondie de tous les éléments de la question. Mais nous croyons que c'est aller bien loin pour trouver ce qu'il faudrait chercher auprès de chaque foyer, s'en rapportant pour la généralité des cas au sentiment maternel, comme l'accoucheur s'en rapporte le plus souvent aux soins de la nature pour une délivrance qui s'opère dans les conditions physiologiques; et pour les cas d'exception où ce sentiment viendrait à être mal dirigé ou mal servi par les circonstances, aux avis éclairés des médecins des familles en qui il faut bien croire assez de connaissances sur ce sujet, après surtout tout ce qui a été dit et écrit à cet égard dans ces dernières années, pour être à même de faire face aux difficultés qui peuvent se présenter.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Accès fébrile de cause inconnue chez une femme affectée de polype de l'utérus. — II. Douleurs et impotence du membre consécutives à une fracture du col du fémur.

I

Nous avons au n° 20 de la salle des femmes, une malade qui avait dû subir une opération hier, et chez laquelle j'ai été obligé de l'ajourner à cause d'un accès de fièvre assez singulier, et qui mérite d'être mentionné. Cette femme nous a été adressée par M. Vulpian, dans le service duquel elle était entrée pour des hémorrhagies utérines. M. Vulpian a bien vite reconnu que ces pertes de sang, qui étaient abondantes, étaient liées à l'existence d'une tumeur qui faisait saillie dans le vagin et se continuait dans la cavité utérine par une partie plus rétrécie, constituant par conséquent un pédicule, et qu'il s'agissait d'un polype.

Je n'ai pas voulu examiner la malade le jour même de son entrée dans le service. Elle l'avait été la veille au matin, par M. Vulpian, le soir par l'interne, et l'expérience m'a appris que les explorations multipliées sur une tumeur utérine qui saigne, paraissent être quelquefois l'occasion de développement d'une inflammation. Aussi ai-je préféré attendre pour faire du même coup, comme j'en ai l'habitude, le diagnostic et le traitement.

L'utérus est, en effet, un organe très-sensible. Les mouvements, les tiraillements qu'il subit l'exposent assez facilement à des inflammations aiguës, quand il est déjà le siége d'une inflammation chronique; soit que celle-ci soit limitée à l'organe lui-même, soit qu'elle occupe les parties avoisinantes, en un mot qu'il y ait métrite ou périmétrite. De plus quand, comme chez cette malade, il y a un polype un peu volumineux qui peut s'enflammer, et s'il ne l'est peut être déjà, les explorations sont susceptibles d'amener un excès de sécrétion morbide, ou de provoquer l'issue d'une certaine quantité de sang, qui se décompose dans l'utérus et devient le point de départ de septicémie. Bien plus, je redoute tellement dans ces circonstances de provoquer par l'exploration une inflammation de l'utérus plus intense ou une septicémie, que non-seulement j'ai l'habitude de faire en même temps le diagnostic et le traitement, mais encore que j'ai pris pour principe de faire l'opération sans prévenir la malade. En effet, aux causes que je viens de vous signaler comme capables de déterminer ces accidents redoutables, il faut joindre encore l'influence

morale. L'émotion vive que cause toujours sur les femmes la pensée d'une opération peut contribuer pour quelque chose au développement des accidents inflammatoires.

C'est donc pour ces raisons que je comptais faire le même jour le diagnostic et le traitement. Eh bien, soit parce que la malade avait été explorée à plusieurs reprises, soit simplement par le seul fait de l'exaspération d'une maladie inflammatoire existant dans l'utérus et entretenue par un polype volumineux, soit pour toute autre cause indépendante de la maladie utérine, et dont l'action nous échappe, ce qu'il y a de certain, c'est qu'hier matin, au moment où je me proposais de faire l'exploration et l'opération projetées, j'ai trouvé la malade dans un état fébrile très-marqué. La peau était chaude, la température axillaire s'élevait à 40 degrés, et le pouls battait 125 pulsations par minute.

Cet accès de fièvre avait commencé la veille au soir, par quelques refroidissements qui, au dire de la malade, seraient même allés jusqu'à de véritables frissons. Le lendemain matin, elle avait mal à la tête, elle accusait des douleurs dans les reins; la peau était chaude, le pouls fréquent, la soif vive, l'appétit nul.

Qu'était-ce que cette fièvre? Hier matin, elle ressemblait à ces accès fébriles qui annoncent le début d'une fièvre éruptive et celle-ci paraissait d'autant plus possible que la malade présentait au menton une coloration rouge, semblant indiquer qu'une éruption se préparait. Le mal de rein dont elle se plaignait pouvait surtout faire penser à une variole. D'ailleurs ne pouvait-il pas s'agir encore d'un érysipèle ou même d'une péritonite qui, dans certains cas, débute par des symptômes analogues, sans douleurs de ventre.

Quoi qu'il en soit, en présence de ces symptômes, j'ai dû ajourner l'opération que je me proposais. Enfin, ce matin, nous avons retrouvé la malade dans des conditions bien plus favorables. L'accès de fièvre était passée; la peau était bien encore un peu chaude, mais beaucoup moins qu'hier; enfin, la soif était moins vive et les envies de vomir moins fréquentes.

Quelles que fussent ma répugnance pour une exploration de l'utérus faite dans ces conditions, j'avais cru, cependant, devoir introduire mon doigt dans la cavité utérine pour rechercher s'il n'existait pas à la surface du polype quelque ramollissement qui fût le point de départ de ces accidents, en donnant lieu à une sécrétion de mauvaise nature. Il n'en était rien, car j'avais retiré mon doigt parfaitement sec. Mais, ce matin, en interrogeant la malade, elle nous a dit qu'elle était sujette à de pareils accès de fièvre et qu'elle les avait éprouvés déjà à différentes reprises. Elle appelle cela de la courbature. Peut-être, en effet, est-ce une simple courbature, un embarras gastrique qui deviendrait fébrile chez une femme anémique et ayant déjà subi des pertes de sang abondantes? Nous aurions alors eu là un simple phénomène indépendant de la maladie de l'utérus. Mais, d'autre part, il n'est pas impossible non plus que, cette fois et même les précédentes, l'utérus ait été le point de départ des accidents que nous avons observé. Pour ma part, je crains toujours la production d'accès de fièvre par septicémie, quand le sang séjourne et s'altère dans l'utérus, qui devient alors le siége d'une intoxication par le fait de la présence de ces détritus sanguins.

Quoi qu'il en soit, nous laisserons reposer la malade pendant quelques jours, puis, quand nous jugerons le moment favorable, sans la prévenir, nous ferons l'ablation de sa tumeur.

II

Nous avons au n° 28 bis de la salle des femmes une malade qui, à la suite d'une chute sur le côté droit, présente tous les symptômes physiques et fonctionnels d'une fracture du col du fémur. Ce qu'il y a de notable chez elle, c'est que la maladie date de deux mois et que, malgré le temps écoulé, cette femme paraît avoir la même douleur dans le mouvement, la même impuissance du membre que pendant les premiers jours.

Or, cela n'est pas une chose très-fréquente que de voir les malades atteints de fracture du col du fémur, souffrir et rester impotents de leur membre aussi longtemps.

Quand cela arrive, à quoi faut-il l'attribuer? Devons-nous chez cette femme rechercher l'explication de ces symptômes dans sa fracture? Je ne le crois pas. A la vérité je ne sais pas bien quelles en ont été les conditions primitives: vous savez que je n'hésite pas à vous dire que je suis toujours embarrassé pour diagnostiquer dans les premiers jours, si une fracture du col du fémur est intra ou extra-capsulaire, s'il y a ou non pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur ou dans le fragment trochantérien. Sur ces points, je n'ai que des présomptions. Peut-être ici, aurais-je supposé plutôt une fracture extra-capsulaire à cause de l'ecchymose dont elle était accompagnée, et des douleurs très-vives dont se plaignait la malade, symptômes qui indiquaient une déchirure considérable. De même j'aurais peut-être été amené à vous dire qu'il y avait pénétration, si, comme aujourd'hui, je n'avais pu corriger la rotation du membre en dehors. Ce sont là, en effet, autant de conditions qui appartiennent aux fractures extra-capsulaires du col du fémur. Mais, ainsi que je viens de vous le dire, il n'existe pas en clinique, de moyens certains d'affirmer qu'une fracture soit intra ou extra-capsulaire, avec ou sans pénétration des fragments. Quoi qu'il en soit, quand bien même j'aurais pu, dès le premier jour, établir le diagnostic d'une manière positive, je ne saurais encore trouver dans la fracture elle-même, la cause des accidents dont la malade se plaint aujourd'hui tardivement.

Or, si ces causes n'existent pas dans la fracture elle-même, peut-être tiennent-elles à quelques conditions de voisinage et à l'apparition ou à la continuation de certains phénomènes consécutifs aux fractures. Voici à quoi je fais allusion. Une fracture du col du fémur, c'est vous le savez, une solution de continuité après laquelle s'établit un travail de réparation de la part du tissu osseux. Ce travail de réparation n'est autre qu'une ostéite. Or, il pourrait se faire que l'ostéite consécutive à la fracture ait été très-douloureuse d'emblée, et que le travail de réparation se soit prolongé jusqu'à aujourd'hui à l'état d'ostéite douloureuse.

D'un autre côté, l'impotence du membre et les douleurs pourraient encore tenir à ce que l'ostéite, tout en se prolongeant jusqu'à ce jour, n'a pas été assez productive pour donner formation à un cal osseux. De la non-consolidation de la fracture résulterait ainsi l'impotence et les douleurs du membre, qui ne se trouvait plus alors dans les conditions normales pour la sustentation du corps.

Je ne suis pas complétement fixé sur ces points, parce que je ne sais pas précisément à quelle variété appartient la solution de continuité. Cependant, étant plus disposé à admettre l'existence d'une fracture extra-capsulaire avec pénétration des fragments, à cause de la difficulté qu'on éprouve à corriger la rotation en dehors, mon opinion est qu'il s'agit plutôt d'une fracture à forme douloureuse non consolidée. Cependant, comme il se peut que la fracture soit intra-capsulaire,

peut-être les douleurs tiennent-elles à la non-ossification du cal et à l'innervation du membre sous le poids du corps.

D'ailleurs, il est d'autres phénomènes de voisinage qu'on peut invoquer comme cause possible des douleurs et de l'impotence du membre. Je veux parler du cortége de symptômes qui accompagne l'arthrite. Il est, en effet, bien peu de fractures du col, même extra-capsulaires, qui se s'accompagnent d'une arthrite consécutive. Il y a des sujets chez lesquels ces arthrites se prolongent durant un temps très-long, pendant des mois, des années même, et sous la forme douloureuse. Mais le plus souvent, ces arthrites sont indolentes et passent à l'état sec sans s'accompagner nécessairement de douleurs.

Je vous propose donc, comme explication de ces douleurs et de l'impotence du membre chez la malade qui fait l'objet de cette leçon, un certain degré de périostéite, d'ostéite douloureuse, avec ou sans consolidation des fragments, et surtout la continuation, sous la forme douloureuse, de l'arthrite qui a été consécutive à la fracture.

Ceci m'amène à rechercher avec vous quel est le moyen d'éviter la prolongation des accidents que je viens de vous signaler et de l'arthrite consécutive, après une fracture du fémur. Il n'en existe qu'un seul qui soit réellement efficace, l'immobilité absolue et le repos horizontal du membre, avec ou sans appareil. Ici, il y aurait eu avantage à placer la malade dans un appareil, que celui-ci maintînt le membre dans l'extension ou dans la demi-flexion, parce qu'elle n'a pas eu la volonté de garder le repos, et qu'alors un appareil de Scultet ou à plan incliné l'aurait obligée à rester au lit. En effet, quinze jours environ après sa fracture, elle a commencé à se lever, et, depuis environ deux mois, elle n'a pas cessé de marcher. Il est probable, par conséquent, que chez elle le poids de la partie supérieure du corps, pressant sur la tête du fémur, a entraîné du côté de l'articulation l'état inflammatoire dont je la crois affectée.

Nous avons à notre disposition deux moyens, qui je l'espère, nous permettront de rendre à cette femme l'usage de son membre. Le premier c'est d'obtenir d'elle qu'elle garde le lit. Par le repos joint à l'application de quelques cataplasmes, de frictions avec le baume tranquille, les douleurs pourront disparaître peu à peu, au bout d'un mois, de six semaines. Le second moyen que nous lui conseillerons, sera, quand les douleurs seront assez apaisées pour que nous pensions qu'elle puisse commencer à se lever, de lui recommander l'emploi de béquilles. Une partie du poids du corps ne passant plus par les membres, ce sera pour la fracture une cause d'irritation de moins. D'autre part, ce sera un moyen d'éviter du côté de l'articulation les mouvements qui entraînent l'arthrite.

Nous saurons que la malade pourra commencer à marcher alors que, le membre supportant le poids du corps, elle accusera moins de douleurs. Nous serons averti de ce moment quand elle pourra détacher le talon du lit. Quand, en effet, les malades sont assez forts pour pouvoir supporter le poids du tronc avec l'aide de béquilles, quand l'arthrite a suffisamment diminué pour qu'ils puissent, sans inconvénient, se livrer à quelques mouvements, ils peuvent détacher le talon du lit.

Mais, autre question, arriverons-nous ici à ce résultat? Il est, en effet, des individus qui, à la suite d'une fracture du col du fémur, n'arrivent jamais à détacher le talon du lit et à pouvoir se lever sans souffrir. Ceci se voit chez les gens très-âgés, et surtout chez les rhumatisants. Or, notre malade a soixante-quatre ans, et cet âge n'est pas encore tellement avancé, qu'elle ne puisse faire un cal osseux; d'autant plus qu'elle n'a jamais eu de rhumatismes. Il est donc probable qu'elle recouvrera l'usage de son membre; mais ce ne sera qu'à la condition qu'elle garde au lit un repos absolu pendant quelques semaines.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire manuscrit de M. le docteur Charles Brame (de Tours) sur le traitement du prolapsus utérin.

2° Un travail manuscrit de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre) intitulé : *Réfutation de la doctrine du congrès international de Constantinople sur le choléra.*

3° Une lettre de M. le docteur Pacotti Felinto sur l'utilité des connaissances médicales dans l'instruction des jeunes gens et sur l'extinction de la syphilis.

PRÉSENTATIONS

M. Guéneau de Mussy présente, au nom de M. le docteur Macario, (de Nice) un travail manuscrit intitulé : *de l'Aphasie.* (Comm. des correspondants nationaux.)

M. Larrey, au nom de M. Oré (de Bordeaux), présente un volume intitulé : *Étude sur la transfusion du sang.*

M. Verneuil présente l'opéré de gastro-stomie dont il a entretenu l'Académie dans la dernière séance, et dépose sur le bureau l'observation complète de ce malade.

LECTURES

M. Rambosson lit un travail sur l'*Emploi de la musique dans le traitement des maladies.*

M. Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, lit les conclusions de deux mémoires : le premier sur l'efficacité de la cautérisation légère de la muqueuse pharyngienne contre certaines névroses de la tête coïncidant avec de l'amnésie, et sur le rôle présumé du ganglion cervical supérieur dans cette circonstance.

Voici les conclusions de ce premier travail :

1° La tête est le siége de certains troubles nerveux dont la localisation n'est pas encore précise.

2° La portion crânienne du grand sympathique doit y avoir sa part.

3° Dans ces cas, il est rationnel de penser que le ganglion cervical supérieur, qui en constitue le foyer principal est le point de départ du trouble.

4° L'importance anatomo-physiologique de ce véritable cerveau de la vie végétative de la tête doit entrer dans l'objectif de l'observateur, chaque fois qu'il s'agit de l'état névrosique de cette région.

5° L'observateur devra l'avoir particulièrement en vue, quand cet état névrosique sera rebelle aux moyens ordinaires de guérison.

6° Les rapports de ce ganglion avec la muqueuse pharyngienne font de cette dernière un lieu d'élection pour aboutir jusqu'à lui et à ses dépendances les plus éloignées par certains irritants.

7° Le badigeonnage de cette muqueuse avec la teinture d'iode m'a fourni des résultats remarquables dans les troubles nerveux essentiels. Il a été sans effet dans les troubles consécutifs à l'apoplexie.

8° Dans plusieurs cas compliqués d'amnésie, la mémoire a recupéré son aplomb. (Commis. : MM. Chatin, Charcot et Gubler.)

— La deuxième note dont M. Bitot a donné lecture est relative aux données expérimentales fournies par la ligature appliquée à l'amputation.

Le fait relaté dans cette note tend à démontrer:

1° L'influence du traumatisme sur le développement des tumeurs sarcomateuses, encéphaloïques chez certains individus;

2° L'opportunité de l'ablation hâtive de ces tumeurs pour prévenir soit leurs conséquences mortelles, soit l'amputation, si un membre est le siége du mal;

3° L'utilité de la constriction permanente, etc. (Commis. : MM. Richet, Verneuil et Gosselin.)

M. ROGER, au nom de M. le docteur Fabre (de Bordeaux) membre correspondant, lit une note intitulée : *Où doit-on placer les salles de dissection dans les nouvelles facultés?*

Suivant M. Fabre, le rez-de-chaussée choisi jusqu'ici est la mesure la plus mauvaise et la plus insalubre de toutes. En effet, sur huit espèces de gaz qui s'échappent d'un corps en putréfaction, cinq sont plus légers que l'air. Or, c'est en s'élevant de terre que ces gaz deviennent dangereux et vicient les couches d'air qu'ils traversent et qui entourent les habitations.

M. Fabre propose donc de placer les salles de dissection sous les toitures des habitations les plus élevées. Aux objections qui pourraient lui être faites, relativement aux inconvénients de la chaleur pendant l'été, de la fatigue pour l'étudiant et de la difficulté de monter si haut les cadavres, M. Fabre répond en faisant observer qu'on ne dissèque pas pendant l'été; que l'étudiant n'a pas cessé d'être l'étudiant de Béranger « dans un grenier qu'on est bien à vingt ans ; » et qu'enfin, grâce aux ascenseurs, la dernière objection tombe d'elle-même.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'allaitement. La parole est à M. Hervieux.

DISCUSSION SUR L'ALLAITEMENT

M. HERVIEUX. M. Magne, en soumettant ses idées sur l'allaitement artificiel au contrôle de l'Académie, n'ignorait pas qu'elles fussent en opposition directe avec les idées généralement admises. Car il le dit textuellement dans son travail. M. Hervieux exprime a ce sujet le regret qu'au lieu de tenter cette révolution, il ne se soit pas borné, comme certains politiques habiles, à faire tout simplement de l'opportunisme.

Et, en effet, dit M. Hervieux, parce que tous les médecins sont unanimes à condamner l'allaitement artificiel, il ne s'ensuit pas qu'ils soient fixés sur une foule de questions secondaires, il ne s'ensuit pas que nous possédions, bien et dûment codifiées, les règles qui doivent présider à l'allaitement des jeunes enfants, depuis la naissance jusqu'au sevrage. Non assurément, et si l'on consultait chacun de nous sur ces questions, il est présumable que nous verrions se produire bien des opinions dissemblables.

Ce n'était donc pas l'abolition de l'allaitement naturel qu'il fallait proposer, c'était la discussion de l'opportunité de l'allaitement artificiel dans certaines conditions déterminées.

La question ainsi posée comportait l'élucidation d'un certain nombre de questions secondaires que j'aborderai successivement, à savoir :

1° Jusqu'à quelle époque l'enfant doit-il être exclusivement nourri par le lait de sa mère ou de sa nourrice;

2° En quoi devra consister l'allaitement mixte ;

3° A quelle époque doit avoir lieu le sevrage ;

4° Dans quels cas pourra-t-on substituer sans inconvénient, dès les premiers mois qui suivent la naissance, l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel.

Sur le premier point, M. Hervieux se déclare tout à fait d'accord avec M. Magne, lorsqu'il proteste avec toute son énergie, contre les conclusions de l'auteur qui propose d'alimenter exclusivement les enfants avec le lait de leur mère ou de leur nourrice, jusqu'à la fin de la première année. L'éruption des premières dents doit être considérée comme la limite de l'allaitement naturel exclusif.

Sur la deuxième question, M. Hervieux dit qu'envisagée au point de vue théorique, l'introduction des substances proposées par M. Magne à un moment donné dans l'alimentation des jeunes enfants peut paraître excellente, mais qu'au point de vue pratique, elle serait détestable.

L'achèvement du travail de la dentition indique la limite ultime de l'allaitement, c'est-à-dire le sevrage. C'est du quatorzième au quinzième mois que l'on peut, dans notre climat, supprimer sans danger l'allaitement. La considération de la latitude n'est du reste pas indifférente au choix de l'époque du sevrage.

Enfin, sur la question de l'opportunité de l'allaitement artificiel, M. Hervieux ne peut dissimuler l'espèce de stupeur que lui a causée ainsi qu'à tous les praticiens, la proposition de M. Magne, de substituer l'alimentation artificielle à l'allaitement naturel, pour l'espèce humaine, comme pour les espèces animales. Toutefois, le premier étonnement passé, on se demande s'il n'existe pas des conditions soit générales, soit individuelles, dans lesquelles ce système pourrait avoir sa raison d'être. Les conditions de localité doivent être mentionnées au premier rang des conditions étrangères à l'individu. Parmi les conditions individuelles, la première est une puissance vitale propre à prémunir le nouvel être contre les influences pathogéniques.

Enfin les règles à suivre pour l'allaitement artificiel doivent être calquées sur celles qui ont déjà été posées pour l'allaitement naturel, c'est-à-dire en se basant sur les diverses périodes de l'évolution dentaire.

M. MAGNE considère l'argumentation de M. Hervieux comme une nouvelle démonstration des faits qu'il a portés à l'attention de l'Académie. M. Hervieux admet, en effet, qu'il n'est pas possible, d'une façon absolue, de compter sur l'allaitement maternel pendant un an.

Quant à la question posée par M. Magne sur l'emploi de la viande dans l'alimentation des enfants, M. Hervieux y a répondu en disant qu'il fallait recourir au jus de viande.

M. J. GUÉRIN dit que dans la question de l'alimentation artificielle des enfants, il faut séparer bien nettement l'allaitement artificiel de l'alimentation prématurée. Il rappelle les conseils qu'il a données relativement à l'allaitement artificiel et qui consistent à graduer les qualités nutritives du lait de vache suivant les facultés digestives de l'enfant. Il est bien évident pour tout le monde qu'on ne peut pas toujours avoir dans le lait maternel les éléments d'une alimentation suffisante. Or il est bien important de pouvoir déterminer si le lait maternel est supérieur ou inférieur au lait des animaux. De même, lorsqu'un enfant est soumis à l'allaitement artificiel, il faut obtenir un lait parfaitement en rapport avec les facultés digestives de l'enfant. Il est des cas, par exemple, où l'enfant ne digère pas le lait de vache, parce que celui-ci est trop fort et doit-être atténué. M. Guérin insiste sur l'influence fâcheuse d'une alimentation lactée trop forte. Il y a des femmes, dit-il, dont l'industrie consiste à élever des enfants au biberon, qui savent très-bien réduire la force du lait de vache aux facultés digestives de l'enfant ou mitiger ce lait suivant les cas, et qui, en agissant ainsi, obtiennent des résultats très-satisfaisants. En résumé, suivant M. J. Guérin, il faut arriver à *titrer*, pour ainsi dire, le lait servant à l'alimentation de l'enfant, que ce soit le lait maternel ou du lait de vache.

M. HERVIEUX n'admet pas qu'il soit jamais bon de couper le lait, comme on le fait si souvent, avec de l'eau pannée, de l'eau de riz ou d'orge. Si M. J. Guérin avait établi une distinction entre l'enfant malade et l'enfant bien portant, alors son opinion serait soutenable et pourrait être partagée. Mais, étant donné qu'il s'agit d'enfants bien portants, le mélange du lait avec d'autres substances est détestable.

M. J. GUÉRIN fait observer que M. Hervieux n'a pas bien compris ce qu'il a dit relativement à l'atténuation de lait servant à l'alimentation de l'enfant.

M. DEPAUL ne veut pas entrer dans la discussion, mais il est frappé de voir qu'il existe encore entre les opinions de ses collègues d'aussi grandes divergences sur des points de la question jugés et établis depuis longtemps. Pour tout praticien, il n'existe qu'une seule manière de *titrer* le lait, suivant l'expression de M. Guérin, c'est d'observer l'effet qu'il produit sur l'enfant. Très-fréquemment M. Depaul a été prié par les familles de faire examiner le lait, maternel ou autre, par des chimistes; or tel lait jugé chimiquement incomplet ou défectueux produisait sur l'enfant d'excellents résultats; tel autre, au contraire, reconnu parfait par le chimiste, donnait lieu à de mauvais effets sur l'enfant.

Ce n'est donc pas à la chimie que s'adresse M. Depaul pour juger de la valeur réelle du lait servant à l'alimentation de l'enfant, c'est à l'enfant lui-même qui lui répond par ses garde-robes ; ce sont la consistance, la couleur, et surtout l'odeur de ces dernières qui doi-

vent être scrupuleusement examinées et servir à juger des effets de l'alimentation.

On peut juger de l'état d'un enfant par la vue seule de ses garde-robes, et tous les jours M. Depaul en fait faire l'expérience à ses élèves de la clinique. C'est donc suivant l'état des garde-robes que le lait devra être ou non mitigé.

En résumé, il est absolument impossible dans la question de l'alimentation des nouveau-nés de dicter des règles précises, d'admettre des principes absolus. Dans la pratique, la conduite à tenir varie suivant diverses circonstances, et en particulier suivant la dentition dont on ne tient pas suffisamment compte.

La discussion est close.

La séance est levée à cinq heures.

L'École d'anthropologie.

Plusieurs journaux de médecine ont reproduit ou résumé, à propos de l'École d'anthropologie, un article inséré dans le *XIXe Siècle* qui renferme de nombreuses erreurs, sans songer à donner aussi la rectification insérée le lendemain dans ce même journal.

Voici exactement la vérité en ce qui concerne l'établissement de cette école.

La Société d'anthropologie de Paris, reconnue d'utilité publique dès l'année 1864, se trouvait trop à l'étroit dans le local qu'elle occupait rue de l'Abbaye, pour l'aménagement et l'accroissement constant de son riche musée, de sa bibliothèque remarquable et de ses annexes.

Au mois d'avril 1875, après avoir pris officieusement l'avis de M. le doyen Wurtz, la Société demanda au ministre d'alors M. Wallon, et non à M. de Cumont qui doit être mis hors de cause, l'autorisation de transporter son siége dans un local inoccupé de l'École pratique de la Faculté, faveur déjà accordée depuis longtemps à d'autres sociétés savantes, la Société de biologie, la Société d'anatomie, etc. Elle demandait aussi l'autorisation d'instituer dans le nouveau local un enseignement anthropologique pour lequel la ville de Paris avait promis une allocation annuelle (cette allocation a été votée depuis, par la ville et par le département). Le ministre transmit cette double demande à la Faculté de médecine; et, celle-ci ayant émis à l'unanimité un avis favorable, M. Wallon, à la date du 4 mai 1875, accorda l'autorisation demandée.

Le nouveau local affecté aux divers services anthropologiques, laboratoire, musée, bibliothèque, salle de séances et de cours, était situé au deuxième étage du bâtiment du musée Dupuytren et réduit encore à l'état de grenier. Les frais d'installation ne devant être supportés ni par la Faculté, ni par le ministère, un certain nombre de membres de la Société d'anthopologie souscrivirent le capital nécessaire. Les travaux de construction et d'aménagement, commencés en août 1875, n'ont été terminés qu'en juillet 1876, il ne pouvait être question de commencer les cours avant cette époque; c'est donc seulement au mois d'août dernier qu'une demande accompagnée de la liste des cours et des noms de professeurs a été présentée à M. Waddington. Aucune demande de ce genre n'avait été adressée à M. Wallon, qui, par conséquent, n'a rien eu à refuser.

Il n'est pas non plus exact de dire que la Faculté de médecine ait autorisé les cours dont il s'agit. C'est au ministre seulement que la liste a été présentée. Il est évident que la Faculté n'a pas de responsabilité à prendre à cet égard, puisque l'enseignement de l'anthropologie ne fait pas directement partie des études médicales.

Cours libres de l'École pratique.

Par arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique, en date du 31 août 1876, et sur l'avis conforme de la Faculté, MM. les docteurs dont les noms suivent ont été autorisés à faire, à l'École pratique de la Faculté de médecine, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-1877, des cours sur les matières ci-après indiquées, savoir :

M. Anger (Théophile). — Malformations chirurgicales, soit congénitales, soit acquises.

M. Barbaste. — Médecine hippocratique; son caractère, son esprit, etc.

M. Brochard. — Hygiène et maladies des nourrissons; état actuel des enfants trouvés. — Mercredis, à huit heures, amphithéâtre n° 3.

M. Dareste. — Embryogénie; faits fondamentaux de l'embryogénie normale et tératigénie. — Mardis et samedis, à quatre heures, laboratoire d'embryologie.

M. Debove. — Pathologie interne; maladies générales. — Lundis, jeudis et vendredis de quatre à cinq heures, amphithéâtre n° 1.

M. Delefosse. — Maladies des voies urinaires. (Le programme sera délivré aux personnes qui suivront le cours.)

M. Desmarres. — Maladies des yeux; chirurgie oculaire. — Lundis et vendredis de huit à neuf heures, amphithéâtre n° 2.

M. Dieulafoy. — Pathologie interne. — Lundis et vendredis à cinq heures, amphithéâtre n° 3.

M. Dujardin-Beaumetz. — Thérapeutique. — Mercredis à cinq heures, amphithéâtre n° 3.

M. Dubrisay. — Pathologie de l'enfance. — Mardis, jeudis et samedis à cinq heures, amphithéâtre n° 3.

M. Dubuc. — Maladies des voies urinaires; pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — Mardis, jeudis et samedis à cinq heures, amphithéâtre n° 2.

M. Falret. — Maladies mentales. — Mardis et samedis à quatre heures, amphithéâtre n° 1.

M. Fort. — Anatomie, descriptions et dissections. — Tous les jours à midi et demi, amphithéâtre n° 3.

M. Galezowski. — Pathologie interne de l'œil et ophthalmoscopie. — Mardis et jeudis à huit heures, amphithéâtre n° 2.

M. Gellé. — Otologie; exploration de l'oreille. — Mercredis à quatre heures, amphithéâtre n° 1.

M. Gorecki. — Maladies des yeux; de l'exploration de l'œil et de ses annexes au point de vue du diagnostic. — Lundis et mercredis à cinq heures, amphithéâtre n° 1.

M. Gougenheim. — Pathologie interne; maladies de tous les organes.

M. Hallopeau. — Pathologie interne. — Mardis, jeudis et samedis à quatre heures, amphithéâtre n° 2.

M. Joffroy. — Pathologie interne; maladies du système nerveux; maladies générales, (fièvres, maladies diathésiques); maladies de l'appareil digestif du foie. — Mardis, jeudis et samedis à huit heures, amphithéâtre n° 1.

M. Labadie-Lagrave. — Pathologie interne; maladies généralisées. — Lundis et vendredis à cinq heures.

M. Laurent-Préfontaine. — Maladies des voies urinaires; des affections de l'urèthre. — Mardis et samedis à quatre heures, amphithéâtre n° 1.

M. Legrand du Saulle. — Maladies mentales, avec leurs applications à la médecine légale. — Lundis et vendredis à huit heures, amphithéâtre n° 3.

M. Mallez. — Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — Mardis et jeudis à 7 heures, amphithéâtre n° 3.

M. Migon. — Accouchements. — Samedis à sept heures, amphithéâtre n° 3.

M. Moreau. — Physiologie générale. Les jours et heures seront ultérieurement indiqués.

M. Nepveu. — Affections septiques. — Lundis, mercredis et vendredis à quatre heures, amphithéâtre n° 3.

M. Onimus. — Application de l'électricité à la médecine; emploi des courants électriques dans les affections du système nerveux. — Vendredis à cinq heures, amphithéâtre n° 1.

M. Quinquaud. — Pathologie interne; maladies généralisées avec altérations du sang; maladies des organes; en particulier, maladies puerpérales; affections de l'organe hépatique. — Lundis et mercredis à quatre heures, amphithéâtre n° 2.

M. Rathery. — Pathologie interne; maladies exanthématiques fébriles et en particulier des fièvres éruptives. — Mardis et samedis à cinq heures, amphithéâtre n° 1.

M. Reliquet. — Maladies des voies urinaires; étude de toute la pathologie chirurgicale des voies urinaires des deux sexes et de celles

des voies génitales de l'homme. — Lundis, mercredis et vendredis à cinq heures. amphithéâtre nº 2.

M. Renaut. — Pathologie interne ; maladies du cœur. — Mardis, jeudis et samedis de huit à neuf heures, amphithéâtre nº 3.

M. Straus. — Pathologie interne ; maladies des appareils circulatoire, respiratoire et urinaire. — Lundis, mercredis et vendredis à huit heures, amphithéâtre nº 1.

M. Vérité. — Affections de la peau et syphilis ; étude des maladies générales; affections génériques ; traitement thérapeutique et hydriatique. — Mercredis et samedis à huit heures, amphithéâtre nº 2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Laboratoire d'histologie. — Directeur, M. le professeur Robin ; directeur adjoint, M. Cadiat, agrégé.

La salle des démonstrations sera ouverte tous les jours de une heure à trois heures à partir du 20 novembre. MM. les étudiants seront exercés aux travaux d'histologie aux heures que leur laisseront libres les dissections et les cours de la Faculté. Ceux qui veulent y prendre part sont invités à se faire inscrire dès à présent à l'École pratique, chez le chef du matériel.

Nota. — Le directeur prie les étudiants inscrits qui n'ont pas encore travaillé au laboratoire de se présenter le jour de l'ouverture à une heure précise.

— *Clinique de la Faculté. Hôtel-Dieu.* — M. le professeur G. Sée commencera son cours de clinique médicale le lundi 6 novembre.

Tous les jours visite des malades à huit heures. Les leçons publiques auront lieu trois fois par semaine à neuf heures et quart.

Les lundis et vendredis, le professeur traitera des maladies de l'estomac; le mercredi, de la thérapeutique appliquée. Les trois autres jours seront consacrés au diagnostic par les élèves.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Vidal reprendra le cours de ses conférences cliniques, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Jean, lundi 6 novembre, et les continuera les lundis et vendredis suivants.

Le lundi à neuf heures et demie, leçon sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique de la peau.

Le vendredi à neuf heures visite des malades et conférence clinique sur les affections cutanées.

— *Ecole pratique.—Cours faits dans les pavillons par MM. les prosecteurs et aides d'anatomie.* — Ces cours ont lieu tous les jours de trois à quatre heures.

Pavillon nº 1. — M. Berger. Splanchnologie, lundis et jeudis. — Pavillon nº 2. — M. Humbert. Névrologie, mardis et vendredis. — Pavillon nº 3. — M. Reclus. Myologie et angéiologie, mercredis et samedis. — Pavillon nº 4. — M. Campenon. Ostéologie et arthrologie, lundis et jeudis.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 novembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

1º Rapports de MM. Bonnefoy, Foucart et Morel d'Arleux sur les candidatures de MM. Audigé, Monceaux et Sabatié. — 2º Statistique médicale et démographique, par M. de Pietra Santa. — 3º Observation de tétanos suivi de guérison, par M. H. Bergeron. — 4º Deux rétrécissements : Contracture rhumatismale du col de la vessie, rétention d'urine, ponction vésicale, scarification uréthrale, dilatation, guérison, par M. Delefosse.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 129. — MARDI 7 NOVEMBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 7 NOVEMBRE 1876. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

§ 3. — *Epileptiques larvés.*

Il existe une catégorie d'individus qui, à des époques jusqu'à un certain point périodiques, sont susceptibles de présenter tout à coup des anomalies intellectuelles d'une durée très-brève, des étrangetés de caractère, des violences de langage, des écarts de conduite ou des impulsions fâcheuses, avec ou sans troubles hallucinatoires de la vue, parfois avec une véritable *aura*, mais invariablement avec la perte absolue du souvenir de tout ce qui a pu se passer pendant ces éclipses partielles de raison, de volonté et de liberté morale. Ces individus, qui accomplissent parfois les actes les plus inattendus, ne sont excentriques, immoraux, extravagants ou malfaisants qu'à leur heure ; et, chaque fois qu'ils sont repris de leur sorte d'absence, ils disent identiquement les mêmes mots, s'emportent de la même façon, profèrent les mêmes injures, commettent les mêmes actes et obéissent aux mêmes impulsions. Il y a là quelque chose comme un mécanisme à répétition, et, en face de ces retours d'une similitude uniforme, il semble, en vérité, qu'un objectif photographique ait surpris, circonscrit et immobilisé la manifestation vésanique, qu'il en reste un cliché indélébile et qu'une épreuve nouvelle soit tirée de temps en temps.

Ces individus, en dehors du début de la paralysie générale et de toute cause alcoolique, — et je tiens par-dessus tout à élaguer complétement la paralysie générale et l'alcoolisme du sujet qui nous occupe, — sont fréquemment pris, dans leurs moments de trouble, du besoin automatique de marcher tout droit devant eux, sans but défini, sans direction arrêtée ; et ils sont parfois loin de leur domicile ou du centre de leurs affaires lorsqu'ils reviennent à eux, abandonnent aussitôt leur course inconsciente et reprennent logiquement le droit chemin. Qu'on le sache bien, ces hommes qui, à des intervalles plus ou moins éloignés, vagabondent ainsi sans le savoir, sont affectés d'épilepsie fruste ou larvée. Chez eux, la symptomatologie est inachevée, et on ne retrouve que le côté intellectuel de la terrible névrose. La manifestation morbide est psychique : c'est l'épilepsie de l'intelligence. Le vertige, l'accès incomplet et l'attaque convulsive font défaut, ne se produisent que beaucoup plus tard, ou ne se montrent jamais.

En archéologie, on dit qu'une inscription est fruste, lorsqu'elle est en partie effacée et qu'il n'en reste qu'une ligne, qu'un mot, qu'une lettre, et même qu'un point seulement. A l'aide des signes qui ont été conservés, l'archéologue rétablit l'inscription perdue, et le numismate déchiffre une médaille altérée par le temps ; eh bien, le médecin, dans certains cas donnés, doit s'emparer d'un mot de la phrase morbide, et avec ce mot reconstruire la phrase tout entière. A Dublin et à Paris, Graves et Trousseau n'ont point agi autrement lorsqu'ils ont observé et décrit des pyrexies exanthémateuses sans exanthèmes, des catarrhes morbilleux sans éruption rubéolique et des anasarques d'emblée sans indices scarlatins à la peau. N'a-t-on pas décrit la pellagre sans érythème et ne diagnostique-t-on pas tous les jours la goutte chez l'enfant atteint de gravelle, chez l'adolescent qui a des accès d'asthme, ou chez l'adulte sujet à des migraines ? Et cependant, chez cet enfant, cet adolescent et cet adulte, la peau est nette et indolore, et les articulations sont libres.

— En 1861, je fus consulté par une famille d'artistes, au sujet d'un petit garçon de neuf ans, dont la méchanceté par instants n'avait point de bornes, et qui ne se plaisait alors qu'à tourmenter ses camarades, à maltraiter cruellement ses deux sœurs ou à faire souffrir des animaux. Fourbe, voleur, adonné à l'onanisme, il avait plusieurs fois essayé de mettre le feu et causait à ses parents une inquiétude et une affliction extrêmes. Le père de l'enfant était organiste, avait de son talent une opinion ridiculement exagérée et commettait de très-fréquents excès alcooliques. La mère donnait des leçons de piano, et, avec une intelligence et un dévouement hors ligne, elle tenait tête aux événements et suffisait à tout. Elle m'avoua un jour que l'un de ses frères s'était pendu.

Partant de cette idée, que l'épilepsie joue, sans que l'on y prenne suffisamment garde, un rôle considérable dans la perpétration des actes pervers qui amènent chaque jour tant d'enfants dans les colonies pénitentiaires, je me plaçai au point de vue d'une épilepsie larvée, de vertiges méconnus ou d'attaques nocturnes, et je prescrivis un traitement approprié. Au bout de six mois, sans que la mère du petit garçon, qui s'était privée de sommeil pendant un grand nombre de nuits, eût pu saisir le plus léger phénomène épileptique, une amélioration

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5, 12, 17, 24 et 31 octobre.

très-marquée se manifesta dans les dispositions intellectuelles, morales et affectives de l'enfant, et son placement put avoir lieu dans un petit séminaire, non loin de Paris. Seulement il fut convenu que le traitement serait repris tous les trois mois, pendant trente jours consécutifs.

J'avais été vivement frappé de ce fait, et j'en parlai, en 1864, dans l'un de mes ouvrages ; mais je perdis de vue la famille et mon observation resta incomplète.

En octobre 1872, un jeune sergent de chasseurs de Vincennes se présenta chez moi, de la part de sa mère devenue veuve et tombée dans une grande misère. C'était mon ancien petit malade, et j'appris de lui qu'on venait de le réformer, parce qu'il *avait des attaques du haut mal depuis quatre ou cinq mois !* Ainsi donc, guidé par quelques circonstances héréditaires, et surtout par l'état intellectuel spécial de l'enfant, j'avais reconnu très-longtemps à l'avance l'estampille de l'épilepsie. Qu'était ce jeune garçon, en 1861 ? Un épileptique larvé. Il n'a plus de crises convulsives, suit toujours un traitement, et est actuellement représentant d'une maison de quincaillerie.

— Voici un jeune homme très-intelligent et qui appartient à une famille d'un rang très-élevé. Il ne manque de rien et tous ses désirs sont comblés. Il a des goûts aristocratiques et des habitudes mondaines. Trois ou quatre fois par an, il éprouve à l'estomac une sensation particulière, toujours identique, et, dans l'espace de quelques secondes, il se sent envahi par une sorte de vapeur qu'il ne peut pas définir, et son intelligence se trouble aussitôt. Lorsqu'il recouvre sa lucidité, au bout de quelques heures et parfois d'un, de deux ou de trois jours, il est fort surpris de se trouver harassé de fatigue, très-loin de chez lui, en chemin de fer ou en prison, les vêtements en désordre, couvert de poussière et de boue, ne se souvenant de rien de ce qui a dû se passer et ayant dans les poches des porte-monnaies, des portefeuilles, des bijoux, des foulards, des porte-cigares, des canifs, des couteaux, des dentelles, des billets de banque, de l'or, des sous, des lettres, du papier à cigarettes, des sondes en gomme, un hochet, une médaille de sauvetage, deux tabatières, un sifflet, des clefs et des cure-dents. Un commissaire de police, qui a classé et numéroté tous ces objets, l'interroge sur leur provenance, et le jeune homme balbutie et déclare en rougissant qu'il ne se rappelle de rien, qu'il vient d'avoir *sa maladie* et qu'il est bien malheureux.

La famille en pleurs intervient aussitôt, produit des pièces établissant que des faits analogues et tout aussi inexpliqués se sont produits, que X... a volé dans les foules, à la sortie des théâtres, à son cercle, sur un bateau à vapeur, dans des hôtels ou dans les plus immondes réduits, et elle affirme que cela ne peut pas être une monomanie, puisqu'il n'a ni conscience ni souvenir de l'acte commis, et que cela ne peut pas être non plus le résultat d'un crime, puisque dans le milieu où il vit, et dans sa position de fortune, ce crime serait d'une absurdité inadmissible. Ne sait-on pas d'ailleurs que ce jeune homme est d'une scrupuleuse droiture, et d'une loyauté d'allures qui défient toute critique ?

Cette espèce d'*aura* se reproduisant trois ou quatre fois par an, ce trouble mental qui lui succède, cette amnésie et ces actes invariablement les mêmes, ont éclairé pour moi une situation que l'on trouvait embarrasssante et scabreuse. J'ai été d'avis qu'une épilepsie larvée faisait tous les frais de cette vésanie insolite et de cette anormale criminalité. — J'ai perdu de vue ce jeune homme et sa famille.

— En mai 1867, Philibert V..., âgé de vingt ans, assassine au coin de la rue Princesse, à cinq heures du matin, un paisible père de famille qu'il n'avait jamais vu et qui emplissait tranquillement un seau d'eau à la borne-fontaine. Il est arrêté rue de l'Ancienne-Comédie, son couteau sanglant à la main, et conduit au poste ; puis, après une sommaire interrogation, il est envoyé au dépôt de la préfecture et confié à l'examen du médecin de l'infirmerie spéciale des aliénés.

Placé dans mon service, à Bicêtre, Philibert V... me paraît au premier abord un garçon doux, raisonnable et incapable d'un mauvais sentiment. Il ne se souvient de rien, s'étonne d'avoir été renfermé et demande à retourner à son domicile.

J'interroge alors sa mère, et j'apprends que Philibert V... n'a jamais été atteint de maladies sérieuses, qu'il se porte habituellement très-bien, qu'il est sobre et bon travailleur, mais que de temps en temps il est original, bizarre, irascible, menaçant et qu'il fait volontiers des *coups de tête*. Il sort alors très-troublé, se dirige généralement du côté des bois de Meudon, et rentre tout courbaturé au bout de vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, et, de la meilleure foi possible, il ne peut dire où il est allé, ni ce qu'il a fait, ni où il a couché, ni ce qu'il a mangé ! Il se remet à travailler et redevient aussitôt ce qu'il était auparavant.

La veille du crime, Philibert V... avait passé toute sa journée à l'Exposition universelle, et il en avait rapporté des brochures protestantes qu'il lut pendant la nuit, malgré les supplications de sa mère qui l'engageait à prendre du repos. Il s'était levé très-exalté, s'était habillé avec bruit, avait injurié sa mère, s'était emparé du couteau de cuisine et était descendu furieux. C'est dans ces dispositions d'esprit qu'il tua la première personne qu'il rencontra.

Dès son arrivée à Bicêtre, je fus convaincu de la réalité de son amnésie. Sachant que l'aliéné se rappelle de l'acte criminel qu'il a commis, et que l'épileptique, au contraire, ne se souvient que très-incomplétement ou pas du tout de ce qu'il a fait, je n'hésitai pas tout d'abord à me faire une opinion.

Du mois de mai au mois de septembre 1867, il n'a présenté qu'une seule fois de l'excitation intellectuelle passagère et un état de demi-turbulence. Le 19 septembre, il fut transféré administrativement dans l'asile de son département, et, le 26 septembre 1870, il fut rendu à la liberté, sur la demande de sa mère, et après les plus actives démarches faites par elle. Son père, épileptique larvé, jadis traité à Bicêtre, puis tranféré en province, est mort récemment, en démence complète, dans l'établissement public d'aliénés qui avait abrité Philibert V... pendant trois ans.

A un moment donné, la sauvegarde d'un malade et de toute sa famille peut dépendre d'une simple précaution médicale. Toutes les fois, par exemple, que l'on se trouve en présence d'individus, qui ont éprouvé des singularités psychiques et somatiques, analogues à celles qui viennent d'être rapidement esquissées, on doit les attester dans une pièce datée, quasi-authentique, presque officielle, que l'on remet entre les mains du plus proche parent du malade et à l'insu de ce dernier. Comme il y a toujours lieu de prévoir la possibilité de rechutes semblables et de faits ultérieurs peut-être graves, cette pièce doit être légalisée par l'autorité administrative, déposée chez un notaire ou simplement revêtue du timbre de la poste, de façon que l'on puisse toujours avoir sous la main quelque chose qui fasse foi. Qu'on le sache bien : l'oubli de cette constatation, peut faire envoyer au bagne un épileptique vraiment digne des égards de la loi.

Si l'événement prévu ne se réalise pas, la précaution a été simplement inutile ; mais s'il se présente un trouble intellectuel subit et des actes délictueux ou criminels, dans des con-

ditions semblables à celles qui ont été spécifiées dans la pièce datée et tenue secrète, l'accusation tombe d'ordinaire, et la prévoyance perspicace du médecin s'élève à la hauteur d'un bienfait mérité.

DE L'INFLUENCE DES ANOMALIES DE LA RÉFRACTION

SUR LA PRODUCTION DES MALADIES DES VOIES LACRYMALES

Par M. le docteur BADAL.

La cause première des maladies des voies lacrymales est souvent fort obscure. Telle est probablement la raison de l'éclectisme avec lequel on énumère à ce sujet, dans les ouvrages classiques, toutes les causes banales qui ne pouvaient manquer de se présenter à l'esprit. Rien n'a été omis au tableau, si ce n'est la cause peut-être la plus fréquente, je veux parler des anomalies de la réfraction.

Il pourra paraître surprenant qu'un fait aussi considérable ait passé jusqu'ici inaperçu; pourtant, après avoir consulté avec soin nos traités classiques d'ophthalmologie les plus récents, je puis affirmer qu'il n'y est question nulle part des anomalies de la réfraction comme cause possible des maladies des voies lacrymales.

Diverses particularités, fort significatives et relatées par les auteurs modernes, auraient pu cependant les mettre sur la voie.

1° *Les maladies des voies lacrymales sont relativement rares chez les enfants en bas âge.* — Dans l'hypothèse d'une anomalie de la réfraction, l'explication du fait est facile. L'appareil de la vision ne pouvant éprouver quelque fatigue qu'à partir du moment où les enfants sont mis à l'école, c'est-à-dire vers l'âge de six ou sept ans, les conséquences fâcheuses de la myopie ou de l'hypermétropie ne sauraient se manifester avant cette époque.

Si la scrofule, les maladies du périoste ou des os de la face, les affections inflammatoires de la conjonctive ou de la membrane de Schneider, extrêmement fréquentes chez les enfants en bas âge, étaient la cause la plus habituelle des maladies des voies lacrymales, comme on paraît le croire, c'est surtout pendant la première enfance que ces dernières devraient apparaître; or c'est précisément le contraire qui a lieu.

2° *Les maladies des voies lacrymales sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.*—La raison en est bien simple. La plupart des femmes sont occupées à des travaux de couture qui les obligent à une attention constante; beaucoup d'ouvrières travaillent jusqu'à une heure avancée de la nuit et souvent à un mauvais éclairage. Si elles se trouvent myopes à un degré avancé, ou hypermétropes, elles imposent par conséquent une fatigue excessive au muscle droit interne ou au muscle ciliaire. Rien de semblable n'a lieu en général chez l'ouvrier. Pour lui, la fatigue de la vision est presque nulle.

Une alimentation moins réparatrice que celle de l'homme, et souvent insuffisante, en affaiblissant la puissance d'action des muscles qui président à l'accommodation et à la convergence, vient encore s'ajouter chez la femme aux causes d'asthénopie que je viens de signaler.

Cette explication de la préférence marquée des maladies des voies lacrymales pour le sexe féminin me paraît beaucoup plus conforme à la réalité que celle donnée par M. de Wecker, à savoir : la conformation des os de la face chez la femme.

3° *Beaucoup de malades se plaignent de troubles visuels qui ne sont autres que ceux de l'asthénopie accommodative.* — Il est impossible de s'y méprendre : fatigue rapide de la vue surtout marquée le soir à la lumière, clignements répétés, sensation de brûlure, douleur péri-orbitaire; injection presque permanente de la conjonctive, sujette à exacerbations. Quelques-uns ressentent de véritables douleurs névralgiques dans toute la moitié de la tête du côté du rétrécissement des voies lacrymales.

Tout en reconnaissant que cet état morbide de l'œil présente plus d'une analogie avec l'asthénopie des hypermétropes, M. Abadie, dans son livre, s'élève contre une pareille confusion et cherche à expliquer les troubles signalés par l'irritation continue que les larmes altérées font subir aux filets nerveux de la conjonctive et de la cornée, ou par une coïncidence d'une névralgie du trijumeau avec l'affection des voies lacrymales. Il avoue d'ailleurs que ce ne sont là que des hypothèses.

M. Galezowski, sans chercher aucune explication, énumère sous le titre d'asthénopie lacrymale un certain nombre de symptômes qui sont exactement ceux de l'asthénopie accommodative.

En réalité, ces malades sont bel et bien hypermétropes; presque toujours l'amétropie est peu considérable, ce qui explique jusqu'à un certain point qu'elle ait pu passer inaperçue.

Il est rare en effet, si l'accommodation n'a pas été paralysée par l'atropine, que l'examen de la réfraction à l'aide des verres de la boîte d'essai ou des optomètres, donne des résultats concluants; il est indispensable, en pareil cas, d'avoir recours à l'ophthalmoscope à réfraction.

L'hypermétropie n'est pas la seule anomalie capable d'amener à sa suite le rétrécissement ou l'oblitération des voies lacrymales; j'ai noté aussi bon nombre de cas de myopie. Enfin la différence de réfraction des deux yeux (anisométropie) m'a paru être une cause fréquente de ces affections.

On pourra s'étonner que des anomalies de sens contraire, la myopie et l'hypermétropie, puissent chez certains individus aboutir au même résultat. Tout d'abord, cela me parut singulier, mais en observant un plus grand nombre de malades, l'explication du fait se présente pour ainsi dire d'elle-même : *l'hypermétropie observée en pareille circonstance est généralement de faible degré; au contraire la myopie est de degré élevé.* Je ne sais si d'autres observations viendront modifier ce jugement. Voilà ce que j'ai constaté jusqu'à présent.

Assez souvent les hypermétropes sont en même temps presbytes, et j'ai fait cette remarque, que la plupart d'entre eux, par incurie, ignorance des règles les plus élémentaires de l'hygiène de la vue, ou encore par suite d'un parti pris bien arrêté, ne portaient pas de lunettes.

Le muscle ciliaire obligé de compenser, même pour la vision au loin, le déficit de réfraction statique, se trouve en état de contraction permanente. De là injection du globe de l'œil, qui se propage peu à peu par l'intermédiaire des tissus voisins à la muqueuse des voies lacrymales. Existe-t-il en même temps une étroitesse congénitale de ces conduits, ou une prédisposition aux affections catarrhales; une cause fortuite : fatigue excessive de la vue, impression du froid humide, contusion, etc., vient-elle ajouter son influence congestive à celle de l'asthénopie? Il n'en faut pas davantage pour que, à la simple congestion, — qui, souvent, a passé inaperçue pendant des années, — viennent succéder l'oblitération et les accidents qui en sont la conséquence.

Les clignements répétés auxquels sont sujets les amétropes ont pour effet de déterminer un appel exagéré de larmes. La suractivité fonctionnelle imposée à l'appareil d'élimination et le passage incessant d'un produit de sécrétion plus irritant que de coutume, sont autant de conditions favorables au développement de la phlegmasie catarrhale.

Reste à expliquer pourquoi les hauts degrés d'hypermétropie paraissent échapper à une complication aussi fâcheuse. En voici, je crois, la raison : toutes les fois que le déficit de réfraction est considérable, il arrive de deux choses l'une, ou bien que les malades viennent réclamer de bonne heure les soins de l'oculiste, sont pourvus de lunettes et voient cesser par conséquent l'asthénopie; ou bien que, ne faisant pas appel aux ressources de l'art et ne pouvant accommoder suffisamment pour avoir une vision nette des objets, à quelque distance que ce soit, ils finissent par y renoncer et se mettent à lire et à travailler à la façon des myopes, relâchant complétement leur accommodation et sacrifiant la netteté à la grandeur des images. Le fait est bien connu depuis les travaux de Donders.

Dans la myopie, ce n'est plus la fatigue du muscle ciliaire, mais bien celle du droit interne, qui est le point de départ des accidents. Et ce qui le prouve bien, c'est que la myopie observée en pareil cas est toujours considérable. La congestion ou même l'inflammation des membranes profondes qui n'est que trop souvent la conséquence de l'ectasie, vient probablement joindre son action à celle de l'asthénopie musculaire.

L'*anisométrie* me paraît jouer un rôle considérable dans la production des maladies des voies lacrymales. Presque toujours la différence de réfraction est faible, et cela s'explique parfaitement. On sait, en effet, que la vision binoculaire n'est possible, dans l'anisométropie qu'autant que la différence d'un œil à l'autre n'est pas trop considérable. Dans le cas contraire, un des yeux est exclu de la vision, à moins que le malade ne puisse se servir alternativement de l'un pour voir de loin, de l'autre pour voir de près. Or, il est d'observation qu'en pareil cas les yeux se fatiguent peu. Néanmoins j'ai noté quelques cas d'obstruction des voies lacrymales coïncidant avec une différence de réfraction considérable et ne paraissant reconnaître aucune autre cause.

Lorsque les deux yeux sont hypermétropes à des degrés inégaux, celui qui l'est le plus est souvent seul atteint. Cela tient aux efforts d'accommodation faits par cet œil pour combler la différence de réfraction. Je serais porté à le croire; pourtant on admet aujourd'hui, contrairement à l'opinion de Buffon, que deux yeux inégaux ne peuvent accommoder pour la même distance, tant la tension accommodatrice est synergique des deux côtés. Je déclare que les expériences faites à ce sujet en rendant les yeux artificiellement inégaux par le moyen d'un verre de lunette, ne me paraissent nullement concluantes. Rien ne prouve que les choses doivent se passer de la même façon dans des yeux anisométropes s'exerçant depuis l'enfance à égaliser leur différence de réfraction.

Je n'ai pas encore observé la coïncidence de l'astigmatisme et des maladies des voies lacrymales, ce que je ne puis expliquer que par le peu de fréquence des cas d'astigmatisme assez élevés pour déterminer des troubles de la vision.

Il est à peine besoin de dire que toutes les anomalies de la réfraction ne sont pas nécessairement suivies du catarrhe ou de l'obstruction des voies lacrymales. Quelques communes que soient ces dernières, elles sont heureusement rares comparées à la fréquence des cas de myopie ou d'hypermétrophie.

Une statistique portant sur un grand nombre de faits pourrait seule permettre d'établir avec quelque certitude quelle est la part afférente aux vices de construction de l'appareil dioptrique dans la production des maladies des annexes de l'œil. Je n'ai pas encore recueilli un assez grand nombre d'observations pour qu'il me soit possible de me prononcer à cet égard; le but de cette communication est surtout d'appeler l'attention de mes confrères sur la cause que je signale, et qui seule donne l'explication de ces cas jusqu'ici obscurs dans leur étiologie.

Je dois dire cependant, avant de terminer, que M. Giraud-Teulon. à qui j'ai fait part de mes recherches, m'a dit avoir observé depuis longtemps la relation de cause à effet qui lie entre elles l'hypermétropie et les maladies des voies lacrymales. Je suis heureux de l'appui que ne peut manquer de prêter à ma cause l'opinion du savant ophthalmologue.

L'enseignement à tirer de ces faits est qu'il est indispensable de donner aux malades des lunettes appropriées à l'état de leur vue, si l'on ne veut voir persister l'asthénopie accommodative ou musculaire, cause première des accidents pour lesquels ils viennent réclamer nos soins.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 novembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Érythème douloureux de la face d'origine cérébrale. — M. Ball rapporte l'observation d'une malade qui, le 20 mars 1876, fut subitement atteinte d'un gonflement douloureux de la moitié de la tête présentant tous les caractères d'un érysipèle au début. Cet érythème dura très-peu de temps et disparut brusquement du jour au lendemain. Vingt jours après, les mêmes phénomènes se reproduisirent avec la même intensité, la même rapidité dans leur apparition et les mêmes caractères. Cette malade présentait, en outre, divers symptômes indiquant la présence d'une tumeur cérébrale, et c'est à cette dernière que M. Ball rapporte ces accidents du côté de la face. Il rapproche ce cas de l'expérience de M. Cl. Bernard, qui consiste à produire, en sectionnant certains filets du nerf grand sympathique chez le lapin, une rougeur très-vive de l'oreille du côté correspondant à la section.

Du sang dans les anémies. — M. Hayem, à l'occasion de la présentation qu'a faite, dans la dernière séance, M. Malassez, d'un appareil destiné à mesurer la coloration du sang, fait connaître les résultats de ses recherches sur le même sujet.

En étudiant les caractères du sang dans l'anémie, M. Hayem n'a pas tardé à s'apercevoir du défaut de concordance existant, chez les anémiques, entre le nombre des globules et la richesse colorante de leur sang. Il fallait donc trouver un procédé qui permît d'apprécier ce pouvoir colorant du sang; en effet, si l'on se borne à n'avoir que le nombre des globules, on n'obtient qu'un seul des éléments du problème. Pour mesurer la richesse colorante du sang, M. Hayem installe sur une plaque de microscope une sorte de petite cuvette dont les dimensions constantes sont parfaitement déterminées, et à côté de laquelle se trouve, comme point de comparaison, un pain à cacheter dont la couleur égale celle du sang le plus riche en globules et en coloration. Appelant R la richesse du sang en hémoglobine, il a obtenu ainsi l'échelle suivante :

N° 1 correspondant à 6,000,000 de globules — R = 1
— 2 — 5,500,000 de globules — R = 0,96.
— 3 — 5,000,000 de globules — R = 0,833.
— 4 — 4,500,000 de globules — R = 0,666.

Cette échelle descend ainsi jusqu'au n° 15; mais, au delà du n° 7, les mélanges sanguins offrent une coloration si peu intense qu'il est à peu près impossible de l'apprécier. Il suffit alors de prendre une quantité double, triple ou même quadruple de sang.

Étant donnés ces deux éléments, N le nombre de globules et R la richesse en hémoglobine, il devient facile de déterminer la valeur réelle, individuelle de chaque globule, que M. Hayem désigne par la lettre G.

A l'état normal, il existe très-peu de différence dans la valeur de G entre les différents individus. Cette valeur est à peu près la même chez tous. M. Hayem n'a pas trouvé non plus qu'il y eût une différence bien marquée pour la richesse colorante du sang, entre l'homme et la femme. Cette différence existe, au contraire, très-manifestement entre l'adulte et l'enfant nouveau-né. Chez ce dernier, la valeur réelle des globules est supérieure à celle de l'adulte, ce qui s'explique par ce fait qu'il possède un moins grand nombre de globules.

Dans toutes les anémies chroniques, la valeur réelle du sang est très-inférieure à celle que l'on observe à l'état normal, à condition toutefois que le malade soit vierge de tout traitement. Certaines médications, en effet, et plus particulièrement le fer, modifient très-sensiblement les résultats de l'examen.

Dans les anémies extrêmes, les globules subissent une notable hypertrophie et, d'une façon générale, gagnent en volume ce qu'ils perdent en nombre; il en résulte que la valeur réelle de chaque globule a une tendance à se rapprocher de l'état normal ou même à le surpasser. Sous l'influence des traitements ferrugineux, dans les anémies profondes et anciennes, 100 globules altérés peuvent devenir équivalents à 100 globules sains.

M. Hayem a bien pensé à se servir, pour ses expériences, du colorimètre employé dans l'industrie; mais cet appareil nécessiterait l'extraction d'une quantité de sang considérable, ce qui ne serait pas sans inconvénients pour des anémiques. C'est pourquoi il le réserve pour les expériences sur les animaux.

M. Gubler, dans l'intéressante communication de M. Hayem, relève un fait important, c'est l'hypertrophie des globules dans le cours des cachexies. Il y a une quinzaine d'années, il a lui-même signalé ce fait, mais pour une seule cachexie, celle de la maladie bronzée. Dans le cas qu'il a pu observer, il avait remarqué une diminution notable du nombre des globules et une augmentation considérable de leur volume.

M. HAYEM fait observer que c'est là une règle générale pour toutes les anémies de quelque origine qu'elles soient, et que c'est un fait dépendant uniquement de l'intensité de l'anémie et tout à fait indépendant de sa nature.

De la recherche et du dosage des alcaloïdes dans l'urine. — M. BOUCHARD fait connaître un procédé pour la recherche des alcaloïdes dans les urines, procédé qui, par sa facilité et sa rapidité d'exécution, doit prendre place dans l'exploration clinique, et qui, par son extrême précision, donne tout ce que peut demander la rigueur scientifique. Il s'agit du réactif dont M. Bouchard a déjà entretenu la Société dans la dernière séance, c'est-à-dire de l'iodure double de mercure et de potassium. Si l'on a soin d'y ajouter de l'acide acétique et un excès d'iodure de potassium, on obtient, même dans une dissolution très-étendue d'alcaloïdes, un précipité dont les caractères sont d'être blanc, d'augmenter, sous l'influence du refroidissement, et de disparaître sous l'influence de la chaleur ou d'une addition d'alcool.

S'il s'agit de déterminer dans l'urine la présence de ces alcoloïdes il y a des causes d'erreur qu'il faut savoir éviter. Ces causes d'erreur sont au nombre de cinq :

1° Le réactif lui-même qui, s'il était préparé sans cet excès d'iodure de potasssium, pourrait demeurer sans résultat. Il suffit d'être prévenu de cette cause d'erreur pour l'éviter ;

2° L'alcalinité des urines qui peut donner lieu à un précipité blanc ; mais ce précipité, contrairement à celui des alcaloïdes, vire très-rapidement au gris, puis au noir ;

3° La présence de la mucine, mais ce précipité de mucine apparaît tardivement et ne disparaît ni par la chaleur, ni par l'addition d'alcool ;

4° La présence d'urates donne lieu à un précipité jaunâtre qui pourrait en imposer, par ce fait qu'il disparaît sous l'influence de la chaleur ; mais il diffère du précipité d'alcaloïdes en ce qu'il se développe tardivement, en ce qu'il apparaît d'abord dans la partie supérieure ou au milieu du tube, tandis que l'autre en occupe la partie inférieure, et surtout en ce qu'il persiste malgré l'addition d'alcool, tandis que le précipité d'alcaloïdes disparaît ;

5° Enfin la présence de l'albumine, mais le précipité albumineux, au lieu de disparaître, s'accentue et devient floconneux sous l'influence de la chaleur. Cela suffit pour le distinguer bien nettement du précipité d'alcaloïde.

Les alcaloïdes se trouvant dans l'urine peuvent être facilement dosés, à condition que l'iodure double de mercure et de l'alcaloïde soit peu soluble. On reconnaît facilement dans les urines la présence de six dix millionièmes de sulfate de quinine. On reconnaîtrait aussi facilement des quantités moindres de strychnine. On reconnaît aisément la présence de la quinine dans l'urine d'un malade ayant pris seulement quelques cuillerées de vin de quinquina.

M. Bouchard fera connaître ultérieurement les applications de ce procédé à la physiologie et à la pathologie.

Des substances communes au règne animal et au règne végétal. — M. DASTRES, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Cl. Bernard et des courtes réflexions de M. Berthelot, fait observer qu'il avait déjà appelé l'attention sur ces graisses oléo-phosphorées communes aux deux règnes et influencées par l'éther et le chloroforme. On avait bien signalé la présence de cette substance dans le cerveau, dans les ovaires et même dans le sang des animaux, mais on ne l'avait pas encore signalée dans le règne végétal. M. Dastres a opéré principalement sur les graines, sur le blé, le maïs, etc. Le premier fait à signaler est donc la présence de cette substance dans les graines ; en second lieu, cette substance se trouve en grande abondance dans les graines au moment de la germination. M. Dastres donne à ces substances le nom de lécitine et de cérébrine. Il conclut en disant qu'elles appartiennent également au règne animal et au règne végétal, et qu'elles sont variables suivant les conditions biologiques dans lesquelles on les observe. Ainsi, dans les plantes, c'est au moment de la germination qu'elles sont le plus accusées.

Ces substances sont aujourd'hui bien déterminées par ces trois caractères, leur solubilité dans l'alcool et l'éther, la présence de l'acide phosphorique et leurs caractères optiques.

Hémorrhagie vulvaire chez un nouveau-né ; — hémorrhagie cérébrale. — M. GELLÉ communique deux faits cliniques intéressants.

Le premier a trait à une petite fille de cinq jours chez laquelle M. Gellé a observé une hémorrhagie vulvaire abondante ; le sang était noir, glaireux, et provenait principalement de la vulve. M. Gellé, dans ses recherches, n'a pas trouvé la relation de faits analogues.

Le second fait se rapporte à un cas d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie et hémianesthésie, dans lequel l'œil et l'oreille du côté paralysé ont recouvré leurs fonctions alors que l'hémianesthésie persistait dans les autres parties avec toute son intensité. M. Gellé appelle particulièrement l'attention sur la rapidité avec laquelle, dans ce cas, se sont amendés les troubles sensitifs.

De l'influence des anomalies de la réfraction sur la production des maladies lacrymales. — M. BADAL fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 novembre 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORT

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

Pendant les mois de juillet, août et septembre, la *variole* a présenté son atténuation saisonnière normale, alors que la fièvre typhoïde subissait, au contraire, son mouvement ascensionnel à l'époque régulière, mais en revêtant une gravité exceptionnelle.

La mortalité générale dans les hôpitaux et hospices civils de Paris a atteint un chiffre considérable ; elle dépasse de 490 le chiffre des décès de la période moyenne correspondante des quatre années précédentes, et de 581 celui du même trimestre de l'année précédente.

Les *affections des voies respiratoires* ont été plus nombreuses et plus graves que dans le trimestre moyen correspondant des années antérieures.

La *diphthérie* est restée plus nombreuse et plus grave qu'à aucune période correspondante des années précédentes, bien qu'elle ait présenté l'atténuation numérique habituelle à la saison d'été. Le fait déplorable de la promiscuité des enfants atteints de diphthérie avec les autres enfants malades continue. Dans le service de M. Labric, sur 11 angines couenneuses, 2 seulement sont venues du dehors, 9 l'ont contractée à l'hôpital, sur lesquels 7 sont morts.

Mais dans ce rapport, M. Besnier s'étend tout particulièrement sur la fièvre typhoïde. Voici un résumé des considérations fort intéressantes qu'il a présentées :

La *fièvre typhoïde* a sévi, à Paris, pendant le troisième trimestre de l'année 1876 avec une intensité et une gravité absolument exceptionnelles. Le chiffre des décès qu'elle a causés a dépassé le double du chiffre moyen de la même période des quatre années précédentes. Le mouvement moyen de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux, pour le troisième trimestre des années précédentes, a été de 363 malades, le chiffre des décès de 93 et la mortalité de 25 pour 100. Or, pour le troisième trimestre de l'année actuelle, le mouvement des hôpitaux civils donne 714 typhoïdiques, et la mortalité s'élève à 35 pour 100.

Devant une pareille épidémie, M. Besnier croit utile d'apporter quelque contribution à l'étude, bien imparfaite encore, de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Si la recherche des conditions typhogéniques est facile dans de petites localités, dans des lieux isolés ou dans des agglomérations restreintes, elle est hérissée de difficultés dans un complexus aussi ouvert, aussi vaste, aussi varié que la grande agglomération pari-

sienne. Ce n'est pas une raison, suivant M. Besnier, pour en abandonner l'étude.

A Paris, comme dans tous les pays où elle existe en permanence, la fièvre typhoïde subit, dans la période estivo-automnale, une exacerbation considérable et constante, variable dans son degré, mais immuable dans sa régularité chronologique. Cette exacerbation est brusque, brutale; rien dans la marche antérieure de la maladie ne permet de déterminer à l'avance si elle sera grave ou légère. Cette exacerbation épidémique est absolument propre à la fièvre typhoïde.

A l'inverse de ce qui se passe pour le typhus et la fièvre à rechutes, qui sont absolument indépendants des saisons, l'élévation de la température et toutes les conditions de fermentation intra ou supra-tellurique que la chaleur apporte aux germes putrides, sont une des conditions positives qui favorisent le développement des épidémies typhoïdes ou qui gouvernent leurs paroxysmes.

M. Besnier étudie quelles ont été les conditions de l'atmosphère pendant le troisième trimestre de l'année, et arrive fatalement à montrer que l'exacerbation de la maladie coïncide d'une façon absolue avec la sécheresse et la chaleur; elle est excessive comme celles-ci, et le paroxysme accusé par l'excès de mortalité s'affaisse aussitôt qu'elles ont cessé. C'est en août, en effet, que les coups les plus terribles sont frappés; dans la période suivante, le nombre des malades continue à s'accroître, mais la mortalité relative subit un abaissement notable. Il est incontestable que l'abaissement de la nappe d'eau souterraine qui entraîne la mise à découvert de toute une série de foyers putrides, au moment même où la température excessive en provoque la fermentation, en favorise la diffusion par le fait de l'excès d'évaporation. Il est impossible de méconnaître qu'il y a là une cause typhogénique de premier ordre. Mais transformer en théorie générale et exclusive de la genèse typhoïde cette unique condition tellurique, c'est dépasser la mesure. Toutefois, il ressort de cette observation des conditions géologiques ce fait important, que la fièvre typhoïde est une affection à l'égard de laquelle il n'est plus nécessaire d'invoquer le germe épidémique virtuel, mais qui naît, se développe, s'exaspère ou s'apaise sous l'influence de conditions individuelles ou locales dont la formule absolue ne peut pas encore être donnée, mais dont la notion est sortie de la période spéculative pour entrer dans le domaine de l'étude scientifique proprement dite.

Les épidémies de fièvre typhoïde sont des épidémies locales; leurs exacerbations sont de même absolument locales. Aussi pendant que la fièvre typhoïde sévissait naguère à Lyon avec intensité, elle était à Paris simple et bénigne. Pendant qu'elle sévit aujourd'hui nombreuse et grave à Paris, elle reste ailleurs rare et bénigne. Cela ressort très-nettement des documents qui ont été envoyés à M. Besnier de Lyon, de Bordeaux, de Rouen, du Havre, de Toulouse, etc.

On le voit donc, ajoute M. Besnier, cette variété presque infinie des épidémies typhoïdes suivant les localités, alors même que le temps de l'observation est identique, que les localités sont soumises au même régime des vents, des pluies, des conditions individuelles, etc., démontre que la conception réelle de l'ensemble ne peut résulter que d'études partielles et que c'est dans un concours de conditions étiologiques et non dans une seule que peut-être cherchée la véritable théorie du développement et des phases de la maladie. C'est dans cet ordre d'idées que M. Besnier veut entreprendre et continuer ultérieurement l'étude des épidémies typhoïdes.

Il étudie comparativement la fièvre typhoïde sur les divers arrondissements de Paris. Dans l'état normal de l'épidémie permanente de fièvre typhoïde, il ne s'établit entre les diverses régions de la ville, soit au point de vue du nombre, soit au point de vue de la gravité des atteintes, que des différences peu considérables. En tenant compte des différences de la population, on constate entre les divers arrondissements, non pas l'égalité, mais un écart très-peu étendu. Quand un paroxysme épidémique frappe la ville, son action se fait sentir dans toute son étendue, mais l'égalité relative entre les arrondissements est détruite. Quelques-uns n'éprouvent qu'une faible aggravation, d'autres sont atteints avec intensité, circonstances bien propres à montrer l'influence des conditions partielles. Ainsi, dans ce dernier trimestre, on a compté 100 décès dans le XI[e] arrondissement (Popincourt) tandis qu'on en a compté que 9 dans le XIV[e] (Observatoire), ce qui est une différence énorme même en tenant compte de la différence de la population qui dans l'arrondissement de Popincourt est presque deux fois et demie celle de l'Observatoire. On ne trouve donc pas dans la population absolue des divers arrondissements de rapport à établir avec le développement plus ou moins accentué de la maladie typhoïde. Ce rapport apparaîtra-t-il plus précis en n'envisageant plus la population absolue de chaque arrondissement, mais sa population mesurée relativement à sa superficie, sa population spécifique ou la densité de la population? Eh bien non, répond M. Besnier, en faisant observer que les quatre arrondissements les plus frappés dans l'épidémie actuelle ont été Reuilly, Popincourt, Saint-Laurent et le Palais-Bourbon et que sur l'échelle des vingt arrondissements classés selon leur population spécifique, ces arrondissements n'occupent que les seizième, sixième, cinquième et treizième rangs.

Un rapport un peu mieux dessiné est relatif à l'altitude; d'une manière générale, les arrondissements élevés sont moins frappés que ceux de la plaine.

La pauvreté ou la richesse comparée des divers arrondissements n'est certainement pas sans avoir quelque action sur la mortalité typhoïde; mais cette action ne dépasse pas et surtout même n'atteint pas le degré simple des écarts de la mortalité générale, laquelle, on le sait, est très-notablement influencée par cette condition.

En résumé, l'épidémie typhoïde actuelle a été remarquable, non-seulement par le nombre des malades, mais par la gravité des atteintes, par le caractère pernicieux d'un grand nombre de cas, la fréquence des morts subites et inopinées, même dans des cas en apparence bénins, par la multiplication des exemples d'infection typhoïdique suraiguë. Nombre de faits par leur caractère insidieux, leurs phénomènes irréguliers, leur début insolite, leur terminaison funeste, ont paru pouvoir se rapprocher des fièvres pernicieuses telluriques proprement dites. En même temps que l'exacerbation épidémique, on a pu constater l'accroissement du pouvoir contagieux de la maladie. Quant au traitement, M. Besnier ajourne au prochain rapport les considérations auxquelles il doit donner lieu.

M. LAILLER fait observer à M. Besnier qu'il n'a pas mentionné les professions des individus atteints de fièvre typhoïde. C'est pourtant là un fait intéressant au point de vue de l'étiologie. On sait qu'en ce moment il existe une agglomération considérable de journaliers terrassiers travaillant aux forts de Paris. A ce propos, M. Lailler rappelle qu'en 1841 et 1842, alors que s'exécutaient des travaux considérables pour les forts et les fortifications de Paris, la ville a été décimée par une épouvantable épidémie de fièvre typhoïde. Il y a peut-être là un rapprochement à faire, sur lequel M. Lailler appelle l'attention de M. Besnier.

M. BESNIER tiendra compte de l'observation de M. Lailler.

M. HÉRARD fait observer que le nombre des femmes atteintes par la fièvre typhoïde est considérable, ce qui semble prouver que les professions n'ont pas eu d'influence bien précise sur l'épidémie actuelle.

M. MOUTARD-MARTIN a remarqué que ce ne sont pas des individus depuis peu de temps à Paris qui sont atteints, mais bien des individus qui y sont depuis une dizaine d'années et par conséquent acclimatés.

LECTURE

M. CADET DE GASSICOURT donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société médicale des hôpitaux, aux obsèques de M. Isambert.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

COMMUNICATION

Du tænia. — M. LABOULBÈNE termine la communication qu'il a commencée dans la dernière séance sur les tænias.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Mort subite par embolie. — M. DUGUET présente des pièces anatomiques qu'il a recueillies sur une malade morte subitement dans son service. Cette femme était atteinte d'un corps fibreux abdo-

minal qui avait amené de l'anémie et de l'œdème des membres inférieurs. On trouva, à l'autopsie, qu'elle avait succombé à une embolie pulmonaire du cœur droit grosse comme le doigt, elle était adhérente à un caillot récent d'agonie. Un autre caillot se trouvait à cheval sur l'artère pulmonaire, moitié à droite, moitié à gauche.

ÉLECTION

MM. Dieulafoy et Straus sont élus membres titulaires de la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Alexandre Ricord, frère aîné de notre illustre syphiliographe Philippe Ricord, et qui avait acquis lui-même une haute situation comme médecin voyageur naturaliste, vient de succomber, dans un âge assez avancé, à une courte maladie.

— *Faculté de médecine. — Cours de physique biologique.* — M. le professeur Gavarret commencera ses leçons de physique biologique le lundi 13 novembre, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les lundis suivants.

Cours de physique générale. — M. le professeur Gavarret commencera ses leçons de physique générale le mercredi 8 novembre, à midi, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— *Hôpital de la Pitié. — Cliniques de la Faculté.* — M. le professeur Verneuil reprendra ses cours de clinique chirurgicale le lundi 6 novembre, à dix heures, et les continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Visite et conférence au lit des malades tous les jours de huit heures et demie à dix heures.

M. le professeur Lasègue commencera son cours de clinique médicale le samedi 11 novembre. Les cours et examens cliniques auront lieu dans l'ordre suivant : visite tous les jours à huit heures et demie. Le lundi, consultation externe ; le mardi, conférence clinique ; le mercredi, chimie pathologique ; le jeudi, leçon ; le vendredi, technique clinique ; le samedi, leçon ; le dimanche, conférence d'histologie pathologique.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le professeur Gosselin a repris ses leçons de clinique chirurgicale, le lundi 6 novembre à huit heures du matin ; il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le professeur Hardy, commencera son cours de clinique médicale le mardi 7 novembre à huit heures et demie, et le continuera les jours suivants à la même heure.

— *Hôpital Necker.* — M. le professeur Potain, commencera son cours de clinique médicale le mercredi 14 novembre. Tous les jours de huit heures et demie à dix heures, pendant le semestre d'hiver, leçon au lit des malades, les mardis et vendredis, leçons cliniques de dix à onze heures. Le jeudi de neuf heures à onze heures, consultation pour les malades externes. Conférences de séméiologie et exercices par les élèves, les lundis de dix heures à onze heures. Conférence de chimie pathologique et manipulations, les mercredis de dix heures à onze heures. Conférence d'anatomie pathologique, le samedi de dix à onze heures.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Dolbeau commencera ce cours le samedi 11 novembre, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours de pathologie générale. — M. le professeur Chauffard commencera ce cours le lundi 13 novembre à 5 heures, et le continuera tous les lundis, mercredis, vendredis à la même heure (grand amphithéâtre).

Cours de chimie médicale. — M. le professeur Wurtz commencera le cours de chimie biologique le mardi 7 novembre à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis suivants à la même heure.

Le cours de chimie générale sera ouvert le jeudi 9 novembre, à midi (grand amphithéâtre), et sera continué les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie. — M. le professeur Sappey commencera son cours d'anatomie le mercredi 8 novembre, à quatre heures, et le continuera les vendredi, lundi et mercredi de chaque semaine, à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le professeur Le Fort commencera son cours le samedi 11 novembre, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Hôpital Sainte-Eugénie.* — M. le docteur Cadet de Gassicourt reprendra ses leçons cliniques le lundi 13 novembre 1876, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

— *Hôpital de la Pitié.* — M. le docteur Th. Gallard reprendra son cours de clinique médicale, le mardi et le samedi à neuf heures du matin (amphithéâtre n° 3).

Mardis et samedis, leçons à l'amphithéâtre (les questions relatives à l'hygiène et à la médecine légale, seront traitées avec une attention toute particulière, toutes les fois qu'il se présentera une occasion de les aborder), jeudis, examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes. Tous les matins, visite et interrogatoire des malades par les élèves, salles Saint-Athanase et du Rosaire.

— *Hôpital de Lariboisière.* — *Cours complémentaire d'ophthalmoscopie.* — M. le docteur Panas, commencera ce cours le jeudi 9 novembre, à neuf heures, et le continuera les lundis et jeudis de chaque semaine à la même heure. — Le lundi, examen des malades et conférence clinique ; le jeudi, opération et exercices ophthalmoscopiques.

— *Hôpital Lariboisière.* — M. le docteur Maurice Raynaud commencera ses leçons cliniques, à l'hôpital Lariboisière, le vendredi 10 novembre à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

— *Cours complémentaire des affections syphilitiques.* — M. le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours le vendredi 10 novembre, à l'hôpital Saint-Louis.

Conférence clinique, le mardi et le vendredi à neuf heures.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Archambault reprendra ses leçons cliniques le vendredi 10 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis suivants. — Visite tous les jours, à huit heures et demie.

— *Maladies des yeux.* — M. le docteur E. Meyer commencera des leçons publiques sur la réfraction et l'accommodation. Application du système métrique à ces études, à sa clinique (rue de l'Ancienne-Comédie 21 ; entrée : Cour du commerce 3) le lundi 6 novembre à midi et demie ; et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. Virgile Caudron, chef de clinique, exercera les élèves à la pratique de l'ophthalmoscope.

— *Cours d'accouchements.* — MM. Budin et Pinard commenceront le mercredi 15 novembre un cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1re partie, anatomie, physiologie, grossesse ; 2e eutocie ; 3e dystocie ; 4e exercices pratiques. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29 rue Monsieur-le-Prince.

— M. le docteur Verrier reprendra ses cours d'accouchement et de manœuvres le lundi 13 novembre 1876, à quatre heures, à son amphithéâtre, 41, rue de l'École-de-médecine. — Les leçons auront lieu tous les jours, le jeudi excepté. — On s'inscrit chez le concierge de l'amphithéâtre.

— *Faculté catholique de Lille.* — M. le ministre de l'intérieur, vient de frapper de nullité le traité conclu entre l'administration des hospices et l'institut catholique, pour la cession de l'hôpital Sainte-Eugénie à la Faculté catholique de Lille, moyennant une somme de 140,090 francs une fois donnée. — (*Havas*).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 130. — JEUDI 9 NOVEMBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 9 NOVEMBRE 1876. — Nº 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les nourrices ont fait les frais de la séance d'hier. « Ah ! nourrice, charmante nourrice, ma médecine est la très-humble esclave de votre nourricerie... » C'était à qui, de M. Devergie ou de M. Blot, dépeindrait le mieux les formes, les dimensions, la couleur, la consistance et toutes les qualités que doivent réunir les seins d'une bonne nourrice. Nous pensions, et tout le monde pensait avec nous, que la discussion sur l'allaitement était close. Il paraît que nous nous étions trompés. Ou plutôt c'est l'ordre du jour qui nous a trompés. Car la clôture avait bien effectivement été prononcée. Mais sous ce prétexte fallacieux « à l'occasion du procès-verbal », MM. Devergie et J. Guérin sont rentrés dans la discussion, où ils ont été bientôt suivis de M. Blot, qui s'était tenu jusque-là à l'écart, — après avoir, comme on s'en souvient, pris une large part aux discussions précédentes.

M. Devergie nous a rappelé un temps où la question de l'allaitement semblait devoir être irrévocablement et à tout jamais résolue par l'analyse microscopique, et par les procédés que la physique et la chimie mettaient à l'envi à notre disposition : pèse-lait, lactomètre, butyromètre, etc.

Le microscope, alors un peu nouveau venu sur la scène médicale, était plein de promesses. — Il en a tenu beaucoup, sans doute, mais il n'a pas tenu celle-là, — et à l'appel nouveau que M. Devergie a fait, en souvenir de son propre zèle d'alors, au zèle des jeunes médecins de nos jours beaucoup plus familiarisés avec cet instrument que ne l'étaient ceux de son temps, M. Blot n'a pas hésité à répondre catégoriquement par la négation la plus absolue, déniant au microscope tout pouvoir de nous donner la moindre notion utile sur les qualités bonnes ou mauvaises du lait. Aucun des micrographes de l'Académie n'a relevé ce défi, pas plus que les chimistes n'ont relevé mardi dernier celui que leur avait jeté M. Depaul. Pour M. Blot comme pour M. Depaul, le seul réactif vrai du lait c'est l'enfant lui-même. Et sous ce dernier point de vue, M. Blot a ajouté aux excellentes choses qui avaient déjà été dites sur ce sujet une observation très-juste, et qui n'avait pas encore été faite. Il y a, a-t-il dit, chez les enfants, comme chez les adultes, des caprices d'estomac qui font que la meilleure nourrice ne convient pas alors que telle autre, en apparence moins bonne, convient très-bien. C'est là un des éléments importants de la question, et dont il importe de tenir compte.

M. Blot, qui a eu beaucoup de peine à s'entendre avec M. Devergie et qui ne s'est même pas entendu du tout avec lui se serait beaucoup plus rapproché des idées de M. J. Guérin, sur l'utilité, dans certains cas, de l'allaitement artificiel et de la substitution du lait de vache au lait de femme, mais à une condition, c'est que cette substitution se fera à la campagne et non pas dans les grandes villes. Quant au titrage, il n'en serait pas éloigné non plus, mais c'est la difficulté de l'obtenir qui l'arrêterait seule dans cette voie.

La séance a été terminée par une intéressante communication de M. Léon Le Fort, dont on trouvera le résumé dans le compte rendu. Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

De l'albuminurie dans la lymphangite.

(Observations recueillies par M. Maurice Letulle, interne du service.)

I

Parmi les complications inflammatoires des plaies de toute nature, la lymphangite est une des manifestations dont la gravité varie le plus peut-être suivant les causes qui la produisent, la forme qu'elle revêt, et le terrain où elle évolue. Légère, elle est d'une bénignité remarquable ; mais lorsqu'on assiste au début d'une de ses formes si graves dans lesquelles les symptômes généraux et fonctionnels expriment, dès le premier jour, le retentissement profond de tout l'organisme, on est frappé de suite de la disproportion flagrante qui existe entre l'état général et les signes physiques encore plus ou moins limités autour de la plaie.

Que la lymphangite, à son origine, soit simplement un accident inflammatoire propagé, ou qu'elle ne soit que la manifestation extérieure d'un empoisonnement infectieux de l'organisme, d'une septicémie dont on ignore encore l'essence et la nature même, il n'en est pas moins vrai que cette affection peut prendre, dans certaines conditions encore mal déterminées, toutes les allures d'une intoxication générale aiguë des plus dangereuses. C'est dans ces formes malignes et graves que le pronostic devient des plus sérieux.

Nous avons été à même, tout récemment, de suivre, dans le service de M. le professeur Trélat, deux cas de lymphangite diffuse grave des membres inférieurs, dans lesquels la symptomatologie habituelle, bien étudiée par tous les auteurs, s'est accompagnée d'un phénomène peu fréquent, *l'albu-*

minurie, que nous n'avons point trouvée signalée dans les différents ouvrages classiques que nous avons consultés. Cette albuminurie aiguë nous avait semblé devoir modifier assez profondément le pronostic d'une affection déjà si sérieuse à tant d'autres titres. Toutefois, le nombre de faits recueillis est encore trop restreint pour nous permettre de tirer de nos observations des conclusions vraiment importantes : il nous suffira d'avoir signalé ce symptôme. Heureux si, en attirant plus spécialement l'attention sur les manifestations viscérales de la lymphangite grave, nous avons pu contribuer, pour notre faible part, à l'étude de cette maladie si savamment faite par les plus grands maîtres.

L'observation suivante, la première que nous ayons recueillie, nous a paru des plus caractéristiques; aussi croyons-nous devoir la publier en détail.

Obs. I. — *Ulcère de jambe. Lymphangite diffuse, forme grave. Albuminurie.* — Armand L..., cinquante-cinq ans, tailleur, entre le 4 mai 1876, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Trélat, salle Saint-Jean, n° 17.

Ce malade est atteint, depuis une vingtaine d'années, de dilatations variqueuses des deux membres inférieurs.

Il avait toujours eu une excellente santé, lorsqu'il y a deux mois environ, il reçut accidentellement un coup violent sur la jambe gauche, sur la malléole externe. Une ulcération s'établit bientôt au niveau du point contusionné, et persista depuis lors, grâce sans doute à l'état variqueux de la peau. Le malade appliqua quelques topiques émollients sur la petite plaie ronde et superficielle qui, ne le gênant aucunement, ne l'empêcha pas de continuer son travail.

Mais avant-hier, le 2 mai, en se levant, il se trouva mal à l'aise, abattu, ils ne mangea pas, et dans la journée il fut pris subitement d'un frisson violent, en même temps qu'il ressentait une douleur vive dans la jambe et dans l'aine gauches. Il eut des nausées, des vomissements, et se mit au lit, la peau brûlante et moite.

Dans la journée d'hier, se trouvant de plus en plus souffrant, il resta au lit, en proie à une fièvre vive, et se décida, aujourd'hui 5 mai, à entrer à l'hôpital.

Nous trouvons le malade dans l'état suivant : face pâle, yeux brillants, peau sèche et brûlante, céphalalgie frontale intense, abattement. A deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe de la jambe gauche, on aperçoit une ulcération arrondie, bourgeonnante et mollasse, d'un rose pâle, large de 2 centimètres environ, dont les bords sont lisses et taillés à pic. La peau qui entoure la plaie offre une teinte rosée très-vive dans une large étendue, surtout au-dessus de l'ulcération. Cette rougeur de la peau forme une plaque de 10 centimètres carrés au moins, chaude, douloureuse, empâtée, dont les bords, au lieu d'être irréguliers et saillants comme dans l'érysipèle, vont se perdre insensiblement dans les parties saines. Au niveau de la face interne de la jambe, que la plaque de lymphangite réticulaire envahit un peu, s'élèvent en limitant de larges réseaux de peau saine quelques traînées rosées irrégulières, chaudes et douloureuses, qui passant à la face interne de la cuisse, vont se perdre dans les ganglions inguinaux inférieurs, peu douloureux d'ailleurs, mais notablement tuméfiés.

L'état général du malade est sérieux, outre le facies qui exprime un sentiment de faiblesse et d'abattement, attirant de suite l'attention, on trouve une température élevée. T. A. 40°,2; et un pouls dur, vibrant, régulier. P. 116. La langue est saburrale, un peu sèche; anorexie complète, constipation. L'examen des viscères, pratiqué avec soin, n'offre rien de remarquable.

La fièvre vive, les symptômes fonctionnels généraux sérieux offerts par le malade, indiquent suffisamment que nous assistons à l'évolution d'une lymphangite grave du membre inférieur, dont le point de départ se trouve au niveau d'une petite ulcération de cause traumatique sur un membre variqueux. Un détail important, sur lequel nous insistons avec soin, c'est le fait que cette lymphangite diffuse a été contractée en dehors de tout foyer d'infection. Il s'agit ici d'un malade qui entre à l'hôpital avec une angioleucite accompagnée de phénomènes graves. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette particularité intéressante, en rapportant la seconde observation prise dans des conditions absolument opposées.

5 mai. — T. A. 39°,9. P. 120. La nuit a été agitée; insomnie; quelques paroles incohérentes. Les réseaux de la lymphangite s'étendent autour de l'ulcération. L'épiderme est soulevé en quelques points, et il forme au-dessus et au-dessous de la plaie deux phlyctènes assez larges et remplies par un liquide un peu sanguinolent.

On examine l'urine du malade, et l'on trouve une petite quantité d'albumine (chaleur et acide nitrique); l'urine, d'ailleurs assez abondante, est colorée. Diaphragme urique peu épais.

L'état général est mauvais; la langue est sèche et un peu fuligineuse. Le malade paraît absorbé; il répond à peine aux questions. Larges cataplasmes. Onctions mercurielles. Potion chloral.

Soir. — 40°,2. P. 112.

6 mai. — T. A. 39°,9. P. 120. L'état général reste toujours mauvais. La nuit a été moins agitée que la précédente; le malade ne mange pas; la langue est sèche.

La lymphangite s'étend sur la jambe, et elle descend sur la face dorsale du pied, que la rougeur et l'empâtement douloureux ont envahie, ainsi que toute la moitié inférieure de la jambe. Douleurs très-vives au niveau du talon, où la lymphangite n'est pas encore arrivée. Les réseaux lymphangitiques de la cuisse n'ont pas changé d'aspect.

Quantité notable d'albumine dans l'urine. On trouve un nombre considérable de cylindres granuleux, ainsi que des cellules du rein isolées. Pas d'hématies. Diaphragme urique épais; urines colorées. Pas de douleurs dans la région lombaire.

Soir. — T. A. 40°,2. P. 112. Ce soir, la langue est très-sèche; le malade est absorbé, il répond à peine; soif vive. Les régions envahies par la lymphangite sont fort douloureuses. Œdème notable du pied et de la jambe.

7 mai. — 39°,4. P. 108. Les régions de la peau de la jambe le plus anciennement envahies se couvrent de phlyctènes peu larges, arrondies, remplies d'un liquide transparent. Cette éruption de phlyctènes rappelle assez bien l'aspect qu'offrent les larges vésicules conglomérées de la variole en corymbe. Les deux premières phlyctènes, les plus larges d'ailleurs, se sont rompues, et, laissant à nu le derme, ont donné lieu à deux légères exulcérations de la peau.

On trouve aujourd'hui, une quantité considérable d'albumine, des fragments de cylindres contournés, des cylindres droits, et de nombreuses cellules épithéliales granuleuses provenant des tubes urinifères, pas de globules rouges.

L'état général n'a pas changé, le malade offre un aspect typhoïde remarquable ; un peu de diarrhée.

Soir, 40°3, P. 100. Le pouls est petit, faible, dépressible ; le malade s'amaigrit, mange à peine ; somnolence, rêvasseries.

8 mai. — 39°2, P. 96. Amélioration sensible ce matin ; la jambe et le pied sont presque entièrement envahis par l'angioleucite ; le liquide des phlyctènes se trouble ; les réseaux de la cuisse pâlissent ; les ganglions inguinaux sont toujours volumineux ; albumine en quantité notable; cylindres granuleux et granulo-graisseux.

Soir, 39°6, P. 96. Quelques phlyctènes se sont rompues et laissent à nu le derme, formant ainsi de petites ulcérations rosées, non saignantes.

9 mai. — 39°, P. 100. L'état général est un peu meilleur ; la langue est moins sèche, l'appétit renaît ; le malade a dormi paisiblement ; les lymphatiques superficiels de la cuisse sont moins engorgés ; les cordons qu'ils formaient, s'affaissent sur la jambe envahie complétement par l'angioleucite qui s'arrête au creux poplité et au dessous de la rotule ; l'éruption des phlyctènes a continué, de sorte qu'aujourd'hui elles remontent presque jusqu'au genou ; à la partie inférieure de la jambe et principalement à la face interne, elles se sont réunies par groupes sur plusieurs points, de façon à former de larges soulèvements épidermiques, remplis d'une sérosité puriforme; le pied, comme la jambe d'ailleurs, est le siége d'un œdème considérable ; les érosions résultant de la rupture des anciennes phlyctènes sont excessivement douloureuses.

Albumine et cylindres en quantité notable. Soir. 39°,6, P. 112.

10 mai. — 38°, P. 104. Un peu de mieux ; cependant le malade

est encore bien absorbé, somnolent; la soif est moins vive; mange un peu; sueurs abondantes ce matin.

L'albumine persiste; quantité considérable de matière bleue (par l'acide nitrique) au fond du verre; diaphragme urique épais.

La lymphangite s'est arrêtée au genou, elle ne paraît plus progressive; presque toutes les phlyctènes sont devenues purulentes.

Soir, 39°,4, P. 108.

11 mai. — Détente générale, le malade va mieux. T. A. 37°,9, P. 84; la langue n'est que saburrale et elle est humide. Appétit; la fièvre est tombée; l'albumine a notablement diminué; la lymphangite s'est arrêtée au genou; toutefois elle déborde légèrement la rotule de chaque côté.

Les ganglions inguinaux sont indolents et diminuent de volume. L'épiderme soulevée par les phlyctènes rompues se dessèche; les érosions du derme dénudé se cicatrisent rapidement; l'œdème du pied diminue.

12 mai. — 37°,8, p. 100. La rougeur lymphangitique reste limitée autour du genou.

Il y a une véritable desquamation épidermique, dans toute la région tégumentaire envahie par la lymphangite, surtout au niveau de la jambe, Toutefois des phlyctènes se sont formées également sur le pied, sur le talon, et elles se sont rompues.

Soir, 38°,4, P. 96.

13 mai. — La desquamation épidermique se généralise; l'œdème persiste assez notable; l'albumine diminue considérablement; on trouve cependant encore quelques cylindres granulo-graisseux.

Soir, 37°2, P. 92.

14 mai. — 36°,4, P. 88. Le malade se trouve très-bien; l'appétit est considérable. Il est très-affaibli par cette longue période de fièvre, mais les forces semblent déjà renaître. La desquamation de la jambe et du pied est complète; l'épiderme desséché s'enlève par lambeaux; le derme s'est cicatrisé rapidement; l'ulcère sus-malléolaire, le point de départ de cette grave lymphangite, se cicatrise également; il a considérablement diminué.

Soir, 37°,4, P. 88.

15 mai. — La fièvre a disparu complétement; l'appétit est excellent; l'amaigrissement considérable; l'œdème persiste, et la peau offre une dureté remarquable, au tiers inférieur de la jambe ainsi que sur le pied.

L'albuminurie diminue; on ne trouve plus que des traces d'albumine. Le malade peut être considéré comme hors de tout danger. Sur la cuisse les réseaux lympathiques ont disparu.

20 mai. — L'état général est toujours bon; toutefois un certain état gastrique persiste, bouche mauvaise et amère, l'appétit est moins bon; le malade tousse un peu, quelques râles ronflants; l'albumine n'a pas totalement disparu; mais on ne trouve plus de cylindres granuleux; la dessication épidermique s'est faite sur toute la jambe et sur le pied; œdème, purgatif.

25 mai. — Toujours une petite quantité d'albumine; l'œdème de la jambe diminue, mais n'a pas disparu; l'induration de la peau persiste; tous les poils de la jambe sont tombés. Les ganglions inguinaux ont diminué notablement; l'appétit est moins bon que les jours précédents; la langue toujours un peu saburrale; purgatif.

30 mai. — L'état gastrique persiste; inappétence; vomitif. Toux, quinteuse la nuit, faiblesse du murmure aux deux bases en arrière, mais pas de râles. On fait lever le malade. L'œdème du membre inférieur n'a pas beaucoup diminué; la peau reste épaisse, scléremateuse; l'albumine peu considérable persiste néanmoins; on ne trouve pas de cylindres granuleux.

5 juin. — Le malade va mieux; l'œdème persiste ainsi que l'induration de la peau de la jambe et du pied; toujours albuminurie légère; les urines sont abondantes et très-claires; pas de cylindres.

10 juin. — Bon état; les forces reviennent; excellent appétit; l'œdème du membre inférieur diminue très-lentement; l'épiderme s'est régénéré, les poils reparaissent; l'albuminurie a presque complétement disparu; toutefois encore léger nuage par chaleur et acide.

14 juin. — Les forces sont revenues, le malade mange et boit bien; l'œdème du pied et de la jambe a presque disparu, mais sitôt que le malade se lève, il se produit un œdème notable du pied; la peau de la jambe offre encore un certain degré d'induration; les ganglions inguinaux ne sont plus volumineux. L'urine contient encore des traces d'albumine.

Le malade quitte l'hôpital et part pour Vincennes.

10 juillet. — Le malade revient nous voir. Il est absolument guéri sauf un léger œdème persistant du pied et qui augmente après une marche un peu longue. Le membre a repris des dimensions égales à l'autre; la peau de la jambe et du pied présente encore une très-légère induration.

L'urine examinée avec soin ne contient plus traces d'albumine.

Cette observation nous a semblé intéressante à plusieurs titres. Elle nous montre, en effet, un homme d'une excellente santé habituelle, pris subitement d'accidents généraux les plus graves, en même temps qu'au niveau d'une ulcération chronique, entretenue par un état variqueux très-notable, apparaît une plaque de lymphangite diffuse.

Nous ne pouvions confondre, à ce moment, cette lymphangite avec un érysipèle, à cause de l'aspect même de la lésion. La coloration rose tendre de la partie malade, ses bords mal limités, se perdant vaguement dans les téguments sains encore, la saillie peu considérable, et l'œdème peu notable de la plaque d'où se détachaient de riches réseaux lymphangitiques très-marqués et très-étendus parce qu'ils gagnaient dès le premier jour les ganglions inguinaux, telles sont les raisons qui nous permirent, malgré l'état général, de porter un diagnostic absolu. D'ailleurs, sans vouloir entrer dans la discussion des relations de l'érysipèle et de la lymphangite, et surtout sans avoir la prétention d'apporter un argument en faveur de l'autonomie de cette dernière affection, nous ferons remarquer que la marche ultérieure de la maladie confirma pleinement le diagnostic du premier jour. Si même l'on ne tenait compte que de la marche de la température, prise avec le plus grand soin, on verrait que la fièvre, dès le soixante-huitième jour, a commencé à subir des oscillations quotidiennes assez lentes pour ne lui permettre d'atteindre la normale qu'au douzième jour de la maladie.

Il n'y a pas eu là la chute brusque et caractéristique de la température, que l'on retrouve presque constamment au dernier jour de l'évolution de la dernière plaque érysipélateuse.

D'autre part, cette inflammation de la peau de la jambe et du pied, qui n'offrait point, on peut le dire, les caractères pathognomoniques de l'érysipèle présenta, dans une évolution rapide, une éruption très-curieuse de phlyctènes, ou plutôt de larges vésicules arrondies, isolées les unes des autres au début, et qui ne rappelaient en rien les vastes soulèvements épidermiques de l'érysipèle phlycténulaire.

On nous pardonnera aisément d'insister aussi longuement sur le diagnostic de la nature de la maladie dont nous venons de rapporter l'observation, si l'on tient compte du symptôme grave en apparence que nous avons décelé dans l'urine pendant le cours de cette affection. L'albuminurie dans l'érysipèle est un phénomène bien connu aujourd'hui, et la fréquence est peut-être encore plus considérable que ne le donneraient à entendre les travaux les plus récents publiés sur cette question. Mais, dans la lymphangite, c'est un symptôme qui, croyons-nous, a été moins fréquemment noté. Aussi un diagnostic bien assuré était-il nécessaire à ce moment.

Pour nous résumer, au point de vue de la manifestation morbide qui a accompagné cette lymphangite diffuse grave, et toutefois relativement peu étendue, nous dirons que, dès le troisième jour de la maladie, l'urine du malade a montré les traces certaines de la présence d'une quantité peu notable encore d'albumine. Tel a été le début de cette albuminurie aiguë, intimement liée aux phénomènes généraux graves qui ont signalé les

premières heures de cette maladie. Nous nous garderons bien de tenter même la recherche des conditions morbides qui ont pu imprimer à ce cas particulier un caractère de malignité aussi remarquable. Nous dirons seulement que ce malade était dans les meilleures conditions hygiéniques avant le début de son affection, et nous ne chercherons nullement à expliquer, par des antécédents alcooliques ou diathésiques quelconques, cette disproportion frappante entre les lésions locales, si peu étendues, au début, et les accidents généraux et fonctionnels qui, le jour même de l'entrée du malade, embrassaient toute la scène pathologique.

Caractérisée dans ce cas, comme nous l'avons vu, par la présence dans l'urine d'une quantité d'albumine de plus en plus considérable, et par un dépôt progressivement proportionnel de cylindres granuleux et granulo-graisseux, l'albuminurie n'a été qu'un phénomène passager. Sitôt que la fièvre est tombée, à peine la température a-t-elle atteint la normale, que nous notons dans l'observation, en même temps qu'une détente générale, une diminution considérable de la quantité de l'albumine qui transsudait à travers les canaux urinifères desquamés.

Sans doute, longtemps après la terminaison de la lymphangite, alors que l'état général du malade, parfaitement remis, n'offrait plus la moindre manifestation morbide, nous avons pu retrouver des traces de l'état pathologique passager qui avait frappé le rein.

Toutefois, le 20 mai, c'est-à-dire quinze jours après le début présumé de la maladie, on ne constatait plus dans l'urine la présence de cylindres granuleux : le rein, desquamé dans la partie médullaire de son parenchyme, était en voie de réparation.

En d'autres termes, nous croyons avoir assisté, dans cette observation, à un de ces cas de néphrite catarrhale ou superficielle, concomitante des maladies générales infectieuses, septicémiques ou non, dans lesquelles les congestions viscérales sont de règle.

Quelle que soit la cause de ces congestions viscérales, dès que le rein a été en jeu, l'albumine a paru dans l'urine, et est devenue un symptôme alarmant.

En effet, que l'albuminurie dans ce cas, comme d'ailleurs dans l'érysipèle et toutes les maladies infectieuses, se soit rattachée uniquement à l'hyperémie rénale ou à cette hyperémie unie à l'état pathologique d'un sang vicié (hyper-albuminurie) peu importe. C'est une discussion pathogénique qu'il ne nous appartient pas de soulever. Nous nous contentons d'avoir noté le fait, nous nous permettrons seulement d'en déduire plus tard les conséquences possibles.

Ce cas de lymphangite grave nous avait frappé dès le début. L'inflammation des réseaux lymphatiques superficiels de la peau d'une région aussi étendue, la formation de ces larges vésicules dermo-épidermiques que nous ne trouvons pas signalées dans nos auteurs nous avait surpris. Enfin l'apparition de l'albuminurie rapide dans ce cas avait éveillé notre attention, lorsqu'une nouvelle occasion de suivre, dès son début, une lymphangite réticulaire ou diffuse du membre inférieur se présenta de nouveau à nous.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Missol sur les épidémies qui ont régné, pendant 1875, dans l'arrondissement de Villefranche (Rhône). (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° La relation d'une endémo-épidémie de conjonctivite granuleuse qui sévit sur le 73e régiment d'infanterie, par M. le docteur Dumoutier, médecin-major. (Comm. des épidémies.)

2° Un extrait du testament de M. le docteur Buhon, de Quingey (Doubs), qui lègue à l'Académie une somme de 20,000 francs pour la fondation d'un prix annuel, sur le traitement des affections pulmonaires et en particulier de la phthisie.

3° Une note de M. Boille, pharmacien, sur un moyen d'obtenir un bromhydrate de quinine acide. (Comm. : MM. Poggiale et Gubler.)

4° Une note de M. le docteur Camuset, accompagnant l'envoi d'un miroir réflecteur pour l'usage de l'ophthalmoscope. (Comm. : M. Giraud-Teulon.)

5° Une note de M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, accompagnant l'envoi d'un instrument destiné à mesurer les variations de volume du col utérin, instrument auquel il donne le nom de cervicomètre. (Comm. : M. Depaul.)

6° Une lettre de remercîments de M. le docteur Flammarion, lauréat de l'Académie.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente un nouveau volume des *Mémoires de la Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille.*

M. Gubler, au nom de M. le docteur Magnan, présente un volume intitulé : *Recherches sur les centres nerveux, pathologie et physiologie pathologiques.*

— M. Devergie demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

DISCUSSION SUR L'ALLAITEMENT

M. Devergie. La discussion sur l'allaitement, qui a été close mardi dernier, a donné lieu à une argumentation dans laquelle deux faits ont été produits, l'un par M. J. Guérin et l'autre par M. Depaul. C'est sur ces deux faits que je désire revenir.

M. J. Guérin voulant faire sentir les difficultés que l'on rencontrait dans la pratique, pour opérer le choix d'une alimentation assimilable à l'enfant nouveau-né, a déclaré que dans plusieurs circonstances il avait été obligé de faire changer jusqu'à cinq fois la nourrice de certains enfants, avant de trouver un lait en rapport avec l'état des voies digestives et la constitution de l'enfant.

Ce fait est exact.

Quant à M. Depaul, il a dit qu'il faisait reposer le choix d'une nourrice sur l'inspection attentive des garde-robes de l'enfant. C'est de la saine pratique.

De ces deux propositions que peut-on conclure ? C'est que, depuis un temps très-reculé, la science n'a pas fait un pas sur cette question. Aujourd'hui comme autrefois, lorsque nous examinons une nourrice, nous tenons compte de ses apparences de bonne santé générale, nous examinons les seins, nous recueillons le lait, nous l'examinons, l'analysons, etc.

Eh bien je déclare qu'après cet examen on ignore complétement si le lait pourrait convenir à l'alimentation.

Or, à l'époque où j'étais chargé du service des nourrices, je fus tout d'abord frappé du peu de valeur que donnaient les indices que l'on consultait pour apprécier les qualités d'une bonne nourrice. Quant à l'examen du lait dans la cuiller, il ne me disait rien, si ce n'est lorsque la nourrice ne nourrissait que d'un sein ; le sein que ne prenait pas l'enfant me donnait un lait épais que l'on pouvait assimiler à de la crème. Il y a plus, il y avait dans ce cas une grande différence de volume dans les deux seins.

Aujourd'hui c'est d'après les mêmes données que l'on procède au choix d'une nourrice.

A l'époque où j'ai commencé mes recherches, M. Donné venait de publier son travail sur le lait ; je me livrai alors à l'étude microsco-

pique du lait des nourrices que j'étais chargé d'examiner. Voici les inductions que j'en tirai et qui ont été consignées sur un mémoire lu à cette époque à l'Académie.

1° Le lait peut se montrer sous trois aspects différents, de manière à constituer trois sortes de lait : lait fort, globules très-gros ; lait moyen mélangé de gros, moyens et petits globules ; lait faible, ne contenant que des globules très-petits.

2° On peut, à l'aide du microscope, distinguer la nourrice qui ne nourrit que d'un sein.

3° Les seins volumineux ne sont pas ceux qui donnent et plus de lait et un lait meilleur.

4° La forme des seins a une influence sur les qualités de la nourrice ; les seins globuleux et volumineux appartiennent souvent à de mauvaises nourrices.

Les seins piriformes sont en général l'indice d'une bonne nourrice.

5° Le microscope peut servir à reconnaître certaines altérations du lait encore inconnues.

6° Les divers états globuleux du lait peuvent se relier à tous les tempéraments et à toutes les conditions de force et de faiblesse générale. Il n'est pas rare de voir des phthisiques chez lesquelles la sécrétion lactée est très-abondante et donne un lait très-riche en matériaux nutritifs.

Si l'on applique maintenant les conditions microscopiques du lait à la pratique médicale dans le choix d'une nourrice, voici à quels résultats on est conduit.

Lorsque la mère de l'enfant n'a pas fait un commencement de nourriture, il faut choisir en dehors des qualités générales de la nourrice un lait moyen, c'est-à-dire qui présente une heureuse association de globules de divers volumes.

Mais si ce choix donne généralement lieu à des présomptions favorables au lait, par rapport à l'enfant, on ne peut pas être certain du succès de l'alimentation,

Il n'en est plus de même lorsque la mère a nourri. Maintenant, toutes les fois que les garde-robes de l'enfant conduiront par l'observation du médecin à faire changer la nourrice, il suffira d'examiner au microscope l'état du lait de la nourrice à changer, et d'en prendre une dans les conditions opposées.

J'ai tenu à rappeler le passé de mes observations aujourd'hui que tout le monde est exercé dans l'emploi du microscope.

M. J. GUÉRIN. La clôture de la séance ne m'a pas permis de donner mardi dernier d'indispensables éclaircissements sur deux points relatifs à l'allaitement des nouveau-nés. Mieux comprises mes observations me paraissent de nature à exercer une notable influence sur l'élevage des jeunes enfants : je veux parler de la valeur de l'allaitement artificiel et de l'appropriation du lait des animaux aux facultés digestives des nouveau-nés.

Dans la crainte que la discussion, improvisée sur ce sujet, ne soit considérée comme close, je crois indispensable de soumettre à l'Académie les explications qui suivent.

A propos des succès de l'allaitement artificiel, venus à ma connaissance, j'ai mentionné plusieurs personnes qui avaient obtenu des résultats tout à fait exceptionnels. Quelques mots assureront l'autorité de mes observations.

Je rappellerai d'abord la singulière mais précieuse déclaration de celui de nos collègues qui a renouvelé dans la dernière séance les accusations qu'on perpétue, d'une façon que je regarde comme tout à fait inconsidérée, contre l'allaitement artificiel. « Le nombre des enfants que j'ai vu prospérer par l'allaitement artificiel, a dit M. Hervieux est assez considérable : les cinq enfants de ma mère ont été élevés ainsi et ils sont tous vivants ; et cependant, a ajouté notre collègue, je demeure l'ennemi de ce mode d'allaitement parce que le chiffre de ses revers l'emporte sur celui de ses succès. » L'Académie ne jugera-t-elle pas comme moi qu'un peu de reconnaissance envers un mode d'allaitement, qui lui a si bien réussi, n'aurait pas nui à la logique de notre collègue. Le docteur Peron, de Besançon, après avoir fulminé contre l'allaitement artificiel, dans un travail adressé à l'Académie, a déclaré néanmoins que, par des circonstances particulières, il avait *dû* élever tous ses enfants au nombre de sept au biberon, et qu'ils sont aujourd'hui tous vigoureux et d'une santé parfaite.

Et c'est précisément à notre distingué confrère de Besançon que nous devons la connaissance d'une de ces femmes intelligentes et dévouées dont les succès ont si fort étonné. C'est par M. Peron lui-même que nous avons su que cette femme avait heureusement élevé près de cent enfants au biberon, et qu'après sa mort une pierre tumulaire, dans le cimetière de Besançon, rappelle ses succès par l'inscription suivante : « Ci-gît..... qui fut nourrice de quatre-vingt-seize enfants. »

Après ces faits si concluants, ai-je besoin de rappeler d'autres exemples, déjà cités dans cette enceinte, de succès presque constants obtenus par l'allaitement artificiel ; ceux communiqués par M. Nonat, anciennement chargé du service des nourrices, qui, sur dix-neuf nourrissons confiés à la même éleveuse, n'a compté que deux décès ; ceux de M. Decaisne qui, sur vingt-six nourrissons élevés de la même manière et observés avec le plus grand soin, n'a vu mourir que trois enfants dans les deux premières années. M. Decaisne a toujours fait couper jusqu'à six mois le lait par tiers, puis par quart, avec le beurre et le sucre (1).

On peut donc croire que tous ces nécrologes contre l'allaitement artificiel, d'où vient tout le mal, demandent à être passés au creuset d'une observation plus sérieuse et plus impartiale. On y verra, comme je n'ai cessé de le dire, plutôt les mauvais résultats d'une regrettable confusion entre l'allaitement artificiel et l'alimentation prématurée, que les effets véritables de l'allaitement artificiel.

C'est précisément pour dissiper cette confusion que j'ai autant insisté sur la fréquence de l'association de ces deux modes d'alimentation des jeunes enfants, et c'est pour en prouver les fâcheuses conséquences que j'ai cherché à faire ressortir l'utilité d'approprier le lait de vache, le bon lait de vache, entendons-nous, aux facultés digestives des nouveau-nés, par l'addition d'une certaine quantité d'eau et de sucre. Si ceux de mes confrères qui ont critiqué, sans y voir d'assez près, cette méthode et ce moyen y avaient regardé de plus près, ils auraient compris que quand j'ai conseillé d'ajouter de l'eau et du sucre au lait, il s'agissait, d'une part, du bon lait de vache et celui qui est toujours plus riche que le lait de femme, et que cette atténuation n'est conseillée que pour les très-jeunes nourrissons. Il va donc sans dire qu'en vertu du principe posé de l'appropriation, ce n'est ni au lait faible et déjà baptisé que je conseille d'ajouter de l'eau, ni aux nourrissons déjà avancés que je prescris le lait mitigé. Je prescris l'appropriation : voilà l'avis, et j'en indique le moyen.

A propos du titrage du lait que je conseillerai de substituer aux appréciations vagues de la routine ; notre collègue M. Depaul a déclaré la chose impossible et il a d'excellentes choses sur les enseignements de l'expérience comme moyen d'apprécier les effets du lait sur les organes digestifs de l'enfant. Je trouve d'autant plus excellent ce que dit M. Depaul à cet égard, que j'ai été heureux d'y retrouver ce que j'avais dit moi-même en son absence dans la précédente séance. Mais je prendrai la liberté de lui faire remarquer que l'expérience, que je prise autant que lui, ne révèle jamais les mauvais effets d'un lait trop faible ou trop riche, ou d'un mauvais lait, que quand ces effets sont produits, quand le mal est fait ; c'est un peu tard. La vraie science est celle qui prévoie ; c'est pourquoi j'ai parlé du titrage comme moyen préventif. Ce n'est déjà pas si nouveau et si impossible. Les chimistes ont déjà fourni à l'administration d'heureux essais dans cette voie, ils n'ont qu'à continuer. Il n'en est pas moins utile de protéger l'estomac des jeunes nourrissons que la bourse des consommateurs.

M. BLOT ne pensait pas prendre la parole dans cette question, qu'il regardait comme jugée et épuisée depuis longtemps, mais il a trouvé dans l'argumentation de M. Devergie certaines propositions qu'il ne veut pas laisser passer sans observations. M. Devergie semble admettre que le lait d'un sein non teté est plus blanc et plus épais que celui d'un sein qui vient d'être teté. C'est là, suivant M. Blot, une proposition absolument inexacte, et c'est précisément le contraire qui a lieu.

(1) *Bulletin de l'Académie*, 1870, p. 143.

M. Devergie admet une grande supériorité de l'examen microscopique sur les procédés usuels pour reconnaître les qualités du lait. M. Blot soutient, au contraire, que ces derniers sont infiniment préférables au microscope qui, au point de vue de la détermination de la valeur d'une nourrice, ne sert absolument à rien. L'examen microscopique du lait n'est utile que pour reconnaître la présence dans le lait de corps étrangers, de sang, d'épithélium ou de pus. Il est un point de la plus haute importance dont M. Devergie n'a pas tenu compte, c'est le moment de la tetée; le lait est, en effet, très-variable suivant qu'il provient du commencement, du milieu ou de la fin de la tetée. Ses qualités sont très-différentes, suivant ces périodes.

En somme, ce n'est pas à l'examen microscopique, mais bien aux procédés usuels qu'il faut avoir recours pour la détermination exacte des qualités du lait et de la valeur d'une nourrice.

M. Devergie a bien parlé du volume des seins, mais il y a volume et volume; il ne faudrait pas, par exemple, confondre un gros sein graisseux, avec une glande mammaire volumineuse. Il est des femmes chez lesquelles les seins restent, pour ainsi dire, indifférents aux modifications qu'amène la grossesse dans l'utérus, or il bien certain que ces seins ne sont pas les meilleurs pour l'allaitement, et il a remarqué depuis longtemps déjà, que les seins qui subissaient l'influence des premières phases de la grossesse devenaient plus tard les meilleurs pour l'allaitement. Enfin, le volume des seins n'est pas toujours une preuve de leur aptitude à un bon allaitement; en effet, il y a des femmes qui, pendant même qu'elles nourrissent, ont des seins petits, tombants, mollasses en apparence, de véritables blagues à tabac, en un mot, et qui au moment même où l'enfant commence à teter, augmentent de volume. Ces seins sont très-bons pour l'allaitement, contrairement à l'opinion que l'on pourrait s'en faire si l'on ne les jugeait que sur leur apparence extérieure et en dehors des moments de la succion. Le microscope donnera-t-il tous ses renseignements? Non certes, et jamais il ne remplacera ce qu'apprend l'expérience de tous les jours.

M. J. Guérin a parlé du titrage du lait et a fait ressortir tous les avantages que l'on retirerait, pour les enfants, d'une pareille mesure. Cela est vrai, ce serait une très-bonne méthode ; mais elle est malheureusement inapplicable dans la pratique. La lactométrie est absolument incompatible avec les exigences de la pratique quotidienne.

En outre, il y a chez les enfants, comme chez les adultes, des caprices d'estomac qui font que la meilleure nourrice ne convient pas, alors que telle autre, en apparence bien moins bonne, convient parfaitement. M. Blot rappelle à cette occasion que pour la petite fille de M. Paul Dubois cinq très-belles nourrices ont été successivement essayées avant qu'on en trouvât une qui convînt à l'estomac de l'enfant. Il y a donc pour déterminer la qualité d'un lait quelconque un réactif infiniment plus sensible que le microscope et que tous les moyens physiques ou chimiques, c'est l'estomac de l'enfant.

M. Jules Guérin a parlé d'une brave femme de la campagne qui a pu élever un très-grand nombre d'enfants au biberon, et qui a toujours fait de très-beaux élèves. Cela peut se voir à la campagne, mais il est bien certain que cette femme n'aurait jamais obtenue de semblables succès dans une grande ville. Il ne faut donc pas induire de ce qui se passe à la campagne à ce qui se voit dans les grandes villes. Ce sont là, du reste, des questions vidées depuis longtemps et sur lesquelles M. Blot croit inutile d'insister davantage.

M. DEVERGIE répond à M. Blot qu'il a voulu parler de seins qui ne nourrissent jamais, et non pas de seins qui sont restés seulement deux ou trois heures sans être tétés. Il est donc tout à fait d'accord avec M. Blot sur ce qu'il a dit relativement au moment de la traite; il y a même bien longtemps qu'il connaît toutes ces questions.

Il maintient, en outre, l'utilité du microscope; cet instrument révèle les trois degrés du lait : le lait fort, le lait moyen et le lait faible; en effet, le nombre et le volume des globules sont parfaitement en rapport avec la force du lait.

M. J. GUÉRIN, en parlant du titrage du lait, n'a jamais eu la pensée de faire titrer du lait de nourrice. C'est seulement lorsqu'il s'agit de remplacer une nourrice par du lait de vache qu'il devient utile de connaître exactement la composition des deux laits, afin de ramener le lait de vache au degré de force du lait de femme qu'il est appelé à remplacer. On sait, en effet, qu'en ce qui concerne tous les éléments analysés du lait, le lait de vache est très-supérieur au lait de femme. C'est pourquoi il doit être titré.

M. J. Guérin reconnaît parfaitement, avec M. Blot, que le séjour à la campagne est une excellente condition et qui favorise singulièrement l'élevage au biberon ; mais il ne faut pas non plus n'envisager la question qu'à ce point de vue ; ce n'est jamais là qu'un des éléments de la question. Le rôle de la science consiste à chercher à prévenir les inconvénients que l'on peut avoir à regretter quand ils se produisent. C'est pourquoi M. Guérin est d'avis qu'il y a lieu de rapprocher le lait de vache du lait de femme, autant que cela est possible; car on sait combien est variable le lait de femme, non-seulement de femme à femme, mais même chez la même femme, suivant les diverses époques de la lactation.

M. BLOT. Il est un vieux dicton qui a bien sa raison d'être. « Les jeunes enfants, dit-on, rajeunissent le lait. » Cela est vrai, et voici comment : une nourrice quitte par exemple un enfant de cinq mois pour un enfant de cinq jours ; il est bien évident que la bouche de ce dernier détermine au sein de la nourrice une excitation bien moins vive que celle qu'y déterminait la bouche de l'enfant de cinq mois, et qu'en outre elle tire une moindre quantité de lait. Il en résulte que celui-ci séjournant plus longtemps dans la mamelle, s'y éclaircit et par suite recouvre en partie les qualités qu'il avait étant plus jeune. Il est donc vrai, dans une certaine mesure, que les jeunes enfants rajeunissent le lait.

Ceci d'ailleurs, se trouve parfaitement en accord avec l'esprit qui a dicté la loi qui va être appliquée prochainement et qui défend à toute nourrice de prendre un nourrisson avant que son enfant n'ait atteint l'âge de cinq mois.

M. Blot, d'accord avec M. J. Guérin, voudrait que l'on pût titrer le lait de vache, mais il est tout aussi difficile d'obtenir une constante pour le lait de vache que pour le lait de femme. Le lait de vache présente également de très-grandes variations suivant le moment de la traite, l'époque de la lactation, etc.

M. Blot maintient l'impossibilité de faire de beaux élèves avec le biberon dans les grandes villes. L'influence du milieu, en pareil cas, est de la plus haute importance.

M. DEVERGIE fait observer, qu'en demandant une loi qui défendît à toute nourrice de prendre un nourrisson avant que son propre enfant ne fût âgé d'au moins cinq mois, on a eu en vue l'intérêt de l'enfant de la nourrice et non pas celui du nourrisson ; et c'est suivant lui une hérésie que d'admettre que les jeunes enfants rajeunissent le lait.

M. LE PRÉSIDENT déclare trois vacances, l'une dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Béhier; l'autre dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Segalas; la troisième dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Buignet.

COMMUNICATION

Nouvelle méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre. Dilatation immédiate progressive. — M. LÉON LE FORT communique à l'Académie cette méthode qu'il emploie depuis sept ans avec des résultats des plus favorables. Elle consiste à placer dans l'urèthre pendant vingt-quatre heures une bougie dont la présence dans le rétrécissement a pour résultat d'enflammer légèrement les tissus, de les ramollir et de les rendre plus extensibles. Cette bougie porte un ajutage métallique, auquel on visse un premier cathéter conique, dont la partie la plus large a 3 millimètres de diamètre, le cathéter, poussant devant lui la bougie qui le guide et l'empêche de faire fausse route, est engagé dans le rétrécissement, dont il commence la dilatation. On le retire, et il entraîne avec lui la bougie qui s'était repliée dans l'urèthre, mais on ne laisse sortir hors du méat que le talon de la bougie. Le cathéter n° 1 est dévissé et remplacé par le cathéter n° 2, dont le cône, plus marqué, a vers sa base 5 millimètres. On l'engage de la même façon dans le rétrécissement, et on le remplace par un troisième, dont le diamètre va jusqu'à 7 millimètres.

On peut ainsi, dans une seule séance, dilater complétement des rétrécissements serrés, même ceux dont les parois indurées offrent une certaine résistance à la dilatation. L'opération est des plus faciles puisque, grâce à la bougie conductrice, toute fausse route est impossible; la douleur est si faible, qu'on ne saurait songer à l'anesthésie; l'écoulement de sang absolument exceptionnel se borne, même alors, à quelques gouttes apparaissant au méat; enfin, depuis sept ans qu'il emploie cette méthode, M. Le Fort n'a jamais vu survenir d'accidents, et les phénomènes morbides se sont bornés, dans les cas les plus graves, à un accès de fièvre uréthrale dont le sulfate de quinine a fait facilement justice.

M. Le Fort résume sa communication dans les conclusions suivantes :

Il n'est pas d'opération, pas de méthode thérapeutique capable d'amener immédiatement la guérison définitive des rétrécissements de l'urèthre. Dans l'immense majorité des cas, la récidive survient si le malade cesse trop tôt de recourir fréquemment au cathétérisme. Le cathétérisme étant le complément obligé de toutes les méthodes, la dilation simple resterait la méthode la plus sûre et la meilleure, si elle n'avait l'inconvénient d'être peu efficace dans les rétrécissements très-étroits et indurés, si son emploi dans les cas alors que le rétrécissement n'est pas encore dilaté n'exposait à l'apparition d'accidents caractérisés par le nom de fièvre uréthrale, et si enfin, même dans les cas simples la dilatation lente n'exigeait pas un traitement d'assez longue durée.

Le procédé que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie a pour but de supprimer les lenteurs du traitement ordinaire par la dilatation simple et de rendre inutile dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, l'opération de l'uréthrotomie interne ou de la divulsion.

Lorsqu'une bougie a séjourné vingt-quatre heures dans un rétrécissement, elle a amené dans les tissus avec lesquels elle est en contact une modification qui se traduit par une extensibilité plus grande. Si le rétrécissement est assez peu serré pour qu'on puisse y engager une bougie de 3 millimètres et s'il a peu de résistance, on peut faire séance tenante la dilatation au moyen de bougies dites en gomme qu'on introduit successivement, numéro par numéro, jusqu'à ce que le diamètre de 7 millimètres au moins ait été obtenu.

Si le rétrécissement est serré et en même temps résistant on peut au moyen de cathéters métalliques coniques, munis d'une bougie conductrice, obtenir en une seule, et exceptionnellement en deux séances, la dilatation immédiate progressive.

Comme toutes les autres méthodes, elle ne met à l'abri de la récidive que si le malade continue à faire usage du cathétérisme par les bougies ordinaires, jusqu'à ce que la tendance à la rétractilite des parties jadis rétrécies ait complétement cessé.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 6 novembre 1876, les deux chaires de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par arrêté en date du 6 novembre 1876, la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Clermont, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

— *Faculté de médecine.* — *Avis.* Le secrétaire de la Faculté a l'honneur d'informer MM. les étudiants, que l'état de stage est parvenu au sécrétariat ; il leur rappelle en même temps que le registre d'inscriptions sera clos le 15 de ce mois à quatre heures du soir.

— MM. les étudiants sont prévenus que les consignations pour les examens de fin d'année seront reçues jusqu'au 11 novembre inclusivement.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le professeur Charcot commencera son cours sur les *maladies du système nerveux* le dimanche 12 novembre, à neuf heures et demie.

— *Cours complémentaire sur les maladies des enfants.* — M. le docteur Blachez commencera ce cours, à l'hospice des Enfants le samedi 11 novembre, et le continuera les samedis suivants à la même heure. Le jeudi de chaque semaine, à neuf heures, leçon de diagnostic.

— *Hôpital des Cliniques.* — *Cours de clinique chirurgicale.* M. le professeur Broca a commencé ce cours le lundi 6 novembre à neuf heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Cours d'histoire et de chirurgie de la médecine.* — M. le professeur Parrot commencera ce cours, le samedi 11 novembre à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera le mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

— *Pathologie médicale.* — M. A. Ollivier, agrégé, chargé du cours commencera ce cours le mercredi 15 novembre, à trois heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Cours d'anatomie appliquée à la physiologie et à la pathologie.* M. le docteur Marc Sée, chef des travaux anatomiques, commencera ce cours le mardi 14 novembre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à quatre heures, dans l'amphitéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. — M. Sée traitera de la face (suite), du cou et du front.

— *Hôpital Necker.* — *Cours complémentaire sur les maladies des voies urinaires.* — M. le docteur Guyon, agrégé, commencera son cours le mercredi 15 novembre, à neuf heures, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. Le mercredi leçon théorique; le samedi, leçon clinique et opérations.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois . . 8 fr. 50 c. — Six mois . . 16 — — Un an . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la valeur séméiotique de l'expectoration dans la phthisie pulmonaire. — Affections syphilitiques des membranes profondes de l'œil ; frictions mercurielles ; grande amélioration. — Anasarque et éclampsie albuminurique pendant la grossesse ; traitement mixte par la saignée et le chloral ; accouchement à terme d'un enfant vivant ; guérison. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. Leçons sur le traitement des anévrysmes. — VARIÉTÉS. Congrès international d'hygiène et de sauvetage à Bruxelles. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la valeur séméiotique de l'expectoration dans la phthisie pulmonaire.

C'est d'un vieux sujet rajeuni que nous voulons entretenir un instant, aujourd'hui, les lecteurs de la Revue. La séméiotique moderne, surtout en fait de maladies des organes respiratoires, basée principalement sur les moyens physiques d'exploration, a fait négliger ou bien oublier beaucoup de données de la séméiotique ancienne, qui n'avaient sans doute pas toutes une égale valeur, mais dont on ne tient peut-être pas assez compte de nos jours. « Si, dans les temps anciens, on a trop demandé (à ce point de vue), aux crachats, à l'époque actuelle on leur demande trop peu ». C'est de cette proposition que M. le docteur G. Daremberg est parti, pour se livrer à des recherches histologiques et cliniques sur l'expectoration des phthisiques. Nous ne prendrons des résultats de ces recherches, consignés dans un travail récemment paru (1), que ce qui touche à un point qui nous a paru plus particulièrement intéressant ; nous voulons parler du rôle de l'expectoration dans la dénutrition des phthisiques.

Voici le résultat de quelques analyses faites sur un phthisique arrivé à la période ulcérative, et couché dans l'une des salles de la clinique médicale de la Charité, à laquelle M. G. Daremberg est attaché en qualité de chef des travaux chimiques du laboratoire. Ces analyses ont été faites avec le concours de M. Cazeneuve également attaché à ce service.

Le 3 juillet, ce malade rend 600 grammes de crachats en vingt-quatre heures. 68 grammes, placés dans une capsule et chauffés à 100°, ont donné 2gr 68 de résidu solide, composé de matières albuminoïdes et des matières animales (soit 23gr 65 de substances solides pour 600 grammes). D'autre part, ayant pris 1gr 1475 de résidu séché à 100° et ayant fait calciner à une température insuffisante pour volatiliser les chlorures, on a repris par l'eau distillée, puis par l'eau acidulée d'acide chlorhydrique. La somme des produits d'évaporation de ces solutions salines a donné 0gr 186 pour 23gr 65 de résidu sec, ce qui donne 3gr 83 pour l'expectoration totale de la journée. Cette cendre était composée de :

Phosphate de chaux.	1,30
Chlorure de sodium.	0,95

Les dix jours suivants, MM. Daremberg et Cazeneuve ont dosé dans les crachats séchés : l'azote non fourni par les matières albuminoïdes, le phosphore et le chlore. La quantité des crachats rendus en vingt-quatre heures variait de 190 à 210 grammes. Les résultats obtenus, très-semblables entre eux, sont en moyenne :

Azote	0,927
Phosphates	0,76
Chlorure de sodium. . . .	0,47

L'urine du même malade, analysée pendant les mêmes jours, variait de 1030 grammes à 850 grammes par vingt-quatre heures. Elles ont donné, pour vingt-quatre heures, en moyenne :

Urée	14,00
Phosphate	1,15

D'où l'on voit que les crachats des phthisiques peuvent contenir presque autant de phosphates et de chlorures que les urines, et que l'expectoration est pour eux une des voies par lesquelles sont expulsés les produits de la dénutrition ; qu'elle est non-seulement une des voies, mais aussi une des causes de cette dénutrition. D'où enfin, des données importantes au double point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

Voici maintenant, d'une manière générale, en quels termes M. G. Daremberg a apprécié la valeur séméiotique de l'expectoration dans la phthisie.

Au début de la phthisie, l'expectoration n'a aucune valeur. Dès qu'elle commence à devenir purulente et surtout à se strier de sang, elle doit faire penser à la phthisie. La forme nummulaire n'a aucune valeur. Si, dans ces crachats, le microscope démontre la présence de fibres élastiques, alors on peut affirmer qu'il y a phthisie et que le poumon est ulcéré. La présence des fibres élastiques doit servir non-seulement au diagnostic, qui ordinairement est établi avant leur découverte, mais au pronostic et à l'étude de la marche de la maladie. Si, chez un individu qui a présenté des fibres élastiques, celles-ci viennent à disparaître, on en concluera que le travail ulcératif se limite ; si elles reparaissent, que le processus morbide reprend son cours.

On comprend, par là, de quelle importance peut être ce genre d'examen, dans les circonstances où les autres signes viendraient à faire défaut ou à être difficilement percevables.

(1) *De l'Expectoration dans la phthisie pulmonaire*, par le docteur Georges Daremberg. — Broch. in-8°, Paris, 1876. Chez J.-B. Baillière.

L'abondance des crachats au début d'une phthisie confirmée est d'un mauvais augure.

Lorsque les crachats font des taches empesées sur le linge, il y a présomption qu'on a affaire à un diabétique.

Quand l'expectoration cesse brusquement, il faudra soupçonner l'arrivée d'une maladie intercurrente ou l'approche de la mort.....

L'examen de l'expectoration est utile pour le diagnostic de la phthisie granuleuse généralisée. La striation des crachats par du sang pur, rutilant, les différenciera des crachats de la pneumonie ou de la bronchite capillaire. Ces caractères empêcheront aussi de confondre la phthisie granuleuse généralisée avec une fièvre typhoïde, dans laquelle l'expectoration est nulle ou mélangée de sang noir provenant du nez.

Parmi les expectorations accidentelles, la bronchorrhée et l'expulsion de calculs n'ont aucune valeur pronostique.

L'apparition si rare des crachats d'apoplexie pulmonaire ou de bronchiectasie aggraveront le pronostic.

L'examen histologique des crachats peut donner, comme on vient de le voir, de précieux renseignements sur la marche des ulcérations profondes du poumon, et, par conséquent, d'utiles indications sur le traitement hygiénique. L'abondance de l'expectoration fournit aussi des indications thérapeutiques spéciales, entre autres celle qui se déduit de la dénutrition résultant de la quantité considérable de matières organiques et minérales expulsées par les crachats. Elle consiste naturellement à tarir ou du moins à diminuer autant que possible la source de ce flux abondant. On n'a sans doute pas oublié que c'était dans ce but que Beau avait employé dans le temps, et préconisé avec l'ardeur qu'il mettait en toutes choses, l'acétate de plomb, auquel ses dangers ont fait généralement renoncer aujourd'hui. C'est dans ce même but que M. Woillez a proposé, depuis, l'usage plus rationnel et beaucoup plus inoffensif du tannin. M. G. Daremberg signale parmi les moyens qu'il considère comme les meilleurs, à ce point de vue, l'opium et surtout la morphine, dont nous n'avons pas à faire connaître les effets dans le traitement de la phthisie; les préparations d'eucalyptus et l'usage de la créosote du goudron de hêtre, employée par plusieurs médecins anglais, et dont M. Bouchard paraît avoir obtenu récemment de bons résultats dans son service de l'infirmerie de Bicêtre, en l'administrant à la dose de 20 à 40 centigrammes par jour.

Nous pourrions ajouter qu'il est peu de médications qui modifient aussi avantageusement et aussi promptement l'expectoration des phthisiques, que l'usage de l'eau du Mont-Dore en inhalations, en l'accroissant d'abord dans ses éléments muqueux et en la fluidifiant, pour la tarir plus ou moins complétement ensuite. Mais c'est là une médication qui n'est ni à l'usage de tous les malades, ni praticable en tous temps.

Affection syphilitique des membranes profondes de l'œil. — Frictions mercurielles. — Grande amélioration.

Une femme de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu nous a présenté récemment un exemple d'affection syphilitique profonde, très-nette, des deux yeux. Depuis trois mois, cette femme éprouvait des troubles de la vision très-considérables, notamment du côté gauche. Elle avait une achromatopsie complète; elle ne distinguait plus les couleurs les unes des autres. De plus le champ de la vision était extrêmement rétréci. Voici ce que M. Le Dentu, chargé à ce moment du service, a constaté à l'entrée de cette malade à l'hôpital.

Dans l'œil droit, on apercevait au moyen de l'ophthalmoscope sur la partie externe de la papille un peu d'exsudation séreuse, le reste de la papille était le siége d'une légère vascularisation, il y avait un peu de rougeur de la choroïde.

Dans l'œil gauche, il y avait une altération beaucoup plus prononcée, portant à la fois sur la rétine et sur la choroïde. Toute la partie gauche de la papille était le siége d'une exsudation blanche qui se confondait avec le bord de cet organe, au point d'en rendre la délimitation impossible. A la partie interne le long des vaisseaux, on voyait des masses d'exsudats qui y étaient comme appendus.

Cette malade a été soumise dès son entrée à l'usage des frictions mercurielles qu'elle a très-bien supportées. On a commencé par 1 gramme, puis 2 et puis 4 grammes. M. Le Dentu avait eu l'intention d'administrer l'iodure de potassium, mais il s'est heurté à une intolérance devant laquelle il a dû céder. Dès le premier essai, la malade avait été prise de phénomènes d'embarras gastriques, de céphalalgie, de coryza. Il fallut y renoncer et revenir aux frictions mercurielles, malgré un peu de stomatite.

Le 27 octobre, la veille du jour où M. Le Dentu nous entretenait de cette malade, il avait constaté que la guérison était complète du côté droit, où les lésions étaient moindres; et qu'il était survenu une amélioration seulement, mais une amélioration assez notable dans l'œil gauche, où comme on l'a vu plus haut, les lésions étaient beaucoup plus étendues et plus accentuées. Les exsudations choroïdiennes y occupaient encore, en effet, une assez grande surface sur les points où les exsudats avaient été résorbés, il restait à leur place du pigment indiquant une altération persistante de la choroïde. On pouvait voir maintenant plus distinctement le contour de la papille et ses limites, ce qui permettait même de mieux distinguer un petit cercle atrophique. Enfin du côté des vaisseaux qui portaient appendus après eux de petits exsudats on ne constatait plus qu'une exsudation très-diffuse, comme une suffusion séro-plastique, susceptible encore de se résoudre.

La vision, qui était très-altérée chez cette malade et dont le champ était surtout très-rétréci, avait gagné sensiblement; il y avait encore un peu de trouble général, mais la perception des couleurs qui avait été presque complétement abolie ou profondément altérée, était en partie revenue. L'achromatopsie subsistait à un degré beaucoup moindre. Certaines couleurs, le bleu par exemple, était perçu d'une manière nette. Le rouge et le jaune donnaient une sensation de gris rougeâtre ou jaunâtre. Le vert n'était pas vu du tout.

Comme on le voit, cette malade n'est pas encore complétement guérie, il est même douteux qu'elle puisse l'être jamais d'une manière complète, vu l'atrophie partielle de la papille de l'œil gauche. Mais son état est considérablement amélioré.

Nous avons dit que ce résultat était dû à l'usage des frictions mercurielles, l'iodure de potassium ayant été tenté sans succès. Ce fait vient confirmer sous ce rapport l'opinion des syphiliographes, qui donnent dans ce cas la préférence aux frictions mercurielles sur tous les autres moyens de traitement, et en particulier celle de M. Fournier, qui professe à cet égard et formule de la manière la plus absolue le précepte de l'usage exclusif des frictions mercurielles. « A des lésions comportant une telle gravité, dit-il, il ne convient pas de marchander le traitement spécifique. C'est au mercure qu'il faut en appeler immédiatement, au mercure administré de la façon la plus active, la plus énergique. Le proto-iodure, le sublimé, l'hydrargyre en nature, administré par l'estomac, même à doses assez élevées, sont la plupart du temps inefficaces ou insuffisants contre ce genre de manifestations. Le traitement par les frictions est ici la meilleure, la véritable, la seule ressource.

Pas de demi-mesure, ajoute-t-il, pas de tergiversations qui n'auraient pour résultat que de laisser les lésions se confirmer et devenir incurables. En face d'une ophthalmie profonde de l'œil, sans retard prescrivez les frictions : des frictions à haute dose, 4, 6, 10, 12 grammes d'onguent mercuriel double et même au delà, si besoin est. Poussez les frictions jusqu'à influencer la bouche... »

On a vu que M. Le Dentu, chez sa malade, n'a pas dépassé 4 grammes par friction, ce qui est le minimum des doses formulées par M. Fournier. Mais il faut s'attendre à être très-probablement obligé de recommencer dans quelque temps, surtout si la malade n'observe pas soigneusement le régime et les prescriptions hygiéniques qui ont dû lui être conseillés. C'est alors que l'en pourra sans danger élever encore les doses. Il est bon, quand les doses modérées ou même faibles ont réussi du premier coup, de ne pas abuser de la tolérance des malades.

Anasarque et éclampsie albuminurique pendant la grossesse. — Traitement mixte par la saignée et le chloral. — Accouchement à terme d'un enfant vivant. — Guérison.

A mesure que les faits se multiplient, la faveur des praticiens semble s'attacher de plus en plus au traitement mixte de l'éclampsie puerpérale par la saignée et le chloral, sur lequel nous avons bien des fois déjà appelé l'attention de nos lecteurs dans cette Revue, et dont M. Guéniot a si bien formulé les indications dans l'une de ses dernières leçons à la Clinique, que nous avons brièvement résumée ici.

Voici un nouveau fait à l'appui de l'efficacité de cette méthode mixte, que nous communique M. le docteur Liégeard (de Bellême).

« Mme F..., quarante-deux ans, forte et grasse, mariée depuis dix ans à un cultivateur, n'a jamais eu d'enfant. Arrivée au huitième mois d'une grossesse tardive, elle remarque qu'elle a la figure bouffie, se plaint d'une grande faiblesse, de nausées, de troubles de la vue, qui la forcent à interrompre son travail et à garder le lit par moments. Le 3 mai, au début du neuvième mois, le mari inquiet vient me chercher. Mme F... a les paupières et les jambes œdématiées, le teint blême, la respiration accélérée et ne peut rester couchée sur le dos; râles muqueux à la base des poumons, toux fréquente; les urines analysées donnent un abondant précipité d'albumine; régime lacté (comme l'indique M. Tarnier). Le mari est prévenu de l'invasion probable des convulsions.

En effet, quatre jours après, le 7 mai, la malade est prise d'une première attaque d'éclampsie à neuf heures du matin et d'une autre plus forte vers midi. A trois heures du soir, peu après mon arrivée, j'assiste à une troisième attaque : face injectée, respiration stertoreuse, pouls vif et fréquent, pupilles dilatées et insensibles, agitation des membres; écume salivaire aux lèvres; entendement aboli. Ensuite, *sopor* et état comateux.

Vers trois heures et demie, la connaissance étant sensiblement revenue, je pratique une saignée du bras de 500 grammes et je prescris la potion suivante :

Chloral. . . . . . 6 grammes.
Potion gommeuse. . 150 —

par cuillerées toutes les demi-heures.

A dix heures du soir, à ma seconde visite, la malade me reconnaissant plutôt à ma voix que par les yeux, dit-elle, paraît étonnée et demande ce qu'on lui a fait; elle a pris sa potion, a uriné plusieurs fois; pas de nouvelle attaque depuis la saignée.

Pr. Renouveler la potion au chloral, une cuillerée toutes les deux heures seulement. Pas de douleurs utérines, col mou au toucher, mais non dilaté, ni dilatable.

Nuit assez bonne, sommeil peu agité.

Du 8 au 28 mai, la grossesse suit son cours; la malade se lève tous les jours et continue l'usage du lait, quatre litres par jour; l'anasarque diminue, l'intelligence redevient nette, moral moins abattu. Mouvements actifs du fœtus perçus par la mère.

Le 28, à midi, commencement de travail; la tête, en première position, descend lentement dans l'excavation pelvienne; une application du forceps est nécessaire au détroit inférieur, et, avant minuit, j'extrais un garçon petit, mais bien vivant. Délivrance laborieuse, hémorrhagie intense. La rétraction utérine est activée par deux doses massives de seigle ergoté, à quelques minutes d'intervalle et par l'expression de l'organe à travers les parois abdominales. Le pouls est filiforme, il y a des sueurs froides, des bâillements, des lipothymies.

Je prescris des frictions et un cordial administré fréquemment. Expulsion de caillots noirs volumineux. Puis le globe utérin se rétracte, le pouls devient sensible, le visage se colore et tout danger immédiat paraît conjuré.

Le lendemain, état satisfaisant : bouillons et potage; eau vineuse, l'accouchée ne voulant plus de lait. Lochies abondantes et d'odeur forte pendant plusieurs jours; sécrétion lactée nulle ou à peu près. L'œdème disparaît rapidement et, au bout de quinze jours, la malade peut rester levée plusieurs heures.

Aujourd'hui, six mois après, la mère, pleine de santé, a repris ses rudes travaux et l'enfant s'élève bien. »

Ainsi, après trois attaques non douteuses d'éclampsie, chez une primipare albuminurique au dernier mois de la grossesse, un traitement mixte est institué : d'abord la saignée, qui semblait indiquée naturellement par l'état pléthorique du sujet, puis le chloral pour prévenir le retour des attaques. Cette double médication réussit non-seulement à enrayer les accidents chez la mère, mais à sauvegarder l'existence du fœtus, si souvent compromise en pareil cas. Telle est la conclusion que notre confrère se croit autorisé à tirer de ce cas. Il se demande ensuite si le chloral, médicament si précieux pour la mère, est sans danger pour le fœtus?

Nous n'avons pas, jusqu'à présent, de faits suffisants pour répondre d'une manière catégorique à cette question. L'expérience, à cet égard, se chargera de nous éclairer.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Trois mémoires adressés avant le 1er novembre, pour prendre part au concours du prix Laborie, et ayant pour titres, le premier : *Mémoire sur l'exomphalocèle coongénitale*; le second : *Contribution à l'étude de la dégénérescence des tumeurs*; le troisième : *De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied.*

Un quatrième mémoire sur les *plaies pénétrantes du genou* est imprimé et ne semble pas remplir les conditions du concours.

2° Deux observations de M. Devals (de Bordeaux), candidat au titre de membre correspondant, l'une sur un *Kyste congénital du tissu cellulaire du cou guéri par deux ponctions successives avec le trocart capillaire*; l'autre intitulée : *Trois chutes sur l'épaule gauche en vingt-quatre jours, compliquées, les deux premières de luxation sous-coracoïdienne, et la troisième de fracture.* (Commis. : MM. Larrey, de Saint-Germain, Desprès).

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente :

1° De la part de M. Oré (de Bordeaux), une *Étude histologique, physiologique et clinique sur la transfusion du sang avec deux observations de transfusion du sang avec le sang humain et le sang d'agneau.*

2° De la part de M. Ad. Chapard sa thèse sur le *Traitement du tétanos par le chloral.*

COMMUNICATIONS

Dangers des pessaires. — Résultats de la suture du nerf médian. — M. NOTTA (de Lisieux), membre correspondant, donne lecture d'une note sur les *dangers de l'application des pessaires*, et cite à l'appui trois observations. Dans la première, l'instrument a produit une fistule vésico-vaginale; dans la seconde, un abcès de la fosse iliaque gauche qui s'est ouvert spontanément au-dessus de l'arcade crurale et qui suppure encore depuis trois mois; dans la troisième, un phlegmon péri-utérin qui a causé la mort. Dans ces deux derniers cas, le pessaire employé était celui de Gariel qu'un herboriste du pays avait conseillé et posé sans nécessité. M. Notta insiste sur l'importance qu'il faut attacher aux plaintes des malades qui souffrent dans le ventre ou dans le vagin après l'application d'un pessaire.

Dans une deuxième communication, M. Notta expose les résultats d'une opération de névrome du nerf médian qu'il a pratiquée. La tumeur, du volume d'une petite noisette, datait de trois années et était indolente à la pression, mais très-douloureuse au moindre choc. Elle était située à 5 centimètres au-dessus du pli du poignet, vers la ligne médiane, et était mobile. Depuis six mois elle était le siége d'élancements spontanés, surtout aux changements de temps. Les mouvements des mains et des doigts étaient libres. La tumeur fut enlevée et les deux bouts du nerf furent rapprochés par une suture métallique entortillée. La main fut maintenue fléchie. Pansement avec de la charpie imbibée d'alcool camphré; légère compression. Au bout de quelques jours (15 septembre), ce pansement fut remplacé par une couche de collodion.

Après l'opération, la sensibilité au contact existait encore à la face palmaire des deux éminences thénar et hypothénar, mais la sensibilité à la piqûre n'existait plus à la face palmaire de l'éminence thénar. Elle était nulle à la même face du pouce, de l'index et du médius et de la moitié de l'annulaire. Quelques jours après survient un érysipèle de l'avant-bras, et la plaie se désunit. Cataplasmes. Après l'écoulement du pus (18 septembre), la plaie semble de nouveau se guérir. Le 27, il y a du fourmillement dans l'index et le médius. L'état de la sensibilité est toujours le même que le 15, excepté dans l'annulaire où elle est redevenue normale. Le 30, elle est revenue aussi dans les éminences thénar et hypothénar. Le 12 octobre, il n'y a plus de fourmillements; la plaie se cicatrise bien. On constate toujours l'insensibilité de la face palmaire de l'index, du médius et du pouce. Elle commence à reparaître le 15 octobre. Le 2 novembre, elle est plus accentuée au médius. La plaie s'est rouverte. Le 3, deux larges bulles se sont fermées à la face palmaire de l'index et du médius, et sont remplacées le 4 par une eschare. Le 4 décembre, l'eschare vient de se détacher; la sensibilité reste la même. Le 18 décembre, le fil métallique est extrait. Le 14 janvier, les plaies de l'avant-bras et de l'index sont cicatrisées; celle du médius a envahi la face palmaire. Le 5 février, même état. Le 8 avril, la plaie du médius est presque guérie. Le 20 mai, guérison complète; mais perte de substance du médius. La sensibilité est normale. Le 20 juin la peau est réparée complétement, mais épaissie au niveau des eschares. La sensibilité est tout à fait rétablie.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. le docteur H. Marais (de Honfleur). Elle était de nature fibreuse et de forme ovoïde. Des bandelettes blanches longitudinales de tissu nerveux s'étalaient à sa surface. Elle devrait être classée d'après son siége parmi les névromes interstitiels, mais ce n'était pas un véritable névrome, et M. Notta propose de la désigner sous le nom de *fibrosarcome interstitiel du nerf médian.*

DISCUSSION

M. VERNEUIL ne croit pas que l'innervation s'établisse par les extrémités saturées d'un nerf qui a été coupé. Il est très-évident, au contraire, qu'elle se fait presque toujours de la périphérie vers le centre, et des deux côtés à la fois par une sorte d'innervation collatérale qui s'étend de jour en jour, car elle reparaît souvent avant que la cicatrisation du nerf ait eu le temps, et même lorsque le nerf a été détruit dans une telle étendue que toute réparation est impossible. Le rétablissement de la sensibilité n'est pas un signe suffisant pour établir qu'un nerf s'est restauré; il faut bien s'assurer que les mouvements sont rétablis. Il faut se défier des intégrités sensitives quand il s'agit d'une lésion nerveuse de longue date, qui ne s'est produite que lentement. Les dangers de la suture des nerfs sont assez grands pour qu'on s'assure si le bénéfice qu'en retirera le malade permet de l'y exposer.

M. TERRIER a vu à l'hôpital Beaujon les mêmes troubles trophiques que M. Notta a exposés se produire chez un malade auquel on avait fait la suture du nerf médian, incomplétement divisé d'ailleurs. La réunion s'était faite par première intention.

M. PAULET s'associe aux conclusions posées par M. Verneuil. La sensibilité peut se suppléer, mais non la motilité. Le retour de cette dernière dans les éminences ferait seule conclure au rétablissement à travers la suture.

M. LE DENTU a observé sur un malade à l'Hôtel-Dieu la marche du retour de la sensibilité après la section du nerf médian, et a fait un croquis en teintes dégradées d'après l'observation quotidienne, duquel il résulte que c'est bien par la périphérie que la sensibilité se rétablit.

M. NOTTA pense aussi que la sensibilité se rétablit par les nerfs voisins. Cependant il a publié dans les *Archives de médecine*, il y a quelques années, un cas qui semblerait prouver qu'elle peut se rétablir par la cicatrice d'un nerf. Il s'agissait d'une femme qui avait eu le bras broyé jusqu'à l'os dans un engrenage, et dont tout le paquet vasculo-nerveux avait été détruit dans une étendue de 5 centimètres. Le membre put être conservé, et, à son grand étonnement, les mouvements et la sensibilité étaient revenus dix-huit mois après l'accident.

Nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire. — Sont nommés : MM. Verneuil, Duplay, Périer.

Nomination de la commission du prix Laborie. — Sont nommés : MM. Nicaise, Le Dentu, Paulet, Gillette, Perrin.

La séance est levée.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. HOLMES.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

III

Le troisième exemple est fourni par une préparation du musée de l'hôpital Saint-Georges; je l'ai montrée et j'en ai cité l'histoire dans une de mes leçons de l'an dernier. Elle

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 octobre.

montre un large sac, formé par le tissu cellulaire, communiquant avec la carotide primitive par un orifice très-étroit près de sa bifurcation et dans le voisinage duquel sont deux ou trois plaques d'athérome. Les symptômes apparurent soudainement, et la pulsation apparaissait ou disparaissait avec la formation ou la rupture du sac. On ne lia pas l'artère, et le malade mourut par la compression du larynx et du pharynx. A côté de ce cas, on peut en citer un à peu près semblable de décès dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1856, vol. I, p. 537, où l'anévrysme se montra chez une femme que son mari avait violemment serrée à la gorge. L'artère fut liée et la malade guérit, quoique lentement, les pulsations persistant longtemps dans la tumeur. Dans des tumeurs aussi volumineuses et d'un accroissement aussi rapide, la compression me paraît difficilement applicable, et on ne devrait perdre aucun temps et lier aussitôt l'artère malade ou blessée.

En outre, l'anévrysme, ou plutôt la dilatation anévrysmale, arrive fréquemment à la racine de la carotide dans le cou (le plus souvent, sinon toujours, du côté droit), comme on voit se produire une dilatation générale des grosses artères voisines du cœur. Je vous ai fait remarquer, à ce sujet, dans de précédentes leçons à ce collége, que cette dilatation n'implique pas les mêmes dangers que l'anévrysme vrai. J'en ai vu plusieurs cas dans lesquelles le patient avait joui pendant longtemps d'une santé satisfaisante, et la maladie ne semblait faire aucun progrès. Un cas à peu près sembable a été montré par Coulson à une séance de la Société pathologique (*Pathological transact*, vol. III, p. 302). Dans ce cas, M. Coulson dit que la malade, une femme, mourut de décrépitude naturelle à l'âge de quatre-vingt-huit ans; qu'elle avait, depuis quelques années, une tumeur pulsatile, qu'on jugea être un anévrysme juste au-dessus de la clavicule droite, mais qui, à la dissection, ce prétendu anévrysme se trouva n'être qu'une reduplication de la carotide primitive entourée de tissu cellulaire condensé. Les vaisseaux originaires de l'aorte étaient allongés et considérablement dilatés, et il y avait une dégénérescence athéromateuse avancée.

Un cas, apparemment de même espèce, dans lequel l'élargissement semblait plutôt dû à un reploiement d'une artère rigide par elle-même qu'à un élargissement de son calibre me fut montré, il y a quelque temps, à l'hôpital Saint-George par mon collègue, M. Pollock; mais l'occasion ne s'est pas présentée, que je sache, de pouvoir vérifier la condition réelle du vaisseau. Je ne doute pas que beaucoup de chirurgiens n'aient eu l'occasion de voir des cas dans lesquels la racine de la carotide a été suffisamment dilatée pour donner à première vue l'apparence des pulsations anévrysmales, où les autres signes de l'anévrysme existaient et où le malade a continué à vivre pendant des années sans aucun changement notable dans la partie et sans en éprouver une gêne considérable. De semblables cas arrivent toujours, je crois, au delà de l'âge moyen et ordinairement dans un âge avancé.

Tous les points entre la racine du cou et la bifurcation de l'artère peuvent être le siége d'anévrysmes. Cette belle préparation (n° 1686) de notre musée montre un large anévrysme provenant de la carotide primitive, un pouce environ au-dessous de sa bifurcation, faisant saillie dans le pharynx et atteignant presque la base du crâne.

On a supposé un autre siége de l'anévrysme carotidien; la portion thoracique de la carotide gauche ayant son orifice, comme on peut le supposer, entre la crosse de l'aorte et l'articulation sterno-claviculaire. Je ne sache pas qu'on ait cité aucune préparation d'anévrysme siégeant dans ce point. Il est important, eu égard à l'opération de Brasdor, de savoir si l'on peut rencontrer des anévrysmes naissant de la carotide dans ce point et n'affectant pas l'aorte. M. Lane (*Cooper's surgical Dictionary*, *last edition*, vol. I, p. 215) opéra un cas que l'on jugea de cette nature; mais, comme je l'indiquais l'année passée, la description après la mort montra qu'il tirait son origine de l'aorte, et il doit en être ainsi le plus souvent, sinon toujours. En même temps, l'analogie du cas de Scarpa, que j'ai fait dessiner, nous empêche de nier la possibilité d'un anévrysme carotidien dans le thorax; on ne peut, en effet, alléguer aucune raison valable pour que la carotide n'ait pu dans ce cas céder un pouce plus bas.

On considère l'anévrysme de la carotide comme une maladie rare. On le rencontre assez souvent, cependant, pour que son traitement soit une affaire de grande importance pour tout chirurgien, et je suppose que peu d'entre nous, qui ont eu une expérience d'hôpital un peu longue, n'ont eu à traiter, du moins à observer quelque cas de cette nature.

Dans une liste des divers anévrysmes dans les hôpitaux anglais pendant les dix dernières années, — dont le nombre s'élève à 337, — il y a douze cas d'anévrysme de la carotide. Dans l'un, l'anévrysme affectait la carotide externe; il était d'origine traumatique. Dans tout le reste, la carotide primitive a été affectée, et l'anévrysme était spontané, sauf un cas. Trois malades étaient du sexe féminin, le reste du sexe masculin.

Il est intéressant de noter le traitement de ces douze cas, et les résultats, je devrais plutôt dire de ces onze cas, car un des malades, une femme de quarante ans, sortit sans soulagement, aucun traitement n'ayant été entrepris. Dans neuf cas, la carotide primitive fut liée; il y eut cinq décès; dans le sixième, quoique la ligature tomba et que la plaie guérit, la cure n'était pas complète quand le malade mourut, peu de temps après l'opération, de maladie viscérale. Dans le dixième cas, la carotide primitive fut liée pour un anévrysme traumatique de la carotide exterue, consécutive à une tentative de suicide; mais la plaie se rouvrit et l'hémorrhagie se reproduisit. Ces deux bouts furent liés, mais le malade mourut d'épuisement. Le onzième cas est intéressant comme étant, autant que je sache, le seul succès par la compression mécanique pour anévrysme de la carotide qui ait été observé en Angleterre. Le malade était à l'hôpital d'Addenbrooke, Cambridge, dans le service du professeur Humphry.

Les causes de l'anévrysme de la carotide sont souvent obscures. Il peut provenir de violence directe, comme dans le cas de décès, où une femme eut un anévrysme de la carotide pour avoir été saisie par la gorge, ou il peut survenir tôt ou tard après un accident, dans lequel le rapport entre la violence et la maladie est plus ou moins douteux. Tel fut le cas d'un négociant de Londres, client de M. Coulson et de M. Grays, dans lequel l'anévrysme se montra quinze jours après un accident de chemin de fer, bien que le malade n'eût constaté aucune blessure en cet endroit au moment de l'accident. Il peut résulter de la rupture soudaine d'une portion athéromateuse du vaisseau, comme dans le cas de l'hôpital Saint-George, ou il peut naître graduellement sans aucune dégénérescence constatée des tuniques artérielles.

La cause apparente de la maladie et la marche de la tumeur doivent être prises en considération pour décider du choix du traitement quand la cause est suffisante pour expliquer la rupture d'une artère même saine, comme une blessure directe ou une violence considérable sur un point limité, nous pouvons opérer sans beaucoup craindre de trouver un vaisseau malade. Lorsque, d'un autre côté, la cause est obscure, il est

certainement prudent d'éviter autant que possible une opération sanglante, et il faut faire de persévérants efforts pour triompher par la compression.

En outre, dans une tumeur qui est apparue et qui s'accroît lentement, il y a moins d'urgence à employer des moyens rapides d'arrêter ses progrès. Dans un cas, au contraire (comme celui de l'hopital Saint-George), où la maladie apparaît tout d'un coup et s'accroît rapidement, il ne faut perdre aucun temps et lier le vaisseau.

VARIÉTÉS

Congrès international d'hygiène et de sauvetage de Bruxelles (1).

La *section des secours en temps de guerre* avait à examiner les questions suivantes : organisation du service médical sur le champ de bataille pendant et après l'action; — organisation des comités de secours avant et pendant la guerre; — organisation des transports des blessés et du matériel; — soins à prendre des cadavres sur le champ de bataille; — question des animaux blessés ou errants sur les champs de bataille; — prisonniers de guerre, secours, transports et internement, rapatriement; — organisation des renseignements dans les armées en campagne; — ravitaillement des ambulances en temps de guerre.

Voici les principales propositions faites et les décisions prises sur ces divers points.

M. Appia a proposé pour modèle à suivre l'organisation des divisions sanitaires adoptées en Allemagne, où chaque corps d'armée, comprenant douze divisions sanitaires, a son hôpital volant avec personnel complet qui le suit sur le champ de bataille. Chacune de ces divisions a cent six infirmiers, autant de porteurs de blessés, six voitures et deux fourgons de médicaments. M. Appia, en proposant ce système, voudrait que le corps médical et sanitaire fut organisé en corporation indépendante de l'armée, mais pourtant attachée à elle. Un personnel libre pourrait être annexé pour les ambulances de troisième ligne.

A la suite d'une discussion, à laquelle plusieurs membres ont pris part sur les places respectives que devraient occuper le service sanitaire militaire et le service libre, il y a eu accord sur ce point que le service sanitaire militaire devait être sur le champ de bataille même, le service libre n'entrant en ligne qu'en cas d'insuffisance du premier.

En ce qui concerne le pansement des blessés, MM. Langenbeck et Van Loo ont été d'accord pour considérer l'application des bandages plâtrés sur le champ de bataille comme une pratique dangereuse; ils sont d'avis qu'il faut leur préférer les gouttières en zinc, en bois, adoptées par les armées autrichiennes.

— Sur la deuxième question, le même accord a régné sur l'utilité des comités de secours et la nécessité de leur organisation hiérarchique. Après une discussion, on a reconnu à peu près unanimement l'opportunité d'organiser en temps de paix le matériel de transport à employer pendant la guerre.

— Cette organisation, faisant l'objet de la question suivante, a été abordée. Les conclusions du rapporteur M. Hermant établissent que le meilleur moyen de transport du blessé, de l'endroit où il est tombé jusqu'au lieu du pansement, est le brancard; que la voiture à deux roues doit seule servir à transporter le blessé après le premier pansement jusqu'à la seconde ligne, que la voiture à quatre roues n'est applicable qu'autant que la route est carrossable; que la disposition des blessés dans les wagons devra être celle adoptée par la Société des chevaliers de Malte, dans leurs voitures de chemins de fer, etc.

L'assemblée paraît adhérer à ces conclusions, ainsi qu'à celles du rapport de M. Bougard sur le meilleur mode de construction, d'installation et d'aménagement des tentes et des baraques, statuant que les blessés et les malades doivent être traités dans des baraques et des tentes disposées sur une ligne, orientées d'après les vents dominants et convenablement ventilées.

— La quatrième question a donné lieu à une discussion sur les meilleurs modes d'inhumation, qui n'a abouti à aucun résultat définitif. L'une des propositions du rapporteur M. Guilloux, tendant à l'organisation d'une institution analogue à celle de la Croix-Rouge (pour les secours aux blessés), chargée particulièrement des soins à donner aux morts, et qui prendrait le nom d'association de la Croix-Noire, avait été généralement accueillie d'une manière favorable par les membres de la section. Mais sur l'observation de deux de ses membres que ce nouvel agent étranger introduit sur le champ de bataille ne serait pas sans de graves inconvénients, et que d'ailleurs le champ de bataille appartient au vainqueur, et que c'est à lui seul qu'incombe le devoir de relever et d'enterrer les morts, il n'est donné aucune suite à cette proposition.

— La question des animaux blessés et errants sur le champ de bataille a été résolue par l'adoption unanime des conclusions suivantes d'un rapport de M. Van Rooy : ... interdiction sévère des noyades des chevaux dans les fleuves, rivières, les cours d'eau; abatage immédiat des chevaux atteints de blessures mortelles (ordonné par les vétérinaires); utilisation, pour l'alimentation du soldat, des chevaux sains, mais impropres au service; bénéfice de la neutralité accordé aux vétérinaires à titre de non-combattants.

— La sixième question relative aux prisonniers de guerre, a été rapportée par M. Édouard Romberg qui, avec l'assentiment unanime de la section, a recommandé l'adoption des mesures arrêtées à la conférence de Bruxelles, et qu'on pourrait résumer dans une convention internationale; de plus, la reconnaissance des sociétés de secours pour les prisonniers, avec des droits appropriés à la nature de leur tâche.

— Pour l'organisation des renseignements dans les armées en campagne, deux rapports, l'un de M. Pilloy, l'autre de M. Heyfelder, en parfaite communauté d'idées, ont proposé les conclusions suivantes : publication des listes des blessés, des morts, des manquants, dressées par les autorités militaires et répandues par les bureaux de renseignements, qui devront avoir en vue la philanthropie, l'utilité publique et la science (statistique et médecine). Un ministère d'hygiène et de médecine dans tous les États serait le vrai point de départ de toutes ces mesures et la vraie réalisation des vœux du congrès.

La nécessité des bureaux de renseignements a été reconnue par tous les membres de la section; mais une discussion s'est engagée sur la question de savoir qui serait chargé de ce soin, des autorités militaires ou des autorités médicales? Toutes les opinions ont paru se réunir autour de la proposition de M. le prince de Caraman-Chimay, président de la section, qui préconise l'organisation de bureaux spéciaux, adjoints à une légation résidant dans le pays neutre le plus voisin.

— Enfin, pour le ravitaillement des ambulances en temps de guerre, les membres de la section, après quelques explications, ont adhéré aux conclusions du rapport de M. de Costerre, proposant de laisser à l'élément militaire le champ de bataille et de limiter l'action de la charité au ravitaillement des hôpitaux d'évacuation et de ceux de la mère-patrie destinée à recevoir les blessés.

— La section d'économie sociale a traité quelques questions qui touchent aux intérêts de l'hygiène publique et professionnelle, telles que celle de l'enseignement de la gymnastique dans les écoles primaire, et celle qui est relative au travail des femmes et des enfants dans les mines et manufactures, les causes de la dépopulation des campagnes, les habitations ouvrières, enfin l'abus des boissons alcooliques.

Voici quelles sont les propositions qui ont été émises et adoptées sur ces diverses questions :

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 octobre.

interdiction du travail dans les mines, pour les femmes et les enfants au-dessous de douze ans.

Aucune décision n'a été prise relativement aux logements d'ouvriers, et à l'abus des boissons alcooliques. Les diverses propositions qui ont été faites sur ce dernier point tendent à généraliser les moyens récemment adoptés par la loi française et par nos sociétés et institutions de tempérance.

Après la clôture de la session, la question du prochain congrès d'hygiène ayant été soulevée, M. Liouville, délégué du ministre de l'intérieur de France, a émis l'idée que l'exposition universelle de Paris en 1878 serait une excellente occasion de fixer pour cette époque et dans cette résidence le prochain congrès. Le bureau s'est fait remettre le pouvoir d'examiner ultérieurement cette question.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Bouchut reprendra son *cours de clinique des maladies de l'enfance* à l'hôpital des Enfants-Malades, le mardi 14 novembre, à huit heures et demie du matin.

M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences sur les maladies des enfants le mercredi 15 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé du traitement orthopédique des hôpitaux, commencera ses leçons cliniques le jeudi 16 novembre, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Tous les jours à huit heures et demie, visite au lit des malades et consultations.

La consultation du samedi sera spécialement consacrée à l'examen des malades atteints de difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

— *Maladies mentales.* — M. le docteur Jules Falret, médecin de Bicêtre, commencera un cours public sur les maladies mentales, à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, le mardi 14 novembre à quatre heures (amphithéâtre n° 1), et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— *Cours d'anatomie.* — M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie commencera un cours complet d'anatomie et de dissection à l'École pratique, le 16 novembre 1876. Les cours d'anatomie se composent de deux leçons par jour; la première a lieu à midi et demi à l'École pratique, amphithéâtre n° 3; la seconde, dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois, n° 2. Entre ces deux leçons les élèves disséqueront, sous la direction du professeur, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique. S'inscrire rue Jacob, 21.

— *Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire.* — M. le docteur Picard commencera ce cours le samedi 18 novembre à midi et demi, à son dispensaire, 13, rue Suger, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Le jeudi sera principalement consacré à l'étude des urines.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur *les maladies des voies urinaires* le lundi 13 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Clinique ophthalmologique.* — M. le docteur Badal a commencé, le 7 novembre, à sa clinique rue de Lacondamine, 83, des leçons pratiques sur les maladies des yeux. Exercices d'ophthalmoscopie et d'optométrie, les mardis et samedis à une heure.

— *Cours complet de pathologie interne*, par les docteurs Straus et Jeoffroy. (École pratique, n° 1.) — M. le docteur Jeoffroy commencera son cours le lundi 13 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies du système nerveux et des maladies générales. — M. le docteur Straus commencera son cours le mardi 14 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies des appareils urinaires respiratoire et circulatoire.

— M. le docteur Bailly commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le mardi 14 novembre, à sept heures et quart du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— *Cours complet de pathologie interne*, par les docteurs Labadie-Lagrave et Gouguenhein. — M. Labadie-Lagrave commencera son cours le lundi 13 novembre, à sept heures du soir (amphithéâtre n° 1, École pratique), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies générales, en commençant par le rhumatisme. — M. Gougueinheim commencera son cours le jeudi 16 novembre, à cinq heures (amphithéâtre n° 1, École pratique), et le continuera les jeudis à la même heure et les samedis à sept heures du soir. Les premières leçons seront consacrés à l'étude des maladies du tube digestif.

— *Conférences publiques et gratuites sur l'oculistique et la chirurgie.* — M. le docteur Fano, agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris, commencera ses conférences le samedi 18 novembre, à deux heures précises, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera les samedis suivants à la même heure. Les autres jours de la semaine, examen clinique des malades et opérations.

— *Hygiène et maladies des nourrissons.* — M. le docteur Brochard commencera ce cours le mercredi 15 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

— M. le docteur Laurent-Préfontaine, commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le mardi 14 novembre à trois heures, amphithéâtre n° 1, à l'École pratique, et le continuera le mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Dieulafoy, agrégé de la Faculté, commencera son cours de pathologie interne, le lundi 13 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Dans l'épilepsie larvée, la contravention, le délit et le crime ont un caractère tout à fait imprévu et font ressortir le contraste frappant qui existe chez le même individu entre l'acte réfléchi, volontaire et libre, pendant l'état habituel de raison, et l'acte non consenti, scandaleux et délirant, pendant l'état passager de trouble intellectuel. Il y a là deux hommes à étudier, deux états psychologiques à rapprocher et deux séries d'actions à comparer entre elles; mais en ne perdant jamais de vue, s'il s'agit d'un cas véritable d'épilepsie larvée, que ce qu'un malade a fait dans l'une de ses absences mentales, il le refera invariablement dans les mêmes circonstances. L'épileptique larvé ne parcourt pas tous les degrés de l'échelle de l'excentricité ou de la criminalité : il s'en tient à un seul et il s'y cramponne. La rechute pathologique crée la récidive délictueuse. L'identité des signes symptomatologiques aboutit à l'identité des anomalies morales.

En face d'un crime sans motifs, la médecine légale peut se heurter à des difficultés de l'ordre le plus exceptionnel. S'il y a lieu fréquemment de faire appel à la loi que je formulais naguère, il y a lieu aussi, avant de conclure hâtivement à l'épilepsie, de constater tout le groupe de symptômes que j'ai passés en revue. Si un signe important vient à manquer tout à fait, il faut prendre garde, car on suit probablement une fausse piste.

J'arrive maintenant à l'exposé de faits cliniques observés de très-près et certainement probants :

— En 1872, un sieur F..., âgé de trente-six ans, se trouvait en traitement à l'asile de Ville-Evrard. Il était loquace, incohérent, impulsif, halluciné de la vue et extrêmement dangereux. Plusieurs fois il avait failli tuer des infirmiers ou des malades. Le docteur Dagron déclara que F... devait être conduit à la sûreté de Bicêtre et placé dans l'impossibilité de nuire à autrui.

F... m'arriva, ne tarda pas à frapper, et devint bientôt un tel objet d'effroi pour ses compagnons que je le fis mettre tout seul dans l'un des compartiments de la sûreté, mais avec la complète liberté de ses mouvements. Un jour, il paraissait fort calme et absolument inoffensif, lorsqu'un gardien d'une stature robuste pénétra auprès de lui et lui remit une chemise blanche. Le malade fondit subitement sur lui, et, armé d'un crachoir en étain, il lui fit une blessure à la tête. Sans de très-prompts secours, il y aurait eu mort d'homme.

F... resta dès lors camisolé jour et nuit.

Je me posai à moi-même cette question : Ce malade n'est-il pas un épileptique larvé? Il est troublé, incohérent, amnésique; il aperçoit des flammes, il voit du feu, il a des impulsions homicides subites et des violences d'un caractère absolument exceptionnel, le bromure de potassium ne peut-il pas être employé ici comme pierre de touche?

L'expérimentation réussit. F... va très-bien, est d'une douceur enfantine, rend des services aux infirmiers, et gagne quarante centimes par jour à faire des couronnes. Il raisonne parfaitement, n'a plus d'hallucinations, se montre respectueux et reconnaissant vis-à-vis de nous, et j'ai plusieurs fois déjà attiré sur lui l'attention de mon honorable collègue, J. Falret, de quelques médecins étrangers et des élèves de l'hospice.

Ma conclusion est facile à tirer : F... était un épileptique larvé et le bromure de potassium l'a considérablement amélioré.

— Un sieur L..., cocher de la compagnie générale des voitures de Paris, âgé de vingt-neuf ans, est d'une sobriété éprouvée et a toujours passé pour un très-bon sujet. Depuis un an, il lui est arrivé cinq ou six fois d'abandonner sa voiture et de se mettre à marcher tout droit devant lui. Un jour, lorsqu'il a recouvré sa lucidité, il était couché à terre dans le bois de Vincennes. Il comprit aussitôt ce qui avait dû survenir, et alla réclamer son cheval et sa voiture à la fourrière de la préfecture de police. Il avait été puni, suspendu, révoqué, puis replacé, grâce à ses habitudes si connues de sobriété et aux bonnes notes que ses chefs avaient toujours données sur lui.

Il est entré en 1872 à Bicêtre, après diverses péripéties qui sont demeurées fort confuses dans son esprit; il était calme, raisonnable, intelligent, protestait hautement contre toute inculpation entachant l'honneur et témoignait seulement d'une perte complète et momentanée du souvenir, à de certains intervalles.

Plus je causai avec ce malade et plus je restai convaincu qu'il n'était rien autre chose qu'un épileptique larvé. Je le mis en traitement, mais il voulut sortir au bout de six à sept semaines et je le perdis de vue. Toutefois, au moment de son départ, je l'avertis que s'il se trouvait un jour ou l'autre dans une position périlleuse et imméritée, il ferait bien d'invoquer mon témoignage.

— Dans une grande propriété rurale, à l'extrémité ouest de la France, habitait avec sa famille, il y a six ans, un jeune homme d'intelligence faible, d'humeur taquine et d'habitudes bizarres. Il avait d'inexplicables pertes de mémoire, avait douze ou quinze fois tenté de mettre le feu, à six ou huit semaines d'intervalle chaque fois, de la même façon et toujours entre sept et huit heures du matin. Un

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5, 12, 17, 24 et 31 octobre et 7 novembre.

jour, il est subitement pris d'un accès de délire maniaque avec hallucinations de la vue, et devient furieux. Sa famille est effrayée. Télégraphiquement mandé, je pars aussitôt, et, à mon arrivée, avant d'avoir vu le malade, l'on m'entretient très-longuement « d'une monomanie incendiaire des plus dangereuses ». J'écoute, je n'émets aucune opinion, puis je pénètre dans l'appartement de ce jeune homme, qui était troublé, un peu effaré, courbaturé, et faisant sa toilette d'une manière toute machinale. L'accès maniaque avait duré soixante heures.

Ce jeune amnésique était un épileptique larvé. Je l'affirmai dans une pièce médico-légale que je rédigeai, séance tenante, et que, en vue d'événements ultérieurs possibles, je fis légaliser par l'autorité locale.

Soumis depuis six ans à la médication bromurée, le malade n'a jamais essayé depuis de mettre le feu, n'a plus déliré et est devenu doux, patient, et affectueux. Sa faiblesse intellectuelle seule persiste.

— Un sieur K..., journalier âgé de quarante-quatre ans, d'une sobriété exemplaire, marié, père de deux enfants, déclare qu'il a des *lubies* : « Je suis, dit-il, bien tranquille quelque part et j'y gagne honnêtement ma vie, quand une lubie me prend, n'importe à quel moment, à mon travail, à souper ou dans mon lit, j'abandonne tout, femme, enfants, outils, argent, effets, et j'enfile le chemin qui est tout droit devant moi. Pendant tout le temps que cela me tient, je ne peux pas me raisonner. » Et il rapporte alors qu'il a erré en Savoie et en Suisse, qu'il a été une fois éloigné de chez lui pendant trente et un mois, par suite de circonstances curieuses à connaître. Excellent ouvrier, il trouvait toujours de l'ouvrage et il se mettait en demeure d'amasser un pécule pour pouvoir prendre le chemin de fer et rentrer auprès des siens, mais, avant qu'il possédât une somme suffisante pour son voyage, il était repris de son même accident intellectuel, partait et perdait tout!

K... est Breton. Sa présence d'esprit, sa sincérité et sa bonhomie commandent l'intérêt et la sympathie. Le récit de ses aventures, de ses souffrances et de ses malheurs constitue une page sérieuse de pathologie, car on y retrouve la soudaineté de l'*ictus épilepticus*, le besoin machinal de marcher, l'amnésie, l'imprévoyance morbide, la périodicité et l'uniformité des troubles de la pensée, ainsi que le retour absolu du calme, de la raison et du *modus vivendi* pendant les armistices de sa névrose.

Cet homme était si bien un épileptique larvé, que depuis son séjour à Bicêtre et depuis l'administration d'un traitement bromuré, il n'a pas été une seule fois repris de ces manifestations étranges qu'il a appelées ses *lubies*. Son état mental était parfait au moment de sa sortie.

— Une dame de trente ans est prise tous les moins environ d'une impérieuse envie de tuer sa fille, âgée de six ans, et qu'elle aime passionnément. Elle passe environ vingt-quatre ou trente-six heures dans un état d'indicible anxiété qui alarme son mari, sa mère et ses domestiques ; puis elle s'endort, se déclare guérie à son réveil et réclame son enfant. On pensa d'abord à une influence exercée par la menstruation, à des accidents hystériques, puis à une affection utérine ; mais ces diverses opinions ne se justifièrent point. On accepta le diagnostic, *accès périodiques et transitoires de folie homicide*, et l'on prescrivit le sulfate de quinine, à la dose de 0gr,50 pendant les cinq jours qui devaient précéder l'invasion supposée des impulsions criminelles.

Je fus consulté, et, après de longues et minutieuses interrogations, je reconnus que la périodicité des troubles intellectuels avait quelquefois fait défaut et qu'elle avait été remplacée quatre ou cinq fois par un vomissement subit, inconscient et avec perte de souvenir, et deux fois par une défécation soudaine, involontaire et absolument inexplicable.

Lorsque je parlai d'un état épileptique spécial, on ne parut pas ajouter foi à mon opinion. Au bout de quelques mois cependant, on prit le parti d'en venir à la médication bromurée, et un succès complet s'en est suivi, mais je ne me porte pas garant de l'avenir.

— Un mécanicien, âgé de trente-deux ans, très-sobre, d'une vivacité intellectuelle peu commune et d'un esprit relativement orné, déménage tout son atelier de temps en temps, en laisse les portes ouvertes, sort et disparaît un, deux ou trois jours. Arrêté une première fois, il n'est sorti du dépôt de la préfecture que pour entrer dans une maison de santé. Rendu à la liberté au bout de très-peu de temps, il remet tout en place chez lui et travaille avec activité, quand tout à coup il bouleverse de nouveau son atelier, se dirige du côté de la gare Saint-Lazare, prend un billet de chemin de fer pour le Havre, s'embarque au Havre pour Trouville et se fait arrêter chez le concierge de M. Thiers, alors président de la République. Lorsqu'il entre à Bicêtre, dans mon service, il est calme, raisonnable, n'accuse qu'un moment *d'absence* et réclame sa sortie. Il n'a jamais eu de vertiges, de convulsions ou d'incontinence nocturne d'urine.

J'ai dû faire de très-grandes réserves sur ce qui pourrait arriver plus tard à ce malade, et au bout de vingt jours j'ai provoqué sa réintégration chez lui.

— Un fonctionnaire d'un ordre élevé, âgé d'une cinquantaine d'années, est doué d'une intelligence au-dessus de la moyenne. C'est un homme très-estimé et de relations sûres et agréables. Voici ce qui lui arrive : de temps en temps, tous les quarante ou cinquante jours à peu près, au moment où l'on s'y attend le moins, il pâlit, a le hoquet, se met à aboyer, prend à terre une attitude grotesque et invariablement la même, et, dans des termes orduriers, profère contre sa femme les plus terribles menaces de mort. Au bout d'un temps variable et qui oscille entre dix minutes et une heure et demie ou deux heures, il se relève, revient à lui, s'aperçoit qu'il a dû se passer quelque chose d'extraordinaire, se met à pleurer et demande pardon à sa femme. Cette scène une fois finie, il va à ses affaires, donne des ordres, se met à table, va dans le monde ou reçoit chez lui, et personne ne se doute de rien!

Le malade est cependant venu à Paris et il y a pris et fait prendre l'avis d'un certain nombre de médecins. On a vaguement parlé de *folie intermittente avec impulsions homicides* et d'*hystérie chez l'homme*, mais j'ai cru pour ma part à un cas d'épilepsie larvée, et j'ai appris qu'un traitement bromuré persévérant avait produit la cessation très-nette de tous les accidents.

Après cette série d'observations personnelles, je me trouve tout naturellement amené à mentionner ici un cas clinique et médico-légal qui a eu un certain retentissement, il y a dix à onze ans.

Rolland (Eugène), ouvrier plâtrier, âgé de vingt-six ans, accusé d'être l'auteur de treize incendies dans des carrières à plâtre, des granges ou des greniers dépendant de maisons habitées, passe devant la cour d'assises de la Seine, en 1865. Il n'a point volé et n'a tiré aucun profit matériel des onze incendies qu'il a allumés, car il n'en prend que onze à sa charge.

L'acte d'accusation porte que : « la multiplicité de ces crimes identiques et le doute sur le mobile qui les avait inspirés, ont attiré l'attention sur l'état mental de l'accusé. » Deux médecins légistes éminents, MM. Tardieu et Lasègue, appelés à constater judiciairement le niveau intellectuel, le caractère défini des troubles de la raison, et, au besoin, le degré de responsabilité, constatèrent que Rolland avait une intelligence au dessous de la moyenne, mais qu'il n'était cependant pas à proprement parler un imbécile ; qu'il était sournois, sombre, haineux, impulsif, inconscient et irresponsable. Il fut acquitté, remis à la disposition de l'autorité administrative et séquestré à Bicêtre. Du 14 mai 1865 au 26 août de la même année, il resta au milieu des aliénés; mais une attaque d'épilepsie survint, et le malade passa dans le service des épileptiques. Transféré en province, il s'évada, revint à Paris et fut réintégré à Bicêtre, en avril 1866, puis rendu à la liberté trois mois après, à la suite d'un certificat médical établissant que Rolland n'était à ce moment, « ni aliéné ni épileptique ». Il alla passer quelque temps dans son pays, puis partit un jour pour Paris, à pied, sans prendre de repos et marchant droit devant lui. A son arrivée, il fut pris sur le pont Saint-Michel d'une attaque d'épilepsie, conduit au dépôt de la préfecture et dirigé de nouveau sur Bicêtre. En 1867, les certificats de MM. Girard de Cailleux, Berthier et J. Falret, ne laissèrent subsister aucun doute

sur l'origine éminemment épileptique des troubles intellectuels et de la criminalité pathologique de Rolland.

La perte de souvenir chez les épileptiques peut assez souvent être considérée comme un phénomène volontaire, comme un acte de simulation, et dégénérer alors en circonstance aggravante. Dans ce cas, l'amnésie morbide non-seulement n'atténue point la culpabilité et ne révèle pas l'existence d'un état mental spécial, mais elle dépose lourdement contre l'accusé, accroît ses charges et donne la prétendue mesure d'une perversité qui appelle toutes les rigueurs de la loi.

Un sieur V... (Pierre), dit R..., âgé de vingt-huit ans, condamné déjà deux fois pour vol et vagabondage, fut inculpé d'incendies volontaires et de vol qualifié. Lorsqu'on l'arrêta, il portait sur lui un livre de messe et un chapelet. Dès ses premiers interrogatoires, il parut bizarre, capricieux, doux, arrogant et versatile, puis il manifesta de l'amnésie, nia le lendemain ce qu'il avait dit la veille, avoua sans détours qu'il était l'auteur de plusieurs incendies, mais manqua de mémoire sur un grand nombre de points et ne précisa rien. « Je ne sais pas, disait-il, si j'ai commis encore d'autres crimes, je ne me rappelle pas bien. » Il ne nia jamais, ne se défendit pas, s'accusa volontiers et invoqua à chaque instant son manque de mémoire. A la maison d'arrêt de Moulins, il présenta de temps à autre quelques phénomènes délirants de courte durée. Sa vie errante, son trouble intellectuel presque périodique, ses impulsions au vol et surtout à l'incendie, son amnésie semblaient bien faire cliniquement de lui un épileptique larvé. Je ne l'ai pas examiné, et je ne crois même pas que l'on se soit un seul instant arrêté à l'idée de le faire observer par un médecin-expert, mais l'inspection attentive de son portrait photographique conduit à des probabilités bien significatives : peu d'intelligence; air distrait et rêveur; attitude demi-étonnée et étrangère à tout ce qui se passe; masque caractéristique de l'épilepsie.

Le 19 janvier 1874, V... (Pierre), dit R..., fut condamné par la cour d'assises de l'Allier aux travaux forcés à perpétuité. Il a eu depuis des attaques non douteuses d'épilepsie, avec excitation maniaque consécutive.

Après tant de faits si peu discutables, on a encore l'occasion de rencontrer des hommes d'une honorabilité démontrée qui, par intervalles, blessent toutes les convenances, violent toutes les lois de la pudeur et de la morale, et commettent inconsciemment une série d'actes plus qu'étranges. Il importe principalement dans ces cas, d'apporter dans l'examen du prévenu et dans la discussion générale des éléments du procès, une somme considérable d'attention, de perspicacité diagnostique et d'aptitudes spéciales, car on a d'ordinaire tout le monde contre soi : l'opinion publique, les magistrats et parfois même les médecins-experts de la localité. Lorsque le verdict du jury est prononcé, l'intervention du médecin étranger est commentée avec une passion et une injustice qui s'expliqueraient difficilement, si l'on ne possédait par devers soi la connaissance exacte de ce que fournissent, dans les grandes occasions, l'oisiveté envieuse, l'improductive médiocrité et le dénigrement systématique de tous les désœuvrés et de tous les inutiles d'une ville de province ! Lorsqu'on a eu l'honneur de parler au nom de la science devant une cour d'assises et que l'on a courageusement imposé la vérité clinique, même la plus impopulaire, il ne faut jamais s'abaisser jusqu'à recueillir les échos de la foule ignorante. Une faute plus grande encore consisterait à y répondre. C'est l'avenir qui se charge de démontrer que la lumière a remporté sur les ténèbres un triomphe nécessaire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SUPPLÉANCES CÉRÉBRALES

Par M. Luys, médecin à la Salpêtrière.

M. Luys présente à la Société de biologie une pièce pathologique qui apporte une nouvelle preuve à la possibilité des suppléances de certaines parties du cerveau, alors que les régions congénères ont cessé de fonctionner

La pièce en question démontre, ainsi que M. Victor Parent l'a fait dans sa thèse inaugurale, que la faculté du langage, entre autres, lorsqu'elle a disparu provisoirement, peut de nouveau être récupérée chez certains hémiplégiques frappés temporairement d'aphasie. Il s'agit, en effet, dans l'observation de M. Luys d'une malade qui, ayant perdu l'usage de la parole, en même temps que celui des membres de tout un côté du corps, put, au bout d'environ dix-huit mois, parler de nouveau.

La femme M..., âgée de quarante ans, entra à la salle Saint-Mathieu, nº 12, le 10 juin 1876. Cette femme raconte qu'elle a été frappée d'hémiplégie il y a huit ans, à droite, d'une façon complète, et qu'en même temps elle a perdu l'usage de la parole; elle ajoute, en outre, que lorsqu'elle a recommencé à parler, elle a pu le faire d'une façon rapide et en quelque sorte instantanée, sans avoir à passer par une sorte d'éducation préparatoire. Autant qu'il est possible de le juger par les renseignements donnés par la malade, c'est au bout de dix-huit mois à partir de l'attaque de paralysie, qu'elle aurait recommencé à parler.

Au point de vue des antécédents morbides, il est intéressant de noter que l'hémiplégie dont cette femme a été frappée l'a atteinte en pleine jeunesse, à l'âge de trente-deux ans, et qu'elle peut être considérée comme un effet éloigné d'un rhumatisme articulaire aigu dont elle avait été frappée quelques années auparavant, et qui a frappé sur l'endocarde.

A son entrée à l'infirmerie, cette malade s'exprimait d'une façon très-précise; elle nous donna de vive voix des renseignements sur sa maladie, et son intelligence nous paraissait complétement intacte; elle entrait à l'infirmerie, disait-elle, uniquement pour de l'embarras respiratoire; elle nous dit que, malgré sa paralysie, elle pouvait marcher et se promener dans les cours; qu'elle était habituellement dehors; qu'elle n'aimait pas rester stationnaire et, quand elle était dans son dortoir, qu'elle pouvait encore s'occuper à rouler des bandes et à faire de la charpie.

L'examen direct nous fit constater que la malade pouvait encore bien remuer la jambe droite, qu'elle pouvait marcher en ressentant un peu de faiblesse du même côté, mais qu'elle ne pouvait se servir du bras correspondant; il existait, en effet, une contracture des fléchisseurs de l'avant-bras droit; il n'y avait pas d'anesthésie; il n'y avait pas non plus de troubles sensoriels. La face était légèrement tirée vers la gauche, le côté droit paraissait complétement immobile; néanmoins les paupières pouvaient des deux côtés se rapprocher complétement; rien d'anormal dans les pupilles, qui étaient égales et contractiles. La langue était tirée régulièrement hors de la bouche, sans déviation. Le sommeil était régulier.

L'auscultation de la poitrine révélait des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons; et en présence de l'anxiété de la malade, d'une part, et d'autre part de l'ancienneté de l'hémiplégie, nous n'hésitâmes pas à reconnaître dans cette lésion des voies respiratoires des phénomènes paralytiques dépendant d'une lésion bulbaire par atrophie descendante des faisceaux pyramidaux.

Au cœur on constatait un bruit de souffle très-rude, occupant le premier temps. Les urines ne présentaient ni sucre, ni albumine. La malade succomba à une asphyxie lente, produite par l'embarras progressif des bronches paralysées, au bout de quelques jours.

A l'autopsie on trouva des lésions très-intéressantes, qui font l'objet de cette présentation. Les deux lobes cérébraux offrent en effet un contraste des plus significatifs; le lobe gauche surtout est frappé par un ramollissement qui s'est circonscrit en partie dans la sphère de distribution de l'artère sylvienne. On constate en effet que la première et la deuxième frontales sont dans leurs rapports et leurs volumes normaux, mais que la troisième frontale, principalement dans sa moitié postérieure, est détruite par un ramollissement. Ce

foyer de ramollissement a complétement fait disparaître les circonvolutions de l'insula, de même que le point de conjonction inférieur de la frontale et de la pariétale ascendantes qui a disparu ; la première temporale est pareillement effondrée, si bien que toute la substance corticale du cerveau, qui correspond au groupe de l'insula et aux circonvolutions marginales qui l'entourent, est complétement anéantie. Les autres régions de l'écorce du même lobe, sont relativement respectées ; c'est ainsi qu'on trouve encore nettement accusées, la pariétale et la frontale ascendantes, dans les trois quarts supérieurs de leur continuité, le quart inférieur ayant été détruit par le ramollissement ainsi que nous venons de l'indiquer. Le pli courbe la deuxième et la troisième temporales sont respectées.

A la face interne de l'hémisphère on constate l'intégrité de la première frontale, du lobe paracentral, de la circonvolution crétée, du lobe quadrilataire qui est cependant moins développé que celui du côté opposé, du coin, de l'unciforme et de la circonvolution fusiforme. La substance grise du corps strié, noyau extra-ventriculaire, était complétement détruite, celle du noyau intra-ventriculaire persistait à l'état de vestige ; la couche optique était notablement atrophiée.

Le lobe droit, par contre, présentait un notable développement de volume par comparaison avec le lobe malade. Cette différence peut être appréciée d'une manière relative, par les chiffres suivants qui expriment le poids de chaque lobe au sortir de leur immersion du bain d'acide azotique, avant l'opération du séchage. Le lobe gauche pesant 245 grammes, le lobe droit pesait 360 grammes, ce qui faisait à son profit une différence de 115 grammes.

Sur ce lobe on note un développement remarquable de la première, de la deuxième et surtout de la troisième circonvolution frontale qui a acquis un développement considérable. La frontale ascendante et la pariétale ascendante sont également très-notablement développées. La région pariétale supérieure qui se réunit à la pariétale ascendante a acquis un volume et des flexuosités tout à fait insolites qui donnent à cette région un développement inaccoutumé. Le pli courbe est dans ses dimensions normales, ainsi que la première temporale ; par contre, la deuxième temporale ainsi que la troisième sont très-difficiles à délimiter.

Examiné par sa face interne, le même lobe présente d'avant en arrière un développement très-accentué de la première frontale qui est très-flexueuse, un développement également très-notable du lobule paracentral ; la circonvolution crétée est également très-accusée ; il en est de même du lobe carré qui est très-développé ; le coin, l'unciforme sont disposés régulièrement. La circonvolution fusiforme est très-notablement développée. Les circonvolutions de l'insula sont très-nettement accusées.

Les noyaux centraux participent à la même augmentation de volume qui se fait remarquer dans l'hémisphère correspondant.

Le pédoncule cérébral gauche était très-notablement atrophié, cette atrophie se propageait à travers la protubérance ; la pyramide du côté opposé était très-notablement frappée d'atrophie. Il en était de même de la pyramide antérieure gauche dans la portion la plus interne. Il existait quelques lacunes dans la substance grise de la protubérance.

L'examen des poumons fit constater un engorgement général des tuyaux bronchiques par des mucosités sans pneumonie. Le cœur était légèrement hypertrophié. Les valves de la mitrale, incrustées de substance athéromateuse, formaient un infundibulum rigide permettant à peine l'introduction du petit doigt.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 novembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Glycosurie consécutive à la cessation de l'allaitement. — M. GUBLER rapporte en quelques mots l'observation d'une malade de son service qui venait d'accoucher, et nourrissait elle-même son enfant. Ayant été atteinte d'une pleurésie légère, elle dût cesser d'allaiter, et aussitôt on découvrit dans ses urines la présence d'une quantité très-appréciable de glycose. Tous les réactifs habituellement employés, en particulier la liqueur de Luton, la liqueur cupro-potassique, la potasse isolée ou le mélange de potasse caustique et le sous-nitrate de bismuth ont indiqué la présence du sucre dans ces urines. M. Gubler, à cette occasion, fait observer que la liqueur de Luton qui, comme on sait, est une solution concentrée de bichromate de potasse et d'acide sulfurique, est un excellent réactif pour déterminer la présence des matières ternaires. Il semble que cette liqueur et la liqueur cupro-potassique indiquent des proportions plus considérables de matières que la potasse isolée ou le mélange de potasse caustique et de sous-nitrate de bismuth.

Revenant à la malade qui fait le sujet de cette communication, M. Gubler émet quelques considérations sur la glycosurie qui apparaît dans des cas analogues. Cette glycosurie ne se produit que dans les cas où la cessation de l'allaitement est causée par une maladie légère, ne troublant pas les grandes fonctions. Il faut également, pour qu'elle apparaisse, que l'art n'intervienne pas. En effet, si une femme cessant de nourrir pour une cause légère, des fissures du mamelon, par exemple, on lui administre aussitôt des purgations, le phénomène de la glycosurie ne se manifeste pas, et voici comment M. Gubler explique ce fait. Lorsqu'une femme cesse d'allaiter en pleine production de lait, il en résulte un défaut d'équilibre entre cette production et la dépense qui n'a plus lieu ; et alors apparaît la glycosurie. Si vous remplacez la sécrétion mammaire par une hypercrinie du côté de l'intestin, la glycosurie n'a plus de raison de se produire.

Étant connue la composition du lait, pourquoi, lorsque la sécrétion lactée s'arrête, ne voit-on pas apparaître l'albuminurie en même temps que la glycosurie ? Ce fait se trouve expliqué par plusieurs raisons. D'abord le lait de la femme est riche en sucre, en lactose, et pauvre en caséum et en beurre. Lorsque l'allaitement est supprimé, ce sera donc surtout du sucre qui se dégagera. En outre, le sucre est un corps dialysable qui passe facilement dans le sang, et du sang dans les urines. L'albumine, au contraire, est un corps non dialysable, un *colloïde*. En supposant même que le lait de femme fût aussi riche en albumine que celui de brebis, par exemple, il serait encore possible, d'après cela, qu'il ne se produisît pas d'albuminurie.

La glycosurie, qui se produit dans ces cas, est habituellement légère, facile cependant à déterminer par les moyens que nous possédons. Elle apparaît généralement vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus après la cessation de l'allaitement, et ne dure que cinq, six, sept ou huit jours au plus.

En terminant, M. Gubler présente également quelques considérations sur la glycosurie des femmes grosses. Il semble, dit-il, que la glycosurie, dans ces cas, exprime une sorte de tâtonnement d'une fonction prochaine. On sait que ce sont les primipares qui sont généralement le plus exposées aux complications de la grossesse. Ce sont elles aussi qui présentent le plus souvent de la glycosurie dans le cours de leur grossesse.

M. CL. BERNARD admet, comme M. Gubler, que la glycosurie des femmes qui cessent d'allaiter est une sorte de débordement de la glycose dans le sang, et de là dans les urines. Mais il y a, suivant lui, dans la très-intéressante communication de M. Gubler, un léger desiderantum que M. Cl. Bernard voudrait voir éclaircir. Il faudrait démontrer que c'est bien du sucre de lait, et non du sucre provenant du foie, qu'on trouve dans les urines en pareil cas, et donner alors à ce phénomène le nom de *lactosurie*.

M. GUBLER comprend parfaitement la très-juste observation de M. Cl. Bernard, mais il fait remarquer que cette distinction est peut-être bien difficile à faire, s'il est démontré que le sucre de lait se comporte vis-à-vis des réactifs absolument comme les autres sucres.

Des suppléances cérébrales. — M. LUYS fait une communication sur ce sujet et présente des pièces à l'appui. (Voir plus haut.)

M. BERT pense qu'il n'y a pas là complément ou remplacement

d'une partie du cerveau détruite par une autre partie de l'organe. Ce sont là, suivant lui, deux portions similaires, homologues, devant évidemment présider à la même fonction. Seulement une seule de ces portions suffit habituellement, et c'est le plus souvent, mais non pas toujours, la troisième circonvolution frontale du côté gauche. Cette circonvolution venant à être détruite et la fonction étant par conséquent supprimée, après un certain temps d'*étonnement* cérébral pour ainsi dire la troisième circonvolution du côté droit, absolument similaire de celle du côté gauche, vient suppléer à la fonction et prend définivement un rôle auquel elle est évidemment destinée, mais qu'elle n'avait pas encore remplie, s'étant en quelque sorte inclinée devant son homologue, comme la main gauche s'incline devant la main droite.

M. RANVIER remarque que les cerveaux présentés par M. Luys sont singulièrement ratatinés. Il lui signale un procédé de conservation qui est employé par M. Frédéric (de Gand), et à l'aide duquel on peut conserver des cerveaux avec leurs dimensions et leur forme normales.

M. Ranvier demande, en outre, à M. Luys s'il a fait l'examen microscopique des parties hypertrophiées du cerveau qu'il a présenté. Cela serait d'un grand intérêt. En effet, à mesure que les animaux grandissent, les éléments nerveux augmentent de volume, tandis que les éléments connectifs conservent toujours les mêmes dimensions. Or il serait intéressant de savoir si, sous l'influence d'une suractivité fonctionnelle d'une partie du cerveau, il ne s'est pas fait une hypertrophie physiologique, en quelque sorte, des éléments nerveux constituant ce cerveau.

M. LUYS fait observer qu'il ne faut pas songer à faire des études histologiques sur des cerveaux qui ont été soumis à l'influence de l'acide azotique. Il n'a donc pu faire l'observation signalée par M. Ranvier.

Relativement au procédé de conservation employé par M. Frédéric (de Gand), M. Luys, qui connaît ce procédé, fait remarquer que M. Frédéric ne l'a jusqu'ici appliqué qu'à la conservation de cerveaux de lapins, mais qu'il serait très-difficile de l'appliquer à celle de cerveaux humains. Il a entrepris, à ce point de vue, une série d'expériences avec le liquide de Gannal. Il fera connaître prochainement les résultats de ces expériences.

M. LABORDE, en voyant le cerveau présenté par M. Luys, se demande s'il y a bien là véritablement hypertrophie du lobe droit ou s'il ne s'agit pas simplement d'une hypertrophie apparente et qui ne semble telle qu'en raison de l'atrophie considérable du lobe gauche.

M. LUYS dit que ce qui prouve bien qu'il s'agit là d'une véritable hypertrophie, c'est la différence de poids considérable qui a été constatée entre les deux hémisphères de ce cerveau.

De la présence d'un alcaloïde dans la racine de thapsia. — M. HARDY fait une communication qui a pour but de démontrer que la racine de thapsia contient un alcaloïde très-toxique et qui détermine chez la grenouille des effets analogues de ceux de la strychnine.

Photographies microscopiques. — M. DURET, au nom de M. Fayet, professeur à la Faculté de Caen, présente une série de photographies microscopiques qui, pour n'être qu'un premier essai, n'en sont pas moins très-remarquables. C'est surtout au point de vue du grossissement des images que M. Fayet a obtenu de très-beaux résultats.

Phénomènes chimiques de la respiration des poissons. — M. REYNARD, en son nom et au nom de M. Jollyet, fait connaître les résultats qu'ils ont obtenus en Bretagne, au bord de la mer, dans l'étude des phénomènes chimiques de la respiration des poissons à l'aide de l'appareil qu'ils ont imaginé. Cette communication n'a pour but que de prendre date. Ces messieurs feront connaître ultérieurement avec détails ces résultats qui nous ont paru très-remarquables.

Prétendus empoisonnements par le cuivre. — M. GALIPPE a relevé dans le journal *Le Droit*, deux cas de prétendu empoisonnement par le cuivre, dans lesquels il s'agit de substances ne contenant pas traces de ce métal. Il est utile de faire connaître ces erreurs, afin de prévenir les inconvénients qui en résultent, au point de vue des statistiques relatives aux cas d'empoisonnement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 novembre 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Botriocéphale. — M. LEREBOULLET présente un botriocéphale qui a été rendu, à Amsterdam, par une petite fille de quatre ans; cette enfant n'a jamais habité d'autres pays que la Hollande. Or cette variété de ver n'a jamais été observée dans ce pays. D'autre part, cette petite fille n'a jamais été soumise à aucune alimentation particulière qui puisse expliquer la production de ce ver. L'étiologie de ce cas est donc tout à fait obscure.

Circonvolution cérébrale supplémentaire. — M. LUYS signale la présence dans certains cerveaux humains d'une circonvolution supplémentaire dont il a fait connaître exactement la situation topographique. Elle se rencontre presque toujours dans le lobe gauche, derrière la circonvolution pariétale ascendante. C'est là encore une nouvelle preuve de la supériorité du lobe gauche sur le lobe droit. Quelle est la signification de cette circonvolution? Existe-t-elle chez l'enfant nouveau-né ou n'est-elle que le résultat d'un développement progressif pendant la vie? Ces questions sont encore à l'étude, et M. Luys appelle sur elles l'attention de ses collègues. Toujours est-il que M. Luys ne l'a rencontrée jusqu'ici que sur des cerveaux de personnes mortes très-âgées. D'après les statistiques qu'il a relevées, cette circonvolution supplémentaire se rencontrerait huit fois sur trente-cinq malades.

Sur l'invitation de plusieurs membres de la Société, M. Luys entre dans quelques détails sur la topographie du cerveau et montre une série de cerveaux préparés et colorés de diverses teintes qui permettent de distinguer très-facilement entre elles les diverses circonvolutions.

Il aborde également plusieurs points de la pathologie cérébrale et des localisations et rappelle, entre autres choses, les atrophies limitées qu'il a trouvées dans les cerveaux d'individus ayant été amputés d'un membre. (Voir *Gazette des hôpitaux* nos 74 du 27 juin, 77 du 4 juillet et 80 du 11 juillet.)

M. DUGUET a récemment observé un cas de ce genre. Il s'agit d'un homme qui a été amputé en 1870 et qui vient de mourir dans son service. On a trouvé à l'autopsie une atrophie évidente au-dessous de la circonvolution pariétale ascendante du côté opposé à celui de l'amputation.

M. Duguet communiquera cette observation à la Société.

De la fièvre typhoïde et de son traitement par les bains froids. — M. FÉRÉOL fait observer que l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde tend à diminuer. Il a eu recours à l'emploi des bains froids, et a obtenu des succès assez importants. Il cite, entre autres exemples, celui d'un malade dont la température ne dépassait pas 39° mais qui présentait une extrême agitation, un délire incessant; ces phénomènes ataxiques étaient des plus accusés et très-peu en rapport, par conséquent, avec l'élévation de la température qui était très-peu considérable. Il soumit ce malade aux bains froids et aussitôt ces phénomènes d'excitation s'apaisèrent. Mais à côté de succès assez importants obtenus par cette méthode, M. Féréol signale deux cas dans lesquels les malades ont eu des congestions pulmonaires, des hémoptysies, l'un pendant même le traitement par les bain froids, l'autre trois jours après la cessation de ce traitement. Aussi, pour ce dernier, M. Féréol est-il disposé à ne pas rapporter aux bains froids les accidents qu'il observa du côté des poumons.

Enfin à côté de ces faits, il en est d'autres dans lesquels les bains froids, s'ils n'ont pas eu d'inconvénients, sont restés sans résultats.

Dans les cas de fièvre typhoïde simple, ordinaire, M. Féréol se contente des lotions froides.

Il a remarqué que, d'une façon générale, les bains froids étaient bien mieux supportés par les typhoïsants dans la saison chaude que dans la saison froide.

En résumé, à côté d'insuccès évidents, à côté même d'accidents d'une certaine gravité, les bains froids dans la fièvre typhoïde ont donné à M. Féréol des succès si éclatants, qu'il sera tout disposé à continuer de recourir à cette méthode, dans les cas où elle lui paraît plus particulièrement indiquée.

M. MOUTARD-MARTIN demande à M. Féréol s'il n'a pas vu fréquemment les symptômes ataxiques de la fièvre typhoïde céder devant de simples affusions froides répétées trois ou quatre fois par jour. Il lui fait observer, en outre, que deux fois il a vu se produire des hémoptysies abondantes. Or, d'une façon générale, l'hémoptysie dans la fièvre typhoïde est un fait extrêmement rare et M. Moutard-Martin ne se rappelle pas avoir jamais observé d'apoplexies pulmonaires à la suite de l'emploi des autres méthodes de traitement Il craint donc que les accidents constatés par M. Féréol n'aient été le résultat des bains froids. Depuis plus de vingt ans, il n'emploie pas d'autres traitements pour la fièvre typhoïde que les affusions froides et les purgatifs, et jusqu'à nouvel ordre se bornera à ce traitement, car il a peur des bains froids.

M. MILLARD fait observer ce fait important dans la communication de M. Féréol, que ce n'est plus seulement pour combattre l'hyperthermie, mais bien les phénomènes ataxiques de la fièvre typhoïde, que l'on a recours aux bains froids. Ainsi envisagée, cette méthode est loin d'être nouvelle, car nos anciens maîtres, Chomel, Rostan, Gendrin et Grisolles, etc..., qui employaient habituellement les affusions froides et en tiraient de très-bons effets, dans les cas de délire violent faisaient mettre les malades dans une baignoire avec de l'eau froide jusqu'à la ceinture, et leur faisaient jeter plusieurs seaux d'eau froide sur le corps.

M. MAURICE-RAYNAUD répond aux observations de M. Moutard-Martin relativement aux congestions internes, en particulier à la bronchite et à la broncho-pneumonie qui viennent compliquer la fièvre typhoïde. La bronchite de la fièvre typhoïde, suivant M. Raynaud, n'est pas la bronchite vraie, vulgaire; c'est une bronchite spéciale, spécifique, qui n'a rien de commun avec celle qui naît sous l'influence du froid. Or cette bronchite, loin d'être causée, est prévenue bien plutôt par les bains froids, et M. Maurice Raynaud ne croit pas que les manifestations thoraciques de la fièvre typhoïde soient augmentées par ces bains. A côté de la bronchite se placent les congestions pulmonaires et les hémoptysies. M. Raynaud a dans son service trois malades atteints d'hémoptysies; deux de ces malades seulement prennent des bains froids; le troisième n'en prend pas et, outre les hémoptysies, il présente du melæna. M. Raynaud croit pouvoir en conclure que ce ne sont pas les bains froids qui ont produit les les hémoptysies chez les deux autres malades. Cette fréquence relative de cet accident est, suivant lui, une affaire de constitution.

Reste la pneumonie. Ici encore, M. Raynaud distingue certaines fausses pneumonies, avec matité à la percussion, et bruit de souffle à l'auscultation, mais sans frisson initial des pneumonies vraies avec hépatisation du poumon et s'annonçant toujours par un frisson. Les premières paraissent plutôt heureusement modifiées par les bains froids, les secondes au contraire pourraient bien être provoquées par eux. Mais, en pareil cas, M. Raynaud se demande si l'on a bien pris toutes les précautions que l'on doit prendre, si le malade n'a pas été refroidi par quelque fenêtre ouverte, s'il n'a pas été mal essuyé; il y a, en effet, dans l'emploi de ces bains froids un grand nombre de précautions à prendre, mille délicatesses à observer; or, la moindre négligence peut causer ces accidents, sans que ceux-ci puissent être imputés directement à la méthode des bains froids.

Il y a donc là, M. Raynaud le reconnaît, un péril réel qui fait qu'il ne veut pas employer les bains froids d'une manière générale dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Dans les cas bénins, il se contente de l'expectation et se garde bien de faire courir aux malades les risques de la méthode en question. Mais quand, au quatrième ou cinquième jour, les malades présentent une température de 40 ou 41°, on peut, dans ces cas, les considérer comme perdus si on se borne à l'expectation. M. Raynaud est d'avis, alors, de recourir sans hésitation aux bains froids. C'est il est vrai, une bataille que l'on livre, bataille que l'on peut perdre, mais que l'on peut gagner aussi. Or, comme les bains froids ont donné des succès que n'a jamais donné aucune autre méthode, il ne faut pas hésiter à y avoir recours, bien qu'ils ne soient pas absolument sans danger.

M. Raynaud compare entre elles la méthode des bains froids et celle des affusions froides. C'est en somme, dit-il, une seule et même méthode, la méthode de la réfrigération. Il n'y a entre elles que des différences de degrés; ainsi les lotions froides amènent un abaissement de température qui n'atteint pas un degré, et qui se maintient vingt minutes à peine, tandis que les bains froids amènent un abaissement de trois et quatre degrés, et qui dure plus de deux heures. Il en résulte que les lotions froides sont certainement un bon moyen, mais à condition d'être répétées beaucoup plus souvent que les bains. En résumé, M. Raynaud n'attache pas aux bains froids une importance absolue, une influence spécifique sur la fièvre typhoïde, mais il croit qu'ils procurent des résultats que ne donne aucune autre méthode.

M. MOUTARD-MARTIN fait observer que MM. Féréol et Maurice Raynaud, qui ont recours aux bains froids, ont vu, depuis le mois d'août, cinq fois se produire des hémoptysies sous l'influence de ce traitement, tandis qu'aucun autre membre de la Société n'en a vu autant dans l'espace de vingt ans.

M. Moutard-Martin s'étonne d'entendre dire à M. Maurice Raynaud que les bains froids et les lotions froides sont la même méthode, et qu'il n'y a entre eux qu'une différence de degré. Il n'y a aucune comparaison à établir entre ces deux moyens : l'un, le bain froid, dure au moins un quart d'heure, et impressionne le malade d'une façon extrêmement pénible; l'autre, au contraire, la lotion, dure à peine une ou deux minutes, et donne lieu à une impression toute différente. M. Moutard-Martin emploie volontiers les lotions froides; il n'oserait, en aucun cas, recourir aux bains froids, étant connus les accidents qui en peuvent résulter.

M. MOISSENET se rappelle avoir vu à la Salpêtrière, en 1854-55 une terrible épidémie de fièvre typhoïde, épidémie telle qu'on avait dû consacrer une partie des bâtiments de la Salpêtrière à recevoir des malades atteints de cette affection. Cette épidémie présentait ceci de particulier que la maladie était presque toujours combinée avec la grippe et présentait un type catarrhal manifeste. Toujours la grippe la précédait, l'accompagnait ou la suivait. M. Moissenet ne se souvient pas d'avoir constaté un seul cas d'hémoptysie pendant tout le temps de cette épidémie. Déjà on employait les lotions froides et on en obtenait d'assez bons résultats. Toutefois on avait recours à des lotions localisées, plus particulièrement sur le ventre dans les cas où les phénomènes étaient surtout accentués de ce côté. Or, à la suite de ces lotions localisées sur le ventre, on voyait souvent survenir un état congestif du côté du poumon.

Quant au système de M. Gendrin, dont M. Millard a parlé, il a donné entre les mains de M. Moissenet de si mauvais résultats, qu'il a dû bien vite y renoncer. Aussi M. Moissenet considère-t-il la méthode, dite de Brand, comme une méthode dangereuse, inapplicable surtout dans les hôpitaux. Il ne comprend pas, en outre, qu'on en fasse un mode de traitement général de la fièvre typhoïde, maladie qui suit son cours, que rien ne peut enrayer. Voici les moyens qu'emploie M. Moissenet, suivant les indications : dans les formes ataxiques, deux fois par jour, lotions froides avec des éponges trempées dans l'eau, et aussitôt après frictions avec un linge sec; dans la forme adynamique, vin de quinquina dilué dans une certaine quantité d'eau; dans les cas où il y a prostration, potions au rhum ou à l'eau-de-vie; à ces moyens, il ajoute les lavements et les laxatifs, les cataplasmes sur le ventre, etc., etc. En somme, il y a tout un ensemble de moyens, de petits moyens qui doivent varier suivant les indications, suivant les formes de la maladie, et ces moyens n'ont jamais provoqué d'hémoptysies.

M. FÉRÉOL fait observer que personne ne fait de la méthode de Brand, un moyen de traitement unique de la fièvre typhoïde. Il est bien évident qu'il faut tenir compte des diverses indications qui peuvent se présenter dans cette maladie, et M. Féréol en tient

compte autant que M. Moissenet. Mais il y a des cas, suivant lui, où les lotions froides sont insuffisantes où inefficaces; alors M. Féréol les remplace par les bains, dont les effets sont beacoup plus actifs. Non-seulement l'hyperthermie[1], mais aussi l'ataxie sont les deux principales indications de l'usage des bains froids dans la fièvre typhoïde.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École pratique des hautes études. — M. le docteur François-Franck, préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps organisés au Collége de France, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de physiologie.

M. Ribau, docteur ès sciences, préparateur de chimie au Collége de France, est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Schutzenberger, démissionnaire.

— *Corps de santé militaire.* — Par décret en date du 10 octobre 1876, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Vedrines (Jean-Alix) et Chapuy (Joseph-Victor).

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Messager (Charles-Joseph) et Raoult (Alexandre-Édouard).

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Jacob (Jean-Gabriel), Mairet (Jules), Fauque (Jean-Joseph-Félix), Molinier (Auguste) et Milon (Urbain-Eugène).

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Marchant, Billet, Cottel, Gentil, Davignon, Linon et Colin.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Schmitt (Charles-Marie-Jean-Baptiste).

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Gilet (Hippolyte-Alfred-Joseph).

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Lailler reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, le vendredi 17 novembre à huit heures trois quarts, et les continuera tous les vendredis à la même heure, salle Sainte-Foy et pavillon Saint-Mathieu.

— M. le docteur Duplay, agrégé de la Faculté, recommencera ses conférences de clinique chirurgicale le jeudi 16 novembre, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Visite des malades à huit heures et demie, opérations à dix heures.

— Par suite d'une indisposition de M. le professeur Parrot, l'ouverture du cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie qui était annoncée pour le samedi 11 de ce mois, n'a pas eu lieu. — Nous ferons connaître ultérieurement l'ouverture de ce cours.

— *Hôpital de la Charité.* — *Conférences sur l'anatomie et la chirurgie dentaires.* — M. le docteur Delestre, chirurgien-dentiste des hôpitaux, commencera ses conférences le vendredi 1er décembre 1876, à huit heures et demie du soir, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Desmarres commencera son cours sur l'ophthalmologie à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, le vendredi 17 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Gellé, ancien interne des hôpitaux, commencera le mercredi 15 courant à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours public et gratuit d'otologie.

Il traitera particulièrement, cette année, de l'*exploration de l'oreille.*

— *Cours de thérapeutique.* — M. Dujardin-Beaumetz a commencé à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, le mercredi 8 novembre à cinq heures du soir un cours de thérapeutique qu'il continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Lardeur est nommé médecin du lycée de Saint-Omer, en remplacement de M. le docteur Évrard, qui prend le titre de médecin honoraire et est, en outre, nommé officier d'Académie.

— La Société de médecine légale a repris ses séances le lundi 13 novembre, à trois heures, au Palais-de-Justice (salle d'audience de la cinquième chambre du Tribunal civil).

Les séances sont publiques pour les médecins et pour les étudiants en médecine.

— M. le docteur Chabert est nommé médecin du théâtre des Folies-Dramatiques.

— *École vétérinaire de Lyon.* — Le concours pour deux chaires de professeurs de physique et de chimie, vacantes dans les Écoles vétérinaires de Lyon et de Toulouse, vient d'avoir lieu à l'École de Lyon devant un jury composé de MM. Bouley (de l'Institut), président ; Chauveau, Tabourin, professeurs à l'École de Lyon, Loir et Rollin, professeurs à la Faculté des sciences.

Cinq candidats se sont présentés. Après de brillantes épreuves ont été nommés : M. Péteaux à la chaire de Lyon avec le n° 1, et de M. Bidaud à celle de Toulouse.

— *Université catholique de Lyon.* — Les évêques des provinces du sud-est, convoqués pour la fondation de l'Université catholique de Lyon, ont communiqué à un journal de notre ville les résultats de leurs délibérations.

« L'assemblée, sur les documents recueillis et communiqués par Mgr l'archevêque de Lyon, a pris connaissance de la situation financière de la Faculté de droit et des résultats très-satisfaisants des études et des examens.

« La première résolution prise a été celle de la fondation d'une Université catholique à Lyon. Cette Université, devant être complète, comprendra les cinq Facultés de théologie, de droit, de médecine, des sciences et des lettres.

« Les deux Facultés des lettres et des sciences seront fondées les premières et assez tôt pour que, avant la fin de l'année scolaire, l'Université de Lyon soit constituée et jouisse de l'avantage du jury mixte. »

L'assemblée a fixé au 6 mars 1877 sa prochaine réunion. — *Lyon médical.*

— *Prix à décerner en 1877 et 1878.* — La Société de médecine de Toulouse rappelle qu'elle a proposé pour sujet de prix, pour l'année 1877, la question suivante : *De l'urine pathologique; déterminer les caractères physiques, chimiques ou microscopiques; discuter les procédés d'analyse employés pour reconnaître ses altérations.* — Le prix est de 300 francs.

Elle propose pour sujet de prix, pour l'année 1878, la question suivante : *Quels sont les motifs qui, dans les derniers temps, ont fait abandonner les émissions sanguines dans le traitement de la plupart des maladies? — La tendance à substituer les toniques aux antiphologistiques est-elle justifiée?* — Le prix est de 300 fr.

Prix Jules Naudin. — Ce prix sera décerné, pour la deuxième fois, en 1877; la question proposée est la suivante : *Les eaux des Pyrénées françaises?*

Les concurrents pourront adopter le cadre d'une étude complète et générale, ou se restreindre à la monographie d'une ou de plusieurs stations. Le prix est de 800 francs.

Les mémoires, écrits *lisiblement* en français ou en latin, seront seuls admis à concourir. Ils devront être adressés, *franc de port*, à M. le secrétaire général, *avant le 1er janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée, contenant le nom de l'auteur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Nervosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses. Cours professé à la Faculté de médecine par E. Bouchut. 2e édition. — 1 vol. in-8° de VIII-405 pages. Prix : 6 francs. — Paris, 1877, J.-B. Baillière et fils.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 133. — JEUDI 16 NOVEMBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 16 NOVEMBRE 1876. — Nº 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1855 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'allaitement a eu hier son épilogue, — si tant est qu'elle soit réellement terminée cette fois. Cet épilogue a porté sur le point de savoir quel devait être le rapport d'âge du lait de la nourrice avec celui de l'enfant. M. Devergie, dans son argumentation de mardi dernier, avait énoncé entre autres propositions celle-ci : qu'en principe, vouloir donner à l'enfant nouveau-né un lait de nourrice plus fort, c'est-à-dire plus âgé que celui de la mère, serait une condition antinaturelle et une véritable hérésie scientifique. M. Blot est monté à la tribune et a renvoyé la qualification d'hérésie à M. Devergie, en montrant par la pratique journalière la presque impossibilté de donner aux enfants nouveau-nés allaités par des nourrices un lait de même âge, et les résultats en somme assez satisfaisants de cette pratique, à la condition toutefois, que la disproportion d'âge ne dépasse pas certaines limites. On le voit, c'est toujours la continuation de la lutte entre les principes naturels et l'expérience, entre la théorie et la pratique.

La plus grande partie de la séance a été occupée par une lecture d'un médecin de Padoue, M. le docteur Fua, sur les propriétés hygiéniques, alimentaires et thérapeutiques du maïs, dont il voudrait voir se généraliser l'usage, confiné jusqu'ici dans quelques contrées seulement.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

De l'albuminurie dans la lymphangite (1).

(Observations recueillies par M. Maurice Letulle, interne du service.)

II

Dans la même salle, et, détail dont on doit rationnellement tenir compte, dans le lit immédiatement voisin du précédent, arriva, peu après Armand L***, un malade atteint d'un hygroma chronique prérotulien. M. le professeur Trélat pratiqua, peu après l'entrée de ce malade, sur cette bourse séreuse, une incision évacuatrice, qui devint bientôt le point de départ d'accidents des plus sérieux. D'ailleurs, nous croyons utile de rapporter cette observation, toute détaillée qu'elle soit, afin de montrer la gravité des phénomènes qui se sont déroulés par la suite.

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 novembre.

Obs. II. — *Hygroma prérotulien. Incision; décollements; drainage. Lymphangite diffuse du membre inférieur et du tronc. Albuminurie. Abcès multiples; phlegmon subaigu de la paroi thoracique. Guérison.* — Léon Fr***, quarante ans, parqueteur, entre à l'hôpital de la Charité le 13 mai 1876, lit nº 18.

Ce malade avait remarqué, depuis deux mois, que son genou droit était plus gros que l'autre. Il y a un mois environ, à la suite d'un léger traumatisme sur le genou droit, la région rotulienne devint pendant quelques jours rouge, chaude et gonflée. Elle a peu diminué depuis lors. Il entre à l'hôpital désirant être guéri promptement, car le volume de son genou droit l'empêche de continuer son état.

On trouve, en effet, un hygroma prérotulien du volume d'une petite mandarine, rempli mais non distendu par du liquide ; les parois sont épaisses et présentant déjà quelques noyaux petits, mais indurés.

Après avoir tenté l'essai d'un vésicatoire et d'une légère compression, M. le professeur Trélat se décide à ouvrir largement l'hygroma et à faire bourgeonner ses parois.

24 mai. — Incision verticale et médiane, donne issue à une quantité notable de sérosité jaunâtre, claire. Les parois du kyste commençaient à végéter. Pansements simples.

27 mai. — La suppuration s'est rétablie ; elle est abondante.

30 mai. — La suppuration est toujours abondante, mais quelques décollements se forment autour de la plaie, fusant assez profondément.

31 mai. — On trouva, sous le bord externe de la plaie, fusant en dehors horizontalement vers le tendon du biceps, un clapier profond mesurant près de 18 centimètres. Le malade a eu un frisson cette nuit, mais il n'y a pas de fièvre ce matin. On passe un tube à drainage.

1er juin. — Le malade se plaint de souffrir sur le trajet du tube. État saburral des voies digestives, nausées, langue sale, constipation, frissonnements erratiques.

2 juin. — Ce matin, l'état général n'est pas bon. La plaie est pâle, les urines sont chargées, riches en urates. Constipation.

Soir. — T. A. 39°,6.

Le malade, après la visite, a été pris de frissons violents. Langue large, épaisse, saburrale. Au niveau de l'orifice du tube le plus éloigné de la plaie, on trouve de la rougeur de la peau qui est chaude, sensible et légèrement empâtée. Les ganglions inguinaux sont douloureux; la plaque, rouge et douloureuse, n'est pas nettement limitée; ses bords se perdent dans les parties saines ; on fait le diagnostic lymphangite.

3 juin. — T. A. 39°. P. 95. La nuit a été agitée; fièvre vive ce matin; pas de nouveau frisson. La lymphangite s'est accrue; elle progresse à la fois vers la cuisse et vers la jambe; elle entoure la plaie prérotulienne, dont les bourgeons charnus ont pâli et se sont affaissés. On n'aperçoit pas de réseaux lymphatiques bien manifestes sur la face interne de la cuisse; toutefois, les ganglions de l'aine sont tuméfiés et fort douloureux. L'urine contient une petite quantité d'albumine et des urates en abondance.

4 juin. — L'état général s'est aggravé. Insomnie; douleurs vives dans le genou, la cuisse et l'aine; céphalalgie intense.

La plaque lymphangitique prérotulienne (lymphangite diffuse) s'est encore étendue; toute la région du genou est envahie. En outre, on aperçoit les gros troncs lymphatiques superficiels de la face interne de la cuisse, qui se dessinent rouges, tuméfiés, durs et fort sensibles.

L'urine contient une quantité notable de cylindres granuleux assez gros; pas de globules rouges; pas de cylindres fibrineux.

Soir. — 40°. L'état général est plus mauvais que ce matin. Douleurs vives, abattement, insomnie.

5 juin. — T. A. 39°,3. L'état général est mauvais. Le malade est très-abattu. La lymphangite progresse rapidement; elle gagne la jambe dont elle a envahi la moitié supérieure.

L'albuminurie augmente considérablement. Énorme quantité de cylindres granuleux.

Soir. — 40°,6. La lymphangite s'étend; elle occupe, ce soir, la moitié inférieure de la cuisse et les deux tiers de la jambe, qui est le siége, ainsi que le pied, d'un œdème très-marqué.

6 juin. — T. A. 39°,6. La nuit a été des plus mauvaises. Insomnie; le malade est très-affaissé. Anorexie. La langue est pâteuse et un peu sèche. Constipation dont les lavements triomphent à peine.

Soir. — 40°,8. L'albuminurie augmente considérablement. L'acide nitrique précipite d'énormes quantités d'albumine. Pas de sang, urates en abondance.

7 juin. — T. A. 39°,2. L'état général est toujours mauvais; le malade a été mis au lait et à potion : extrait quinquina, vin, sirop de morphine. Il est très-affaibli.

La lymphangite occupe presque toute la jambe et les deux tiers inférieurs de la cuisse. Ces régions sont le siége d'un œdème très-marqué.

L'albumine n'augmente pas; on trouve toujours des cylindres granuleux en abondance.

Soir. — 40°. La lymphangite a envahi tout le membre inférieur, y compris la partie inférieure de la fesse. Les ganglions inguinaux tuméfiés disparaissent sous l'empâtement douloureux de la peau qui les recouvre. Seul, le pied, n'est pas encore totalement pris, mais il est le siége, comme le reste du membre, d'un œdème considérable et dur.

8 juin. — 39°,2. L'état général paraît s'amender un peu; la nuit a été meilleure, les douleurs moins vives; la langue est un peu meilleure, moins sèche.

La fesse est prise dans toute son étendue.

Soir. — 39°,7. Pouls 100.

9 juin. — 39°,2. La lymphangite, qui occupe tout le membre inférieur y compris le pied en entier, progresse encore et remonte vers le tronc. L'œdème apparaît dans la région dorso-lombaire droite, quoiqu'il n'y ait pas de douleur à ce niveau.

L'état général reste le même, assez mauvais. Le malade ne dort pas, mange à peine et s'amaigrit considérablement.

Pendant ce temps, la plaie prérotulienne n'a pas mauvais aspect; elle se cicatrise lentement.

L'albumine persiste abondante.

Soir. — 39°,6. L'œdème du membre inférieur augmente d'une façon très-visible.

10 juin. — T. A. 39°,3. La lymphangite envahit la région lombaire. L'état général n'est pas plus mauvais. La langue est moins sèche; mais les nuits sont mauvaises. Toutefois, aujourd'hui, on note que l'albuminurie est moins marquée que les jours précédents.

Soir. — 39°,6.

11 juin. — 38°,4. La lymphangite occupe une grande étendue de la région lombaire droite, où l'on trouve un œdème notable. L'albuminurie augmente; toujours mêmes cylindres granuleux; pas d'hématies.

Soir. — 39°,1.

12 juin. — T. A. 39°,3. L'état général est toujours mauvais, le malade s'affaiblit et s'amaigrit beaucoup. L'œdème du membre inférieur est considérable, la rougeur lymphangitique diminue au niveau de la jambe et du pied. On applique un pansement ouaté très-légèrement compressif.

La plaie du genou a un aspect grisâtre, son travail de cicatrisation s'arrête; elle suppure peu.

Soir. — 39°,4.

13 juin. — T. A. 39°,8. Ce matin, le malade tousse, la voix est rauque et voilée; dysphagie. On trouve une gingivite légère, mais le pharynx est le siége d'une angine intense, on note en même temps un œdème remarquable de la luette. Gargarisme chlorate de potasse.

La lymphangite et l'œdème concomitant considérable occupent toute la région dorso-lombaire droite; la paroi thoracique latérale commence à être envahie. Rien dans la plèvre; la douleur dont se plaint le malade appartient aux téguments.

Œdème peu considérable du prépuce.

Deux pilules de tannin de 10 centigrammes.

L'albuminurie existe toujours très-notable. Cylindres granuleux moins abondants; quelques-uns paraissent plus clairs, presque hyalins.

Soir. — 39°,8. Le malade se plaint d'une diarrhée profuse. Diascordium. Il s'amaigrit considérablement.

14 juin. — T. A. 39°,3. L'angine est très-intense, mais la voix est plus claire; il n'y a pas de dyspnée bien notable. L'œdème de la luette a manifestement diminué.

L'œdème du prépuce a augmenté, le scrotum est œdémateux.

La lymphangite s'arrête au niveau de la partie inférieure de la paroi interne ou thoracique du creux axillaire. Toute la région dorso-lombaire droite est le siége d'un œdème considérable, rouge et très-douloureux.

15 juin. — T. A. 38°,2. L'état général est un peu meilleur; l'appétit renaît; mais les nuits sont toujours agitées. La lymphangite paraît s'être arrêtée. Œdème de la verge et du scrotum notable, mais non douloureux. L'angine diminue.

16 juin. — T. A. 37°,5. Ce matin bon état général, mais faiblesse très-grande; l'angine a disparu. La lymphangite s'est arrêtée et ne dépasse pas le creux axillaire; l'œdème de la paroi thoraco-abdominale droite persiste, mais est moins rouge et moins douloureux.

La nuit est encore agitée; paroles incohérentes dès que le malade s'endort; rêvasseries; petits mouvements convulsifs des doigts et des avant-bras.

L'albumine diminue notablement.

Soir, 38°,4.

17 juin. — T. A. 38°. L'état général est meilleur, appétit; la diarrhée a cessé, la langue est humide; mais la nuit est toujours mauvaise, rêvasseries et paroles incohérentes,

Soir, 38°,2.

18 juin. — 37°,4. La fièvre est absolument tombée; la lymphangite disparaît, mais l'œdème persiste dans le membre inférieur et au niveau de la paroi abdominale droite; le scrotum et la verge sont dégagés.

Soir, 37°,6.

19 juin. — T. A. 37°,3. L'état général est bon, mais le malade est plongé dans une anémie profonde et remarquable. Ce matin sueurs abondantes. Depuis quelques jours, dès qu'il s'assoupit, il parle sans cesse, mots incohérents, et il est pris de mouvements convulsifs toniques dans les mains et les avant-bras. Pas de céphalalgie, ni de vomissements. La diarrhée a cessé; l'œdème du membre inférieur diminue.

On examine l'urine avec soin, on ne trouve plus de cylindres, et c'est à peine si l'acide et la chaleur décèlent un très-léger trouble albumineux.

20 juin. — T. A. 37°,3. Les forces reviennent rapidement, mais les muqueuses sont décolorées, les battements du cœur sont sourds et lointains. C'est à peine si l'on entend le premier bruit du cœur à la pointe, on ne le perçoit pas à la base. Pilules de Vallet.

Les urines sont très-abondantes depuis deux jours, le malade boit beaucoup ; l'albumine a presque complétement disparu.

25 juin. — Les forces reviennent ; appétit ; on ne trouve plus la moindre trace d'albumine.

La jambe et le pied sont complétement débarrassés d'œdème ; la peau de la jambe et du pied est dure, sèche, comme tannée ; il existe à ce niveau une desquamation épidermique par lamelles sèches, petites. Les masses musculaires de la jambe ont presque complétement disparu.

La plaie du genou a un excellent aspect, elle se cicatrise ; toutefois on trouve depuis quelques jours un petit décollement au-dessus du tube.

27 juin. — Le malade tousse ce matin ; quelques crachats muco-purulents ; langue blanche pâteuse ; fièvre légère, T. A. 38°,5 P. 80 ; dyspnée légère, mais dont le malade n'a pas conscience.

A la base de la poitrine, à gauche, faiblesse du murmure, submatité, résonnance broncho-égophonique de la voix.

Soir, 38°,2.

28 juin. — T. A. 38°,2. La pleurésie gauche se confirme ; submatité dans la moitié inférieure du poumon. Langue pâteuse, peau chaude et moite. Purgatif ; vésicatoire.

L'urine examinée ne contient pas d'albumine.

Soir, 38°,4, sueurs un peu abondantes, langue épaisse et saburrale ; assoupissement.

29 juin. — 37°,3, soir, 37°,7.

1er juillet. — T. A. 37°,3. Va bien ; quelques frottements à la base du poumon gauche, la matité diminue ; l'œdème de la cuisse disparaît lentement.

3 juillet. — L'induration de la peau du pied et de la jambe persiste. La pleurésie est guérie ; faiblesse du murmure qui s'entend néanmoins à la base.

La plaie du genou se cicatrise très-lentement.

On retire le tube à drainage.

4 juillet. — Les masses musculaires de la jambe ne reparaissent pas vite ; les muscles de la cuisse sont également très-atrophiés. L'œdème de la cuisse diminue, mais il persiste dans la région du flanc droit. La desquamation par larges lamelles épidermiques, continue dans toutes les régions qui ont été envahies par la lymphangite.

9 juillet. — L'œdème du membre inférieur a presque complétement disparu ; mais il reste sur la paroi thoracique latérale droite, une masse indurée, sclérémateuse.

Les forces renaissent, la plaie rotulienne est presque comblée. Urines normales. On ouvre un petit abcès cutané qui apparaît, face interne du genou. Il a été précédé, il y a deux jours, par un premier petit abcès apparu au niveau de la malléole interne, et qui est déjà fermé aujourd'hui.

15 juillet. — On a ouvert un troisième abcès cutané, au-dessus de la malléole interne.

Ce matin le malade ressent une légère tension dans le flanc droit, au niveau de l'œdème induré persistant de la peau thoracique. Ce noyau d'induration cutanée s'est bien limité ; il occupe la largeur de quatre travers de doigt au niveau des dernières côtes droites.

16 juillet. — La peau qui recouvre la région indurée, est un peu rosée ce matin. Il persiste à ce niveau quelques douleurs peu vives, sourdes, mais continuelles.

18 juillet. La peau rougit, la douleur augmente, l'œdème diminue, on trouve la sensation d'une masse élastique, résistante ; pas de fluctuation franche.

20 juillet. — Les douleurs sont plus vives, la peau rosée ; consistance vaguement fluctuante. Incision qui donne issue à une petite quantité de sérosité puriforme, en même temps qu'à un lambeau d'un tissu mollasse, grisâtre, élastique, offrant absolument l'aspect d'un caillot fibrineux décoloré. M. Trélat introduit le doigt dans la plaie, et retire un gros fragment de ce tissu. (Tissu cellulaire sous-cutané sphacelé ?)

23 juillet. — La suppuration s'établit bien ; pas d'altération de l'urine.

30 juillet. — Deux nouveaux abcès lymphangitiques se sont formés au niveau de la face interne du pied ; incision.

1er août. — Nouvel abcès sur la face interne de la cuisse, au tiers inférieur.

12 août. — La plaie se ferme lentement ; l'induration de la périphérie persiste ; un peu de fièvre ce matin, la plaie est un peu douloureuse.

13 août. — Il y a eu hier au niveau de la plaie une petite poussée phlegmoneuse ; car, suppuration considérable ce matin, sensibilité de la région plus vive, pus plus phlegmoneux.

20 août. — Va bien ; cependant l'induration de la peau persiste et la cavité sous-cutanée ne paraît pas se combler.

30 août. — Le décollement sous-cutané persiste ainsi que l'induration. Il gagne la paroi antérieure du thorax à 10 centimètres environ. On passe un tube à drainage.

3 septembre. — Va bien, pas d'albuminurie.

15 septembre. — L'induration de la peau diminue notablement ; le décollement paraît se combler autour du tube.

1er octobre. — Pendant tout le mois dernier, l'état général a été excellent, les forces sont revenues ; la suppuration par le tube est presque nulle, on retire le tube.

3 octobre. — Le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri, sans trace d'albuminurie.

Cette observation nous paraît concluante à plus d'un titre : elle prouve surabondamment tout d'abord, que la lymphangite grave peut se compliquer rapidement d'albuminurie, puisque, dès le lendemain du début de cette affection, nous constations l'existence de ce signe chez notre second malade.

La rapidité d'évolution de cette néphrite catarrhale concomitante a été en rapport avec la marche suraiguë de la lymphangite qui, cinq jours après son début, occupait toute l'étendue du membre inférieur. Aussi, dès le troisième jour de la maladie, pouvions-nous constater dans l'urine l'existence d'une quantité considérable de cylindres épithéliaux granuleux.

Sans contredit, dans ces deux observations, l'albuminurie ou, pour mieux dire, la néphrite catarrhale n'a pas été un accident grave, puisque dans l'observation I, nous voyons tout symptôme rénal disparaître complétement deux mois après le début. De même, dans l'observation II, l'albuminurie n'existe plus un mois après le commencement des accidents. Toutefois, hâtons-nous de le dire, cette guérison absolue de la néphrite catarrhale, dans ces deux cas, ne doit pas être considérée comme sa terminaison obligée dans toutes les conditions données. Nous dirons même plus ; le sujet de l'observation I, chez lequel l'albuminurie même légère, persista près de deux mois, était à mes yeux un malade dont la guérison définitive était compromise. Nous assistions peut-être à l'évolution d'une néphrite parenchymateuse dont on connaît le pronostic. Fort heureusement pour lui, il n'en fut rien, et un mois plus tard, il était définitivement guéri. Néanmoins, bien qu'il puisse se considérer comme hors de tout danger, le pronostic reste encore à réserver : les reins qui ont supporté une hyperémie aussi prolongée, sont par là même exposés à de nouveaux accidents, suivant l'occasion et les circonstances.

Nous avons donc cru pouvoir considérer l'albuminurie même passagère dans la lymphangite, comme un accident sérieux :

1° Pour le présent : car (obs. II) elle pourra déterminer des œdèmes disséminés (verge, scrotum, pharynx), qui deviendraient de graves complications dans certaines conditions.

Par la cause d'affaiblissement qu'elle ajoute à tant d'autres combinées dans toute affection grave, l'albuminurie peut encore être considérée comme un accident fâcheux. (Obs. II, anémie profonde.)

2° Pour l'avenir : par le danger de l'albuminerie chronique.

Nos deux malades ont échappé à tous ces dangers et à tou-

tes ces menaces. En effet, le premier a présenté une forme de lymphangite grave, assez rare, mais moins sérieuse en réalité que celle du second malade. C'est pourquoi, s'il nous fallait discuter l'hypothèse d'une contamination plus ou moins médiate du premier au second malade, nous hésiterions formellement à nous prononcer. Le second malade, en effet, a trouvé à l'hôpital, dans une salle infestée depuis quelque temps par une épidémie d'érysipèles infectieux, toutes les conditions favorables à la septicémie dont il a failli être victime, sans que nous ayons besoin pour expliquer les accidents qu'il a traversés, d'avoir recours au contage rapproché, c'est-à-dire presque immédiat.

Nous croyons, en terminant, pouvoir tirer de l'étude attentive de ces deux longues observations, les conclusions suivantes :

1° La lymphangite grave, septicémique ou non, s'accompagne fréquemment d'albuminurie.

2° L'albuminurie aiguë de la lymphangite se caractérise par les signes d'une néphrite catarrhale ou superficielle.

3° Elle se montre dès le début de la lymphangite et paraît en rapport bien plutôt avec l'état général du malade qu'avec l'étendue des lésions cutanées.

4° Elle persiste plus ou moins longtemps après la disparition des accidents fébriles, et peut par conséquent devenir un danger pour l'avenir.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

IV

Les méthodes de traitement le plus souvent applicables dans l'anévrysme de la carotide sont la compression au-dessous de la tumeur, la ligature en deçà et la ligature au delà. La compression au-dessus de la tumeur mérite d'être essayée dans les petits anévrysmes situés à la partie la plus inférieure du cou; mais je ne puis citer aucun cas dans lequel elle ait été employée seule ; je vais, cependant, en citer un cas dans lequel elle a été employée concurremment à la compression en dessous de la tumeur. Mais dans des cas comme ceux que nous trouvons dans l'ouvrage de Wardrop, où un anévrysme, que l'on croyait siéger sur la carotide, est situé assez bas pour laisser une portion considérable de la carotide primitive accessible au-dessus de lui, le chirurgien devrait évidemment essayer de la compression au delà de la tumeur. Si elle n'arrête pas complétement les pulsations, il y a lieu de soupçonner fortement que, ou la carotide n'est pas le siége du mal (car beaucoup de ces cas sont des anévrysmes aortiques), ou qu'elle n'en est pas le siége unique. Si, d'un autre côté, un petit anévrysme (comme celui de notre préparation huntérienne à la bifurcation de la carotide) existe près de son origine, il y aurait lieu d'espérer que la compression sur le bout périphérique arrêterait à peu près les pulsations, et que si elle était supportée par le malade elle effectuerait la guérison.

En outre, il serait juste d'ajouter à notre liste de moyens thérapeutiques dans l'anévrysme de la carotide la compression directe, puisque Ciniselli (*Annali univ. di med.*, vol. CXCIX, p. 351) en a cité un cas où cette méthode avait été employée avec succès. C'était un anévrysme traumatique, et les pulsations disparurent graduellement en quatre-vingt-dix-sept jours. La compression fut effectuée en appliquant un morceau d'éponge sur la tumeur au moyen d'un bandage. La compression digitale avait été employée pendant trois semaines sans succès, et on avait sérieusement songé à faire la ligature. Mais, comme après douze jours de compression directe, l'état du malade s'était fort amélioré, on se décida à persévérer, et le succès en résulta. Le malade fut revu une année après en parfaite santé, ayant eu dans l'intervalle une variole grave. La seule trace de l'affection était une petite masse indurée, en contact immédiat avec la bifurcation de la carotide.

Dans le même travail, Ciniselli cite encore un cas de guérison (Foucher, d'Aix) d'anévrysme traumatique à l'origine de la carotide gauche, du volume d'une orange, dans lequel la compression directe sur la tumeur fut réalisée à l'aide du fond d'un verre rempli de glace. Ici, cependant, le régime interne fut dirigé de façon à diminuer l'action du cœur, ce qui n'eut pas lieu pour le malade de Ciniselli.

Mais bien que nous puissions accorder que la compression périphérique ou la compression directe peuvent être employées à l'occasion dans l'anévrysme de la carotide, et que dans quelques cas très-rares on peut essayer l'ouverture du sac, il est généralement vrai que les trois méthodes sus-indiquées sont celles qui se présentent ordinairement d'elles-mêmes à l'esprit du chirurgien, et qu'une saine appréciation de ces méthodes remplira le but de ces leçons.

L'application d'une compression efficace sur l'artère de la carotide n'est pas une chose facile. Elle exige de la part du chirurgien une grande adresse et une grande patience, et de la part du malade un courage et une confiance plus grands encore. Ces premières applications sont généralement accompagnées de symptômes cérébraux très-pénibles, et même lorsque le patient peut triompher de la disposition à la syncope que la compression complète produit chez beaucoup de personnes, il a encore plus ou moins à souffrir, suivant l'rritabilité de ses tissus, du degré de pression nécessaire pour interrompre la circulation dans un vaisseau aussi profond, recouvert d'une peau aussi délicate que celle du cou. Tout ceci est vrai, même quand on comprime l'artère pour le traitement des anévrysmes de l'orbite ou de l'intérieur du crâne et quand le chirurgien a devant lui toute l'étendue du cou, de façon à pouvoir changer le point de compression et à n'être pas géné par la saillie d'une tumeur ou un déplacement quelconque de l'artère. Il est clair que ces nouvelles difficultés doivent être une nouvelle complication quand l'anévrysme a pour siége la carotide primitive elle-même. Il n'en est pas moins vrai que dans le nombre limité de cas où (en tant que le fait soit connu) on a essayé la compression dans le traitement de l'anévrysme de la carotide soit spontané, soit traumatique, on a eu une grande proportion de succès.

La compression peut être appliquée de diverses manières. La compression mécanique peut être effectuée au moyen d'une plaque appliquée sur les épaules et le cou du patient et portant une branche sur laquelle est montée la pelote d'un tourniquet; la direction s'obtient par les mouvements d'un pignon à crémaillère, et la pression se règle par une vis. Dans le cas rapporté à Addenbrooke's Hospital, il y avait place pour appliquer une pelote de chaque côté de l'anévrysme. Le malade était un garçon de dix-sept ans, et il avait un anévrysme traumatique. [La compression fut d'abord appliquée sur le bout périphérique, puis sur le bout central. On dut l'interrompre fréquemment dans la première quinzaine, à cause de la douleur qu'elle provoquait; mais la tumeur diminua de volume,

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 novembre.

ses pulsations diminuèrent et elle devint plus solide. Pendant la quinzaine suivante, la compression fut appliquée constamment sur les deux bouts à la fois, la tumeur diminua rapidement et les pulsations disparurent. Le malade sortit huit semaines après son admission avec une tumeur consolidée du volume d'une noisette, l'artère ayant, suivant toute apparence, conservé l'intégrité de son volume.

Mais la compression digitale est, en définitive, plus facile à appliquer au cou que la compression mécanique, surtout lorsque la tumeur s'étend fort bas, parce que le doigt peut s'insinuer entre la tumeur et la clavicule, ce qui serait impossible pour la pelote d'un tourniquet. Le compresseur imaginé par mon ami M. Coles est aussi fréquemment utile pour remplacer le doigt. Il occupe à peine plus de place que le doigt. On peut varier sa direction à volonté ; il exige bien moins d'effort musculaire que la compression digitale, et la main ou la personne qui exerce la compression peut être changée à volonté, sans crainte que l'artère soit relâchée. Mais la pelote irrite évidemment plus la peau que l'extrémité du doigt, et elle ne peut que pousser directement en arrière, de façon à comprimer le vaisseau contre la colonne vertébrale. Enfin, on a trouvé quelquefois que, lorsque cette pression directement en arrière n'était pas tolérable, une manœuvre différente avait réussi. Tel fut le cas intéressant rapporté par M. Rouge, de Lausanne. Le patient était un homme robuste; il avait un anévrysme volumineux, paraissant situé à la bifurcation de la carotide droite. La compression directe contre les vertèbres était si douloureuse qu'il refusa de la supporter, quoique très-courageux, et supporta la nouvelle compression qui est ainsi décrite : « L'artère fut saisie entre le pouce de la main gauche, placé à sa partie antérieure, et deux ou trois doigts glissés en arrière, de façon à l'isoler de la veine jugulaire et du pneumogastrique. Cette manière devint bientôt familière et facile pour les aides. Chaque aide comprimait pendant un quart d'heure. S'il changeait de main, il pouvait continuer un peu plus longtemps, et on trouva qu'en appuyant sur les doigts qui exerçaient la compression avec ceux de la main remplacée on soulageait les premiers. » La compression fut conduite à bon port par cinq aides, deux d'entre eux connaissant la médecine, les autres infirmiers de l'hôpital.

Dans ma prochaine leçon, je terminerai ce qui est relatif au traitement des anévrysmes de la carotide par la compression et les autres moyens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 novembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Philippeau, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie;

2° Une lettre de M. le docteur Camus, médecin aide-major, accompagnant l'envoi d'un travail manuscrit sur la fièvre putride maligne qui a régné à Aire-en-Artois, en 1872 (Comm. des épidémies);

3° Une note de M. Ivon, accompagnant l'envoi d'un petit appareil renfermant tout ce qui est nécessaire pour l'examen de l'urine au lit du malade et pour lequel il propose le nom d'*uroscope*.

PRÉSENTATIONS

M. Bergeron présente, de la part de M. le docteur Sanné, un volume intitulé : *Traité de la diphthérie*.

M. Le Fort dépose : 1° au nom de M. le docteur Mourrette (de Chauny) un pli cacheté (accepté);

2° Au nom de M. le docteur Surmay (de Ham), une brochure intitulée : *De l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires*.

M. Gosselin présente la suite du *Traité d'anatomie pathologique* de M. Lancereaux.

M. Richet offre en hommage un ouvrage posthume de Demarquay intitulé : *Des maladies chirurgicales du pénis*.

M. Empis présente, au nom de M. Anatole Manouvriez (de Valenciennes), une brochure ayant pour titre : *Recherches sur les troubles de la sensibilité dans la contracture idiopathique des extrémités*.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ALLAITEMENT DES NOUVEAU-NÉS.

M. Blot, à l'occasion du procès-verbal, rappelle que M. Devergie a qualifié d'hérésie cette opinion qu'il n'était pas nécessaire qu'il y eût un rapport d'âge entre l'enfant nouveau-né et le lait de sa nourrice. Il espère démontrer que c'est à l'opinion contraire que pourrait être appliquée cette qualification.

Trois ordres de faits prouvent, en effet, qu'en agissant comme le conseille M. Blot, on peut faire de très-beaux élèves. D'abord il est matériellement impossible d'obtenir un rapport d'âge entre l'enfant nouveau-né, âgé de deux jours au plus, et le lait d'une nourrice mercenaire, lequel ne peut pas avoir moins d'un mois ou six semaines. M. Blot préfère même de beaucoup un lait de cinq, six ou même sept mois au lait d'une nourrice accouchée seulement depuis trois ou quatre semaines. Les enfants souffrent-ils de cette manière de faire? Les faits prouvent le contraire.

Une autre preuve à l'appui de l'opinion de M. Blot est tirée de l'ordre de faits suivants. Voici, par exemple, une nouvelle accouchée qui nourrit; malgré les soins les mieux entendus, son enfant ne profite pas, il dépérit, il présente cet aspect qui a fait donner à ces enfants le nom de *petits vieux*, ou bien par une cause quelconque telle qu'une maladie intercurrente, par exemple, cette jeune mère se trouve obligée de cesser l'allaitement; on se trouve donc obligé de la remplacer par une nourrice, accouchée depuis plusieurs mois; on voit aussitôt l'enfant reprendre de la vie et des forces. Une fois soumis à un sein suffisamment rempli, cet enfant qui dépérissait, présente un tout autre aspect, à condition toutefois que l'on ait soin de faire donner des tetées moyennes et de ne pas le laisser se donner des indigestions. Il arrive même assez souvent qu'une nourrice allaite un second enfant du même lait, ce qui représente dix-sept à vingt mois d'allaitement, et le second enfant ne vient pas moins bien que le premier. L'âge du lait est donc un préjugé dont il n'y a pas lieu de tenir compte.

Aussi, dit M. Blot, lorsque nous refusons une nourrice qui allaite depuis plusieurs mois, ce n'est pas à cause de la composition de son lait, c'est uniquement dans la crainte qu'elle ne puisse pas allaiter pendant assez longtemps, car il y a des femmes qui ne peuvent pas allaiter au delà d'un certain temps, comme il y en a qui ne peuvent jamais arriver au terme d'une grossesse, comme il y en a même qui ne peuvent pas devenir enceintes, comme il y en a enfin qui, arrivant sans accidents au terme de la grossesse, ne peuvent pas accomplir le dernier acte de la maternité, l'allaitement.

Il n'est pas rare de voir des nourrices renvoyées dans leur pays faute d'un lait suffisant, redevenir, une fois au pays, d'excellentes nourrices.

En terminant, M. Blot fait observer que la loi qui vient d'être votée sur l'allaitement des enfants est une loi très-sage et bien conçue, et parfaitement en accord avec l'intérêt des frères de lait que M. Broca a justement appelés les frères ennemis.

M. Devergie regrette de constater de nouveau que les idées exprimées par M. Blot tendent à engager les médecins à choisir un lait trop âgé pour les enfants nouveau-nés. Il faut, suivant M. Devergie, se renfermer un peu plus strictement dans les lois de la nature, qui n'a pas fait un lait âgé pour un enfant nouveau-né.

RAPPORTS

M. Le Fort, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports officiels dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURE

M. FUA (de Padoue) donne lecture d'un mémoire sur le maïs, ses propriétés hygiéniques et thérapeutiques. L'auteur présente sur cette substance quelques considérations appuyées de passages de médecins, naturalistes et historiens qui ont écrit sur l'Amérique d'où elle est originaire. On voit par ces citations quelle place importante occupait le maïs dans la thérapeutique de ces contrées.

De la comparaison des analyses des diverses autres céréales et du maïs, il résulte que cette céréale ne le cède en rien aux autres et qu'elle leur serait au contraire supérieure par la quantité de matière grasse, ce qui en fait un aliment complet.

D'après tout ce qu'il a exposé dans son travail au double point de vue de la thérapeutique et de l'hygiène, l'auteur exprime son étonnement de voir que cette céréale ne figure à aucun degré dans les hôpitaux et hospices de Paris, là où elle pourrait rendre de véritables services, soit dans l'alimentation soit dans la thérapeutique.

Il termine en disant que le maïs a été un des plus beaux cadeaux que le nouveau monde ait fait à l'ancien.

Le travail de M. Fua est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Magne, Roussel et Gubler.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

La mort du Dauphin Louis XVII.

L'inauguration de la statue de Desault dans son pays natal redonne de l'actualité à l'histoire de la mort du jeune Dauphin confié à ses soins dans la prison du Temple. Le roman, la légende et les avocats, pour l'amusement du public ou pour les besoins de leur cause, se sont emparés de cette question qu'ils ont dénaturée par ignorance ou pour d'autres raisons. Il n'est pas hors de propos de la reprendre sous son véritable jour et de demander la vérité aux documents authentiques.

De son mariage avec Marie-Antoinette, archiduchesse d'Autriche, Louis XVI avait eu quatre enfants, deux garçons et deux filles :

1° MARIE-THÉRÈSE-CHARLOTTE DE FRANCE, née à Versailles le 19 décembre 1778, morte à Frohsdorf le 19 octobre 1851 ;

2° LOUIS-JOSEPH-XAVIER-FRANÇOIS, né à Versailles le 22 octobre 1781, mort le jeudi 4 juin 1789 ;

3° LOUIS-CHARLES DE FRANCE, DUC DE NORMANDIE, né à Versailles le 27 mars 1785 ;

4° SOPHIE-HÉLÈNE-BÉATRICE DE FRANCE, née à Versailles le 9 juillet 1786, morte en 1788.

Louis-Charles, duc de Normandie, était le troisième des quatre enfants de Louis XVI et de Marie-Antoinette. Il prit le titre de Dauphin à la mort de son frère en 1789. A part Marie-Thérèse, MADAME, morte à l'âge de soixante-treize ans, tous ces enfants étaient d'une santé délicate qui réclamait fréquemment les soins de Brunier, leur médecin ordinaire. Les graves événements qui se passaient à Versailles et à Paris, la fuite du roi et de sa famille, leur arrestation et leur incarcération au Temple ne contribuèrent pas peu à altérer la constitution déjà bien débile du jeune enfant. Le 20 juin 1792, à l'âge de sept ans, il n'était déjà plus le Dauphin de France ; c'était le *petit Veto* et on l'avait coiffé du bonnet rouge. Quelques semaines après, le 13 août il entrait à la prison du Temple pour n'en plus ressortir de son vivant. Là, il fut, comme on le sait, confié à la garde du cordonnier Simon, membre de la Commune, et à celle de sa femme.

L'enfant était maigre, pâle, lymphatique ; il était privé d'air, d'exercice et recevait une alimentation grossière et insuffisante. Ses gardiens ne lui ménagaient ni les propos grossiers ni les mauvais traitements. Au commencement de mai 1793, il tomba malade, eut la fièvre et un point de côté. La reine fit demander qu'on voulût bien lui envoyer Brunier qui, au temps de sa prospérité, était attaché à la famille royale, comme médecin des enfants.

Au lieu de Brunier, la Commune envoya, le 9 mai, le médecin Thierry, qui était médecin ordinaire des prisons de la Seine et avait été médecin consultant de la famille royale depuis 1780. Pendant plusieurs semaines, Thierry vint tous les jours voir le jeune malade et rendait compte de ses visites à Brunier.

Le mois suivant, les accidents reparaissaient mais moins intenses. Il s'y joint la complication d'une hernie, ainsi qu'il a été consigné aux registres des délibérations du Conseil général de la Commune, à la date du 11 juin 1793. Thierry demanda qu'on lui adjoignit un bandagiste, et l'enfant fut visité par Pipelet, bandagiste des prisons.

Le 3 juillet, l'enfant fut arraché à sa mère.

Le jeune prisonnier se remit un peu. Simon recommença ses mauvais traitements ; il forçait l'enfant à boire et à manger outre mesure. Il en résulta des troubles digestifs qui amenèrent une nouvelle indisposition de quatre jours.

Le 16 octobre, Marie-Antoinette avait porté sa tête sur l'échafaud où Louis XVI l'avait précédée neuf mois auparavant. Le jeune détenu ignorait le sort de sa mère. Le 5 janvier 1794, Simon se démit de sa charge de gardien du Dauphin et allait rejoindre Robespierre sur l'échafaud le 10 thermidor an II ; sa femme alla mourir aux Incurables en 1819. Simon fut remplacé par deux autres gardiens.

Le 31 mars 1795, Lasne et Gomin avaient été désignés comme gardiens du Dauphin et avaient cherché, autant que le permettaient leur position et les événements, à adoucir le sort du jeune orphelin. Six semaines après, le 4 mai, ils signalent dans leur rapport que *le petit Capet* est indisposé.

Le surlendemain, mercredi 6 mai, le Comité de sûreté générale de la Convention nomma Desault, premier officier de santé de l'hospice de l'Humanité, pour soigner l'enfant et le visiter en présence de ses gardiens. Desault constate une affection scrofuleuse ; l'enfant a la peau blafarde, terreuse, la taille voûtée, la démarche chancelante ; il y a de l'épuisement, du marasme, sans ophthalmie, sans lésions cutanées, avec gonflement articulaire. Il juge la maladie grave, propose le transfèrement à la campagne et prescrit la décoction de houblon, à prendre une cuillerée de demi-heure en demi-heure, de six heures du matin à huit heures du soir.

A la seconde visite, le 7 mai (18 floréal), à neuf heures du matin, il ajoute à ce traitement des frictions d'alcali volatil.

La maladie augmente vite, fait des progrès alarmants ; la faiblesse est extrême, la marche pénible et douloureuse ; l'enfant se traîne appuyé sur les bras de Lasne qui, pour lui faire prendre l'air, le porte tantôt sur la plate-forme de la tour, tantôt dans la petite tour, moins obscure et plus aérée.

Après quinze jours de ce traitement bien simple, il n'y avait aucune amélioration physique ; au moral, l'enfant était mieux, il se sentait mieux entouré.

Le 29 mai, Desault, à sa visite habituelle de neuf heures du matin, ne fait aucune modification à son traitement ; il revoit le jeune malade le lendemain. Ce fut sa dernière visite, car il était malade lui-même et succombait brusquement le 1er juin.

Jusqu'au 4 juin, le Dauphin ne reçut aucune visite de médecin. Le vendredi 5 juin, Pelletan, chirurgien en chef du grand hospice de l'Humanité, où il venait de remplacer Desault, fut désigné par le Comité de sûreté générale pour lui continuer les soins médicaux et vint le voir dans l'après-midi. « Je trouvai, écrivait-il en 1817, l'enfant en si fâcheux état, que je demandai instamment qu'il me fût adjoint une autre personne de l'art pour me soulager d'un fardeau que je ne voulais pas porter seul. » Il demanda que l'air fût donné à l'enfant, qu'on supprimât les abat-jour qui masquaient les fenêtres. On obéit et on changea le petit malade d'appartement. Gomin le transporta dans ses bras, ce qui ne se fit pas sans souffrances ; mais il se trouvait mieux. Pelletan ne changea pas le traitement de Desault ; il y ajouta de l'air et du soleil.

Le 6 juin, Lasne fit des frictions avec l'ammoniaque sur le genou droit et sur le poignet gauche. Pelletan fit sa visite à huit heures et demie, et trouva le malade agité ; il lui fit prendre du potage et quelques cerises.

Le dimanche 7 juin (19 prairial), le Comité de sûreté générale prenant en considération la demande de Pelletan, lui adjoignit

J. B. Eug. Dumangin, premier médecin de l'hospice de l'Unité (Charité) et ancien professeur à la Faculté.

L'enfant, après les frictions, avait éprouvé un évanouissement, et les deux médecins constatent que l'état est désespéré; ils demandent qu'on lui accorde une garde-malade. Le Comité de sûreté générale avait d'abord consenti à cette demande, mais il revint sur sa décision.

La gorge était sèche, le gosier brûlant; le soir, il y avait une très-légère amélioration, le teint était plus clair, l'œil plus vif, la voix plus forte. Personne ne passa la nuit auprès du malade.

Le lundi 8 juin, Pelletan fit sa visite à huit heures du matin et constata une grande faiblesse; Dumangin vint à onze heures. Le bulletin de santé fut très-mauvais. Le Dauphin avait des hallucinations, croyait entendre de la musique; la respiration était lente, le regard vague; la tête était penchée sur la poitrine du gardien Lasne. A deux heures un quart, il expirait dans les bras de son gardien, à l'âge de dix ans, deux mois et douze jours.

Le lendemain, mardi 9 juin 1795 (21 prairial an III), le Comité de sûreté générale annonça dans sa séance que « le fils de Capet était mort hier à la suite d'une tumeur au genou gauche et au poignet droit » (1).

Le 9 juin, quatre membres du Comité de sûreté générale visitent le cadavre et attestent le décès.

(*La suite au prochain numéro.*) Dr A. Corlieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

263. Challe. Traitement maritime de la scrofule et du rachitisme.
264. Le Ray. Des reins mobiles.
265. Manfredi. Etudes des eaux minérales d'Orezza.
266. Génie. De l'épistaxis.
267. Darrasse. Contribution à l'étude du lymphadénome.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de pharmacie. — L'École de pharmacie a tenu sa séance de rentrée le 6 novembre dernier. Après une allocution de M. Chatin, directeur, et l'éloge de M. Buignet, par M. Le Roux, il a été procédé à la distribution des prix.

(1) *Gazette nationale*, duodi 22 prairial an III, p. 1058.

Prix de l'École. — Première année : 1er prix, M. Pithier; 2e prix, M. Faure. Mention honorable, M. Boirel. — Deuxième année : 1er prix, M. Degraeve; 2e prix, M. Lecœur. Mention honorable, M. Bourquelot. — Troisième année : 1er prix, M. Blarez; 2e prix, M. Léger. Mention honorable, M. Lejeune.

Prix Desportes. — M. Kuyssen. Mention honorable, M. Delmas.

Prix de travaux pratiques. — Première année, médailles d'or : MM. Brossard, Guilleminault, Lasnier. — Médailles d'argent : MM. Talobre, Weill, Langlois. — Médailles de bronze : MM. Masse, Hanosel, Boury. — Mentions honorables : MM. Saint-Hilaire, Sourel, Pihier, Lefebure.

Deuxième année, médailles d'or : MM. Quinard, Gautrelet. — Médailles d'argent : MM. Bourquelot, Degraeve. — Médailles de bronze : MM. Labouré, Lepetit. — Mentions honorables, MM. Gaillard, Lecœur, Schmidt.

Troisième année (botanique), médailles d'or, MM. Delmas, Gautier. — Médailles d'argent : MM. Kuyssen, Borel. — Médailles de bronze : MM. Vandeville, Weill. — Mentions honorables : MM. Guilleminot, Périnelle, Jacob.

Troisième année (physique), médaille d'or, M. Blarez; médaille d'argent, M. Michau; médaille de bronze, M. Castoud; mentions honorables, MM. Colignon, Lejeune.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Ernest Besnier reprendra ses conférences de clinique dermatologique et de thérapeutique appliquée des affections de la peau, le mercredi 22 novembre, à neuf heures du matin, salles Saint-Léon et Saint-Thomas. Le mercredi, de neuf heures à dix heures et demie, clinique dermatologique. Le samedi, de neuf heures à dix heures et demie, thérapeutique appliquée des affections de la peau; examen des malades en cours de traitement; démonstrations pratiques. Le lundi, de neuf à onze heures, consultation externe.

— M. le docteur Mallez a commencé son cours de *pathologie* et de *chirurgie* de l'*appareil urinaire*, le mardi 14 novembre, à sept et quart du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

Il le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera le jeudi 16 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, un cours public et gratuit de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 134. — SAMEDI 18 NOVEMBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 18 NOVEMBRE 1876. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hystérie, hystéro-épilepsie à crises mixtes et à crises distinctes. — Contracture hystérique et contracture tabétique.

M. Charcot a commencé ses conférences à la Salpêtrière dimanche 12 novembre. L'administration qui, jusqu'ici, s'était montrée si mesquinement hospitalière à l'égard des médecins et des élèves qui forment l'auditoire habituel de M. Charcot, paraît avoir compris enfin que maître et auditeurs méritaient un autre local que la remise qui les abritait à peine les années précédentes.

Cette première conférence a eu lieu dans une salle assez bien éclairée et où les assistants se sont trouvés à peu près à l'aise. Nos compliments à qui de droit.

Suivant son habitude, M. Charcot a abordé dans cette première séance plusieurs sujets de la pathologie nerveuse et nous a présenté plusieurs malades intéressantes.

C'est d'abord une jeune femme de 27 ans, à la Salpêtrière depuis une dizaine d'années, hystérique dans toute la force du terme et présentant, en ce moment, une contracture du membre inférieur droit, une ovarite droite et une hémi-anesthésie absolue également du côté droit.

A l'occasion de cette malade, M. Charcot a émis quelques considérations intéressantes sur ces trois ordres de phénomènes hystériques : l'ovarite, la contracture et l'hémi-anesthésie.

L'ovarite est droite ou gauche, quelquefois double. L'ovarite double ne se produit que momentanément, alors que la malade est pour ainsi dire très-chargée d'hystérie. Quand il y a hémi-anesthésie, elle se trouve du même côté que l'ovarite. La contracture, quand elle se produit, se montre également du même côté. C'est bien là ce qui a lieu chez cette malade.

Cette jeune fille est, en outre, hystéro-épileptique à crises mixtes. C'est dire que chacune de ces crises présente au début tous les caractères de la crise épileptique; mais ces caractères ne tardent pas à s'effacer pour faire place à ceux de l'attaque hystérique franche, typique. L'épilepsie n'est donc là qu'une apparence et n'existe pas en réalité. L'hystéro-épilepsie à crises mixtes n'est, pour M. Charcot, qu'une hystérie portée au plus haut degré.

Mais pour être hystérique, on n'en est pas moins épileptique, et M. Charcot admet parfaitement que les deux maladies puissent coexister sur le même sujet. C'est alors une hystéro-épilepsie à crises distinctes, c'est-à-dire que la malade a tantôt une crise hystérique, tantôt une crise épileptique.

Ce n'est pas ce qui a lieu chez la malade qui nous occupe en ce moment. C'est simplement une hystérique. Elle présente du côté droit une hémiplégie avec contracture du membre inférieur et hémi-anesthésie complète, absolue. Du côté gauche, elle est seulement analgésique, c'est-à dire qu'elle sent qu'on la pique, mais n'en souffre pas. L'analgésie est, pour ainsi dire, comme l'antichambre de l'anesthésie; il n'y aurait rien de surprenant à ce que cette malade devint également anesthésique du côté gauche.

Quant à la contracture, elle est telle qu'on a beaucoup de peine, en employant une grande force, à la vaincre; on trouve dans la rigidité musculaire une résistance invincible. Si je voyais cette jambe, dit M. Charcot, sans connaître la malade, je crois que je reconnaîtrais une contracture hystérique. L'hystérie seule, en effet, produit une extension forcée aussi développée. Habituellement, il y a en même temps un certain degré d'adduction du pied, qui manque ici. C'est en général un pied-bot varus-équin qu'on observe alors. Mais cela n'est pas constant.

Un autre caractère qui permettrait de reconnaître que cette contracture est d'origine hystérique, c'est l'anesthésie qui l'accompagne. Cela sent l'hystérie. Enfin ce fait qu'elle s'est produite tout à coup et non pas graduellement est tout à fait décisif. En résumé, l'étendue de la contracture, un léger degré d'adduction du pied, l'anesthésie concomitante, l'apparition subite, tels sont les caractères qui permettent, en dehors de tous les autres phénomènes qu'accuse la malade, d'affirmer qu'il s'agit d'une contracture hystérique.

Quel pronostic porter devant une semblable contracture? Le médecin, en pareil cas, se trouve dans une incertitude absolue. Cette contracture, en effet, peut cesser brusquement ce soir, demain, comme elle peut durer six ou huit ans. A cette occasion, M. Charcot présente de nouveau la fameuse E..., qui a été atteinte, comme on s'en souvient, d'une pareille contracture pendant huit ans, et qui a guéri instantanément, ainsi que M. Charcot l'avait prédit. Elle monte seule, maintenant, les degrés de l'estrade d'un pied léger. (Voyez l'observation de

cette malade que nous avons publiée dans nos comptes rendus de la Société de biologie

Quant à la malade qui a fait le sujet de cette conférence, elle a été prise déjà plusieurs fois de ces accidents, et chaque fois la contracture a duré un mois environ. Il est donc à supposer que cette fois encore sa durée sera d'un mois. Au moment où cette contracture tend à disparaître chez cette malade, elle sent une sorte d'engourdissement particulier, le membre tremblotte légèrement, puis elle éprouve une sensation de craquement, il lui semble que *quelque chose se décroche*, suivant ses propres expressions, puis sa jambe reprend son aspect normal et ses fonctions.

Est-il possible de hâter ce dénouement? Y a-t-il quelque chose à faire en pareil cas? L'électricité ne donne aucun résultat. L'anesthésie par le chloroforme fait bien disparaître la contracture, mais celle-ci se reproduit aussitôt que l'influence du chloroforme cesse de se faire sentir. Le seul résultat que l'on puisse obtenir à l'aide du chloroforme est de mettre la jambe dans la flexion au lieu de la laisser dans l'extension. Mais la contracture se reproduisant, une fois l'effet du chloroforme épuisé, il en résulte que les malades se trouvent beaucoup plus gênées avec un membre contracturé en flexion au lieu d'un membre contracturé en extension. En somme, le médecin reste désarmé ou à peu près devant une contracture hystérique.

A côté de cette malade, M. Charcot en présente une autre qui est atteinte d'une affection organique de la moelle, et qui offre une contracture double des membres inférieurs. Chez cette malade, la contracture est moins forte, elle ne s'accompagne pas d'anesthésie, et elle présente ceci de particulier que lorsqu'on relève brusquement les orteils, on produit une sorte de tremblement qui dure pendant un certain temps. Cette contracture double, se rattachant à une affection médullaire, présente encore d'autres caractères particuliers qui permettent de la distinguer aisément de la contracture hystérique : il y a sept ou huit ans, les jambes, chez cette femme, ont commencé à s'affaiblir; elles s'embarrassaient l'une dans l'autre quand elle marchait, et se trouvaient prises spontanément de trépidation. Les pieds, quand elle veut marcher, sont comme collés au sol; et elle est obligée de faire un grand effort, qui consiste à rejeter le corps en arrière, pour faire un pas. Il en est ainsi pour chaque pas. Cette démarche est caractéristique; elle appartient au *tabes dorsalis spasmodique*. Ici existe une lésion organique. La sensibilité n'est pas atteinte, comme chez l'autre malade; la contracture existe seule, mais elle est double. — L'anatomie pathologique de cette affection n'est pas encore parfaitement connue, elle est encore à l'étude.

M. Charcot a présenté ensuite à l'assistance plusieurs malades offrant des spécimens de tremblement sénile. Nous y reviendrons dans une prochaine Revue.

Splénotomie chez l'homme. — Conséquences physiologiques et phénomènes consécutifs.

Dans le numéro du 20 juillet dernier, nous avons rapporté un cas de splénotomie pratiquée avec succès par M. Péan, pour un cas d'hypertrophie de la rate accompagnée de troubles graves de la digestion, de la respiration et de la circulation, et de souffrances intolérables. C'était la deuxième opération de ce genre que pratiquait M. Péan. Témoin de ces deux opérations, et frappé des enseignements qu'elles renferment par elles-même, M. le docteur E. Barrault y a puisé l'idée de faire quelques recherches sur les conséquences physiologiques qui paraissent résulter de cette mutilation, et il a également profité de cette occasion pour passer en revue tout ce que l'on sait de la physiologie de la rate, et pour étudier le manuel opératoire de la splénotomie. De ce programme passablement étendu, et que M. Barrault est parvenu à réaliser, en le condensant dans une brochure de 76 pages (1), nous allons essayer de résumer ici les points principaux.

Avant les deux tentatives si heureusement hardies de M. Péan, la splénotomie n'était ni inconnue, ni nouvelle. M. Barrault a pu réunir dans les annales de la science quinze exemples. Entre la première opération et la deuxième de M. Péan, M. Kœberlé en a pratiqué deux, ce qui porte à dix-neuf le nombre de splénotomies connues. Sur ces dix-neuf splénotomies, onze ont été pratiquées consécutivement à des traumatismes, à des plaies pénétrantes de l'estomac, pour enlever des rates partiellement ou complétement herniées et irréductibles, et chaque fois avec succès; que la rate ait été enlevée complétement ou partiellement, tous les opérés ont guéri. Les huit autres ont été pratiquées pour enlever des rates malades, hypertrophiées ou dégénérées; sur ce nombre il y a eu trois guérisons, dont un cas de Zacarelli et Fioraventi (en 1549), et les deux cas de M. Péan, et cinq cas suivis de mort.

Il sera intéressant de voir avec M. Barrault quels ont été les phénomènes consécutifs à l'opération constatés jusqu'à présent chez les deux dernieres opérées, les seules qui aient été attentivement étudiées à ce point de vue. Mais avant, il est indispensable de résumer en quelques mots l'état actuel de nos connaissances physiologiques sur les fonctions de la rate. Nous passons, bien entendu, sur les opinions anciennes toutes plus ou moins hypothétiques, pour ne nous arrêter qu'aux études les plus récentes.

D'après M. Robin (article RATE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), cet organe, comme les autres glandes vasculaires, la thyroïde, les capsules surrénales, le thymus, s'il n'a pas d'usage spécial, doit avoir des usages généraux. Ces usages doivent consister en des modifications que le tissu de la rate fait subir au sang, à la lymphe et au chyle qui la traversent. M. Robin insiste sur cette opinion que ces modifications portent uniquement sur les liquides. Quant à ce que sont en elles-mêmes les modifications qui doivent résulter de la suppression de la rate, M. Robin indique que, en tant que modificateur du plasma du sang, les usages de la rate doivent la rapporter à ceux du foie, et qu'en conséquence, les usages du foie doivent être les premiers modifiés à la suite de l'extirpation de la rate; finalement, que ce serait surtout le tissu du foie qu'il conviendrait d'examiner à la suite des ablations anciennes de la rate.

Quant à la voie à suivre pour s'assurer pendant la vie des modifications que la rate fait subir au sang, l'agent spécial de modification restant insaisissable, vu l'absence dans cette glande de canal excréteur et l'insuffisance d'analyse de son parenchyme sécréteur, la seule ressource réside dans l'analyse comparative des liquides que reçoit la glande et qui en sortent, sang et lymphe. De déduction en déduction, M. Robin arrive, en définitive, à cette conclusion, qui est importante pour l'usage spécial de cette étude, savoir que si les influences sont de l'ordre des actions lentes et indirectes, qui peuvent être supprimées ou suspendues sans inconvénient immédiat, prononcé, on aurait tort de penser qu'elles sont superflues ou inutiles. Pour lui, se fondant sur la grande analogie du réticulum et sur la presque identité des épithéliums dans la rate et dans les ganglions lymphatiques, il serait très-porté à admettre que la rate exerce sur le sang une action de même ordre que

(1) *De la splénotomie chez l'homme, avec une étude sur la physiologie de la rate*, par M. le docteur E. Barrault. — Paris, 1876, chez Ve Adrien Delahaye.

celle que ces derniers organes exercent sur la lymphe, action qu'il suppose être d'ordre chimique.

Étudiant, à l'aide de ces données générales un peu vagues encore, comme on le voit, et particulièrement aux deux points de vue du rôle de la rate comme réservoir du sang et de ses usages présumés comme organe glandulaire modificateur du sang, les effets physiologiques résultant de l'extirpation de cet organe, M. Barrault est arrivé à constater les faits qui suivent. D'abord, pour ce qui est de la conservation de la vie et du maintien de la santé générale, au moins pendant un certain temps, le fait est suffisamment établi par le groupe des splénotomies pratiquées avec succès, sans parler des nombreuses expériences faites par les physiologistes sur les animaux.

Cette absence d'influence immédiate constatée, cette innocuité se poursuit-elle pendant un temps indéfini? et la splénotomie est-elle sans effet sur la durée de la vie des sujets qui l'ont subie? La réponse à cette question est très-difficile à faire, aucun des faits anciens consignés dans les annales de la science, n'ayant été exposé avec des détails suffisamment circonstanciés pour permettre aucune affirmation à cet égard. Les deux observations de M. Péan peuvent seules donner quelques éléments intéressants, mais encore incomplets au point de vue du temps, sur les phénomènes physiologiques consécutifs à la splénotomie.

L'opérée de 1867 examinée une première fois par M. Robin en 1869 (l'opération remontant alors à dix-huit mois) lui permit de constater ce qui suit : l'apparence générale était très-satisfaisante, teint rose, ni maigreur, ni embonpoint exagéré. Absence de bruit de souffle tant aux carotides qu'à l'aorte et au cœur, dont les bruits et les battements étaient tout à fait normaux. Menstruation régulière, sang rouge. Appétit normal. Digestions régulières, sans production de gonflement ni de douleur dans les hypochondres, quelle que soit la quantité d'aliments ou de boissons ingérés. Foie normal. Aucun ganglion lymphatique n'est augmenté de volume, ni aux aines ni aux aisselles, au cou ou à la tête. La thyroïde est plutôt petite que développée.

L'examen du sang, fait comparativement avec celui de l'observateur et celui d'un élève, n'a pas donné de différences sensibles de l'un à l'autre pour le nombre des globules rouges. Quant aux leucocytes, tandis que le sang de l'observateur en contenait 1 pour 330 hématies, celui de l'élève 1 pour 300, celui de l'opérée en contenait 1 pour 250 à 260.

Un nouvel examen fait le 5 août 1875, a fait constater que les globules blancs étaient sensiblement moins nombreux que lors du premier examen (1 pour 300 hématies). Les petits leucocytes n'étaient pas plus nombreux que dans le sang normal des adultes.

L'opérée paraît s'être raffermie dans sa santé, elle a vu complétement disparaître, depuis deux ans, quelques accidents comme les palpitations, qui l'avaient souvent tourmentée. Actuellement elle présente tous les attributs d'une santé parfaite. L'appétit est resté bon et très-régulier. Elle s'accommode de tous les aliments et n'éprouve jamais de vomissements et les digestions se font habituellement bien et sans douleur. L'influence des boissons prises en quantité modérée n'est pas non plus appréciable. Mais il se produit un fait intéressant toutes les fois qu'une quantité de boissons aqueuses considérable est ingérée en un court espace de temps. L'abdomen augmente de volume principalement du côté gauche où il semble qu'il se forme une tumeur passagère. Ce phénomène trouverait son explication rationnelle, d'après M. Robin, dans ce fait que la rate qui augmente de volume, à l'état normal, après l'ingestion des boissons, faisant défaut, celles-ci s'accumulent dans les veines qu'elles distendent.

L'opérée n'a jamais présenté aucun symptôme pouvant être rattaché à la fonction du foie ; cet organe est normal. Les efforts violents, la marche, la course, l'ascension d'un lieu élevé ne provoquent pas d'étouffement anormal. La menstruation est restée régulière. Pas de leucorrhée. Il n'y a point d'hypertrophie appréciable des ganglions, ni à l'abdomen, aux aines, aux aisselles, à la poitrine, ni au cou. Pas de bruit de souffle au cœur, ni sur les gros vaisseaux. Les parois abdominales ne conservent aucune trace de la distension qu'elles ont subies. La cicatrice est elle-même très-peu apparente.

Le seul fait saillant est l'extrême impressionnabilité nerveuse et la mobilité d'humeur de l'opérée qui est sujette à des accès de colère et tourmentée, pendant la nuit surtout, par un sentiment de peur qu'elle ne peut vaincre et qui lui suggère parfois des idées de suicide.

La deuxième opérée (celle du mois d'avril de cette année), présente également une apparence générale très-satisfaisante; elle a pris de l'embonpoint. L'appétit est resté chez elle peu actif, comme auparavant; elle a conservé la répugnance qu'elle avait pour les viandes et pour le pain. Ses digestions sont habituellement un peu lentes et s'accompagnent de ballonnement à l'épigastre, et quelquefois de vomissements. Elle éprouve des palpitations fréquentes, s'essoufle facilement à la marche, résiste peu à la fatigue et aux causes débilitantes. Il n'y a aucune augmentation de volume ni du foie, ni des ganglions lymphatiques. Enfin, elle paraît aussi nerveuse et aussi impressionnable que la première opérée, elle est fortement névropathique.

L'examen du sang a fait constater la présence de leucocytes sensiblement plus nombreux qu'à l'ordinaire, comme lors du premier examen du sang de la première opérée.

En résumé de cette étude très-détaillée, et dont nous n'avons indiqué ici que les points principaux, M. Barrault tire la conclusion générale suivante, à laquelle nous ne pouvons que donner notre adhésion.

Quoique tout porté à penser actuellement que l'extirpation de la rate ne puisse rester sans influence sur l'économie et sur l'ensemble des fonctions des êtres qui l'ont subie, il faut convenir qu'il est à peu près impossible de définir quelles modifications paraissent en résulter directement. Ce que l'on peut avancer, c'est que rien dans l'exécution des principales fonctions, ni dans la santé générale des deux malades privées de rate, ne vient indiquer de troubles importants. Cette apparente innocuité de l'extirpation de la rate, déjà établie pour l'une des malades par une période de neuf années, si elle vient encore à être corroborée par l'observation de la seconde opérée, devra contribuer à légitimer dans une certaine mesure l'opération de la splénotomie dans les cas, extrêmement rares d'ailleurs, où une intervention chirurgicale aussi hardie peut paraître indiquée.

Établissement d'une fausse articulation dans la branche montante droite du maxillaire inférieur, pour remédier aux conséquences d'une ankylose.

En parcourant le service de clinique chirurgicale de l'hôpital des Cliniques, M. Broca a bien voulu nous arrêter auprès d'un jeune garçon, auquel M. Pozzi a pratiqué dernièrement, avec un plein succès, une opération à laquelle le professeur Fred. Esmarch, de l'université de Kiel, a attaché son nom ; l'établissement d'une fausse articulation dans la continuité du maxillaire inférieur. Esmarch avait pratiqué cette opération en

1854, pour un cas de destruction partielle de la face par gangrène, suivie d'adhérences indestructibles d'une portion de la joue avec le maxillaire et immobilisation de cet os, préconisant en même temps cette opération comme applicable aux cas d'ankylose de la mâchoire, précisant avec ses indications, le procédé opératoire et le lieu d'élection pour l'établissement de la pseudarthrose.

C'est justement pour un de ces cas prévus par M. Esmarch et pour lesquels, depuis, la même indication a été formulée par plusieurs chirurgiens, entre autres par M. Bruns (de Tubingen), qui l'a même exécutée, et par M. Richet, que M. Pozzi a procédé à la création d'une fausse articulation par résection partielle de la branche montante droite du maxillaire inférieur chez le jeune garçon en question, pour remédier à une ankylose de l'articulation temporo-maxillaire droite, qui rendait l'écartement des mâchoires, et par suite la mastication des aliments presque impossible. Cette opération, qui paraît avoir offert de très-grandes difficultés à cause de la nécessité de procéder préalablement à l'extraction de plusieurs dents, à travers un aussi étroit orifice, avant et afin de pouvoir introduire ensuite les instruments destinés à faire la résection, a donné des résultats excellents, autant du moins qu'il nous a été possible d'en juger par la mobilité et l'écartement très-suffisant dont jouissent aujourd'hui les deux mâchoires. Nous donnerons plus tard les détails de cette intéressante observation.

Dr Brochin.

THÉRAPEUTIQUE

Du vin de Saint-Raphaël en général

Par le docteur Xavier Blanchin.

C'est au vin de Saint-Raphaël, sans contredit, que nous devrons de voir enfin les médecins s'enquérir réellement de la qualité des vins, c'est-à-dire de savoir quels sont les bons vins à l'usage de l'homme dans les trois états de la vie : la santé, la maladie et la convalescence.

L'hygiène alimentaire de tous les temps et la chimie organique de nos jours rendent tour à tour les meilleurs témoignages du vin dans l'alimentation des malades et des bien portants ; mais c'est du bon vin sans doute qu'il s'agit; car le mot *vin* en comprend certes non-seulement de mauvais, mais encore de malfaisants.

L'important de la question donc, et elle n'a jamais eu plus d'importance qu'aujourd'hui, est de savoir quel est le bon vin des malades et à quels caractères on peut le reconnaître.

Pour répondre à cette question, très-complexe d'ailleurs, le médecin, à qui elle s'adresse, a deux voies fort différentes, mais qui doivent concorder et qui en effet reviennent au même quant au résultat.

Le médecin, disons-nous, est avant tout un observateur de ce qui se passe dans l'organisme mis en expérience; et il ne croit bien juger de ce qu'il observe que sur les effets produits. Il n'estime pas autrement les médicaments que les aliments : il les juge par les effets qui résultent de leur ingestion. S'ils font du bien, ils sont bons, et rien ne peut le vaincre sur ce terrain.

Cependant le médecin ne se désintéresse pas des notions que peuvent lui fournir les sciences qui s'occupent de l'organisme et des substances considérées en elles-mêmes ou dans leur composition. La chimie donc, par l'analyse qu'elle fait des matières propres à l'alimentation avant l'usage, et la physiologie, par l'analyse qu'elle fait de son côté des humeurs et des tissus vivants, servent au médecin pour confirmer plus ou moins le jugement qu'il avait tiré de son observation immédiate.

Ainsi l'hygiéniste, par exemple, est satisfait toutes les fois que ces deux témoignages se confirment l'un par l'autre, c'est-à-dire lorsqu'il voit, par exemple, que les substances qu'il a jugées bonnes pour la nutrition se composent précisément des matériaux qui font partie constituante de l'organisme ou qui en activent les fonctions.

Telle est aujourd'hui la situation du médecin à l'égard du vin de Saint-Raphaël, en attendant que d'autres vins viennent partager ses préférences. Expliquons-nous :

L'observation analytique du chimiste, d'une part, opérant sur la composition du vin de Saint-Raphaël, y découvre les éléments actifs, qui, tels que le tannin, se recommandent dans le grand nombre de cas où il s'agit de fortifier les tissus et de relever le ton des sécrétions difficiles.

L'observation clinique de médecine d'autre part, se trouve édifiée sur les résultats avantageux qui suivent presque invariablement l'emploi rationnel qu'on fait de ce vin dans les cas précités où il faut relever l'énergie des fonctions assimilatrices et circulatoires.

Étudions mieux les faits, et, sur des autorités qu'on ne récusera pas, faisons la part spéciale des éléments qui distinguent le vin de Saint-Raphaël dans son emploi hygiénique et thérapeutique. A ce sujet, nous n'avons qu'à citer la parole de M. Bouchardat, le plus compétent dans l'espèce qui nous occupe.

« La partie alcoolique, dit l'éminent professeur, joue à n'en pas douter, le principal rôle dans l'action physiologique et hygiénique du vin en général ; mais l'influence de l'alcool y est modifiée par plusieurs autres principes immédiats, dont le plus important est le tannin. »

Plus loin, le même professeur, parlant du tannin au point de vue de la digestion, s'exprime ainsi :

« Le tannin et les matières colorantes du raisin exerçant sur l'estomac une action qui doit être regardée comme très-favorable en ce qu'elle ranime les fonctions digestives. »

Enfin, M. le professeur Bouchardat, parlant du vin en général, conclut par ces paroles :

« La complexité des principes organiques qui entrent dans la composition du vin, lesquels à certains égards se rapprochent des principes mêmes de l'organisme humain, rend compte de l'action restaurante de ce liquide chez les individus épuisés par suite d'anémie ou d'une alimentation insuffisante. »

Ce qui résulte des études de l'auteur que nous citons, c'est : 1° que le vin est utile et nécessaire à la digestion ; 2° que lorsque le vin est de bonne qualité, l'assimilation qui se fait sous son influence est meilleure; 3° enfin que la bonne qualité d'un vin hygiénique se mesure sur des proportions voulues d'alcool et du principe astringent représenté par le tannin.

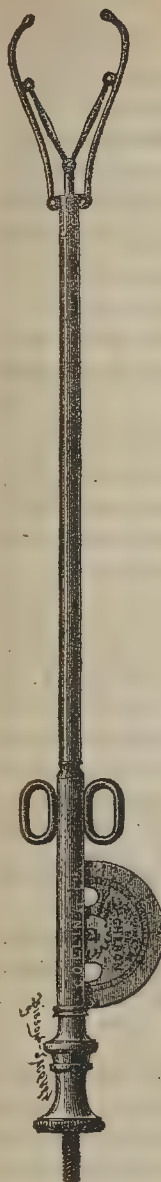
On ne pouvait pas mieux désigner sans le nommer le vin Saint-Raphaël, que ne l'a fait ainsi M. Bouchardat ; mais il le nomme, et dans une classification qu'il a faite des vins de France, il le place en tête des astringents tanniques avec sucre et alcool, c'est-à-dire vin de liqueur tannique; c'est la notion la plus complète du vin de Saint-Raphaël.

CERVIMÈTRE

INSTRUMENT DESTINÉ A MESURER LES VARIATIONS DE VOLUME DU COL DE L'UTÉRUS

Par M. le docteur Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

L'examen du col utérin à l'aide du spéculum opéra au commencement du siècle une véritable révolution dans la connaissance et le traitement des affections de l'appareil génital de la femme. Cependant le service rendu par ce nouveau moyen d'exploration fut exagéré par quelques-uns, et incomplétement apprécié par d'autres, de sorte que l'on voit même quelquefois à notre époque réagir contre l'utilité des renseignements fournis par cet instrument dans le diagnostic des affections utérines. C'est que, la plupart du temps, on croit ne pouvoir demander à l'examen du col à l'aide de l'œil que la notion de l'existence ou de l'absence d'une ulcération, ou la coloration ; la forme de l'organe et celle de l'orifice, la couleur du mucus qui s'en écoule, le volume mesuré par les diamètres sont autant d'éléments qui apportent au diagnostic le contingent le plus précieux.



De tous ces éléments, les variations subies par l'organe sous l'influence des règles, de la grossesse ou des diverses affections qui peuvent l'atteindre sont les parties du diagnostic que l'œil apprécie, mais ne peut déterminer d'une façon précise que la forme et la coloration.

J'ai fait depuis quelques années, dans le but de déterminer le mode d'altération du col, des tentatives de mensuration de cet organe qui ont abouti à la création d'un instrument auquel j'ai donné le nom de cervimètre. Cet instrument construit par M. Collin est un véritable compas d'épaisseur, facile à manier dans le spéculum, et sur le manche duquel se lit aisément la mesure de la course de ses deux branches mensuratrices.

Il se compose d'une tige creuse dans l'intérieur de laquelle chemine une tige pleine, mue par une vis à sa partie inférieure, et fixée par son extrémité supérieure à deux bras du levier qui déterminent l'écartement des deux branches du compas. Une roue dentée à laquelle est fixée une aiguille, qui parcourt un cadran divisé, est liée aux mouvements de la tige centrale qui écarte ou rapproche les deux branches.

L'écartement maximum que j'ai donné à ces deux branches est de 6 centimètres. Jusqu'à ce jour, je n'ai pas observé de col utérin dont le diamètre fut plus considérable.

A l'aide de cet instrument, il est facile de constater et de préciser l'augmentation de volume que le retour des règles et la grossesse impriment au col utérin. Il est facile aussi de préciser cette même augmentation dans la congestion utérine, l'engorgement, la métrite, etc., ainsi que de démontrer l'involution incomplète de l'utérus après l'accouchement, et l'époque exacte à laquelle cette involution se termine; enfin, à l'aide du cervimètre, on peut suivre graduellement la diminution du volume, le travail de décongestion que les divers moyens de traitement : cautérisation, astringents, électricité, etc., font subir à l'appareil utéro-ovarien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend les journaux de la semaine.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation de *kyste hydatique du foie terminé par fistule hépatico-bronchique*;

2° Une note de M. Devals (de Bordeaux), candidat au titre de membre correspondant, sur la *prédisposition aux fractures des malades atteints d'affections des centres nerveux*;

3° Une réclamation anonyme de l'auteur d'un mémoire destiné au concours pour le prix Laborie, intitulée : *Pathogénie des accidents graves survenant dans le cours des étranglements internes*, mémoire adressé dès le 25 octobre et dont la réception n'avait pas été annoncée.

PRÉSENTATION

M. Larrey offre un ouvrage posthume de Demarquay, intitulé : *des Maladies chirurgicales du pénis*.

RAPPORT

Luxation du pouce en avant. — M. Périer donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Farabeuf sur les *luxations du pouce en avant*, faisant suite au mémoire du même auteur sur les *luxations du pouce en arrière*, déjà publié dans les Bulletins de la Société. M. Farabeuf a observé quatre cas de luxation du pouce en avant; une thèse de M. Foucault, inspirée par lui, en mentionne vingt observations publiées dans divers recueils, mais il en existe d'autres encore; en un mot, cet accident n'est pas aussi rare qu'on le pense. Il y a trois variétés de cette luxation d'après la situation du tendon déplacé en dehors, en dessus ou en dedans de la tête articulaire. Quelques symptômes sont communs à ces trois variétés, mais chacune a des symptômes particuliers. Elles sont réductibles, même après plusieurs semaines, pourvu qu'il n'existe pas de complication, comme une hydarthrose ou une déformation osseuse, en faisant suivre à l'os luxé une marche inverse de celle qu'il a suivie au moment de l'accident.

Le mémoire de M. Farabeuf est renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATION

Épanchement sanguin dans l'articulation du genou datant de quatorze mois. — M. Nicaise présente une pièce provenant de son service de l'hôpital temporaire. C'est un épanchement sanguin de l'articulation du genou datant de quatorze mois. Le malade était un charretier, âgé de soixante ans, qui fit une chute de cheval sur le genou gauche le 31 août 1875. Traité d'abord à l'Hôtel-Dieu par l'immobilité des vésicatoires, la teinture d'iode et par la cautérisation ponctuée (30 décembre), il fut envoyé à Vincennes et rentra le 18 mai 1876 à l'hôpital temporaire, où son état général s'aggrava peu à peu jusqu'à sa mort qui eut lieu ces jours derniers.

A l'autopsie, on trouva les viscères gravement atteints. Des calculs existaient dans les reins. Le genou gauche était en extension et plus volumineux que le droit. Les tissus péri-articulaires paraissaient sains. Le genou incisé au-dessus de la rotule, on découvrit un caillot sanguin ayant des adhérences glutineuses à la surface articulaire du fémur, et remplissant toute la partie antérieure de la cavité. M. Nicaise pense que le repos et l'extension du membre eut été la cause de la non-résorption du liquide sanguin et que l'évacuation par la ponction aurait pu être utile au commencement du traitement.

DISCUSSION

M. Sée pense que ce caillot est de nouvelle formation; il en a toute l'apparence, et se serait produit comme une hématocèle succède à une hydrocèle après l'inflammation des parois de la cavité.

M. Nicaise a pensé ainsi à cette étiologie et à une troisième, l'épanchement sanguin survenant dans une articulation après une longue immobilité, accident signalé par Tessier. Mais il a cru, d'après les caractères du caillot, devoir se rattacher à la première. La lenteur de la résorption du sang n'est pas un fait rare; on l'observe dans les épanchements sanguins de la plèvre et dans l'hémorrhagie méningée.

M. Verneuil. L'examen microscopique est nécessaire pour savoir si l'on a affaire à une infiltration sanguine dans l'épaisseur d'une membrane ou à un caillot. Mais avant que cet examen soit fait, M. Verneuil hésite à accepter l'idée qu'il s'agit d'un caillot de quatorze mois, étant donné le sort bien connu de tout élément anatomique ectopié qui est destiné soit à la réviviscence, soit à l'élimination.

M. Trélat croit possible l'étiologie indiquée par M. Nicaise; des éléments anatomiques peuvent rester ectopiés pendant fort longtemps sans subir de transformation. M. Broca a observé des esquilles osseuses restées dans les parties molles pendant vingt-cinq ans sans déterminer de troubles, et produire après ce temps un abcès qui a permis leur sortie. Les épanchements séro-sanguins décrits par Morel-Lavallée eurent aussi une tendance à une étonnante durée. M. Trélat en a ouvert qui dataient de vingt-deux mois, dans lesquels il a trouvé de petits caillots diffluents d'une conservation étrange. Dans certains épanchements du tissu cellulaire, on voit quelquefois la destruction des éléments sanguins se faire avec une excessive lenteur, et on peut retrouver, après vingt et même trente ans, des caillots fibrineux avec du sang au centre.

M. Verneuil. La pérennité des éléments anatomiques ne doit pas être confondue avec celle d'un foyer dans lequel l'épanchement peut

se renouveler; mais il est difficile de démontrer que celui des premiers jours persiste pendant longtemps. En tout cas, ces faits seraient excessivement rares; ils ont été signalés seulement au commencement de ce siècle par Pelletan, mais M. Verneuil n'en connaît pas d'observation depuis cette époque jusqu'à celle que M. Nicaise vient de présenter.

M. LE FORT. On observe quelquefois après deux ou trois ans dans un ancien sac anévrysmal des caillots d'un aspect semblable à celui-ci. Les globules sont altérés, mais ils sont conservés à l'abri de l'air comme dans certains liquides.

M. TRÉLAT a observé au bout de deux ans, dans des sacs anévrysmaux, des hématies altérées, mais reconnaissables.

M. NICAISE complétera et apportera à la Société l'examen de cette pièce.

Commission pour le prix Duval. — Sont nommés membres de cette commission MM. Sée, Anger, Polaillon, Marjolin et de Saint-Germain.

LECTURE

M. DELENS donne lecture d'une note sur l'*ablation de l'épithélioma de la langue par la ligature élastique*, dont il a déjà communiqué quatre cas à la Société et dont il apporte aujourd'hui une nouvelle observation personnelle. M. le professeur Gosselin a employé deux fois avec succès la même méthode.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Appareil destiné à la résolution de la pierre dans la vessie. — M. PIGNONI médecin de la marine, présente un instrument destiné à opérer la résolution de la pierre dans la vessie par un liquide corrosif, sans atteindre les parois de cet organe. L'expérience a été faite avec succès au Val-de-Grâce sur le cadavre en présence de M. Poncet. (Commission : MM. Panas, Duplay, Guyon.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La mort du Dauphin Louis XVII (1).

Quatre médecins furent désignés pour pratiquer l'autopsie, et on en trouve le procès-verbal dans la *Gazette nationale* ou *Moniteur* du 23 prairial an III. Ce document est assez important pour être rapporté textuellement.

Procès-verbal de l'ouverture du corps du fils du défunt Louis Capet, dressé à la tour du Temple, à onze heures du matin.

« Nous soussignés Jean-Baptiste-Eugénie Dumangin, médecin en chef de l'hospice de l'Unité et Philippe-Jean Pelletan, chirurgien en chef du grand hospice de l'Humanité, accompagnés des citoyens Nicolas Jeanroy, ancien professeur aux Écoles de médecine de Paris, et Pierre Lassus, professeur de médecine légale à l'École de santé de Paris, que nous nous sommes adjoints en vertu d'un arrêté du Comité de sûreté générale de la Convention nationale daté d'hier et signé Bergoing, président, Courtois, Gauthier, Pierre Guyomard; à l'effet de procéder ensemble à l'ouverture du corps du fils de défunt Louis Capet, en constater l'état; avons agi ainsi qu'il suit :

« Arrivés tous les quatre à onze heures du matin, à la porte extérieure du Temple, nous y avons été reçus par les commissaires qui nous ont introduits dans la tour. Parvenus au deuxième étage, nous sommes entrés dans un appartement, dans la seconde pièce duquel nous avons trouvé dans un lit le corps mort d'un enfant, qui nous a paru âgé d'environ dix ans, que les commissaires nous ont dit être celui du fils de défunt Louis Capet, et que deux d'entre nous ont reconnu pour être l'enfant auquel ils donnaient des soins depuis quelques jours. Les susdits commissaires nous ont déclaré que cet enfant était décédé la veille, vers trois heures de relevée; sur quoi nous avons cherché à vérifier les signes de la mort, que nous avons trouvés caractérisés par la pâleur universelle, le froid de toute l'habitude du corps, la roideur des membres, les yeux ternes, les taches violettes ordinaires à la peau du cadavre et surtout par une putréfaction commencée au ventre, au scrotum et au dedans des cuisses.

« Nous avons remarqué, avant de procéder à l'ouverture du corps une maigreur générale qui est celle du marasme. Le ventre était extrêmement tendu et météorisé. Au côté interne du genou droit, nous avons remarqué une tumeur, sans changement de couleur à la peau, et une autre tumeur moins volumineuse sur l'os du radius près le poignet, au côté gauche : la tumeur du genou contenait environ deux onces de matière grisâtre, puriforme et lymphatique, située entre le périoste et les muscles; celle du poignet renfermait une matière de même nature, mais plus épaisse.

« A l'ouverture du ventre, il s'est écoulé plus d'une pinte de sérosité purulente, jaunâtre, et très-fétide : les intestins étaient météorisés, pâles, adhérents les uns aux autres, ainsi qu'aux parois de cette cavité : ils étaient parsemés d'une grande quantité de tubercules de diverses grosseurs et qui ont présenté à leur ouverture la même matière que celle contenue dans les dépôts extérieurs du genou et du poignet.

« Les intestins, ouverts dans toute leur longueur, étaient très-sains intérieurement, et ne contenaient qu'une très-petite quantité de matière bilieuse. L'estomac nous a présenté le même état; il était adhérent à toutes les parties environnantes, pâle au dehors, parsemé de petits tubercules lymphatiques semblables à ceux de la surface des intestins; sa membrane interne était saine, ainsi que le pylore et l'œsophage; le foie était adhérent par sa convexité au diaphragme, par sa concavité aux viscères qu'il recouvre; sa substance était saine, son volume ordinaire, la vésicule du fiel médiocrement remplie d'une bile de couleur très-foncée. La rate, le pancréas, les reins et la vessie étaient sains. L'épiploon et le mésentère, dépourvus de graisse, étaient remplis de tubercules lymphatiques, semblables à ceux dont il a été parlé. De pareilles tumeurs étaient disséminées dans l'épaisseur du péritoine, recouvrant la face inférieure du diaphragme. Ce muscle était sain.

« Les poumons adhéraient par toute leur surface à la plèvre, au diaphragme et au péricarde; leur substance était saine et sans tubercules; il y en avait seulement quelques-uns aux environs de la trachée-artère et de l'œsophage. Le péricarde contenait la quantité ordinaire de sérosité; le cœur était pâle, mais dans l'état naturel.

« Le cerveau et ses dépendances étaient dans leur plus parfaite intégrité.

« Tous les désordres dont nous venons de donner le détail sont évidemment l'effet d'un vice scrophuleux existant depuis longtemps et auquel on doit attribuer la mort de l'enfant.

« Le présent procès-verbal a été fait et clos à Paris, au lieu susdit, par les soussignés, à quatre heures et demie de relevée, les jour et an que dessus.

« Signé : J.-B.-E.-DUMANGIN, PH.-J. PELLETAN, P. LASSUS, N. JEANROY. »

C'est donc bien le jeune Dauphin qui est mort au Temple; Pelletan et Dumangin l'ont reconnu. Il a succombé à la scrofule qui s'est développée pendant sa captivité et à la tuberculose. La même *Gazette nationale* nous rend compte de son inhumation, en ces termes.

« De Paris,

« Avant hier, à huit heures et demie du soir, deux commissaires civils et le commissaire de police de la section du Temple se transportèrent à la tour du Temple pour, en vertu d'un arrêté du comité de sûreté générale, enlever le corps du fils de Louis Capet. Ils le trouvèrent découvert et en leur présence il fut mis dans un cercueil de bois et transporté de suite au cimetière de Sainte-Marguerite, rue faubourg-Antoine où il fut inhumé. Des mesures de sûreté générale ont fait escorter ce convoi de loin en loin par des détachements d'infanterie. »

C'était le 10 juin 1795.

Dans les premiers temps de la Restauration, on fit des recherches minutieuses pour retrouver les restes de cet enfant. On ne

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 novembre.

put rien découvrir. La nuit qui suivit l'inhumation, des ordres supérieurs avaient été donnés pour que le corps fût déterré et transféré secrètement au cimetière Sainte-Catherine.

Vingt jours après, une loi du 12 messidor au III (30 juin), sur le rapport de Treilhard, autorisa l'échange de Marie-Thérèse-Charlotte de France, sœur du Dauphin, détenue comme lui au Temple, contre des prisonniers français en Autriche. La jeune orpheline, qui avait alors dix-sept ans, fut élevée à la cour de son aïeul l'empereur d'Autriche. Ce fut la duchesse d'Angoulême. Elle est morte à Frohsdorf le 19 octobre 1851.

Ici se place un épisode assez curieux. Dans son mémoire historique sur Louis XVII, Pelletan dit qu'il fut chargé spécialement des opérations de l'ouverture du corps et de la remise en place des parties. Pendant qu'il s'occupait de cette dernière, ses trois confrères et les quelques personnes présentes s'approchèrent de la fenêtre pour causer un peu. L'autopsie avait duré près de cinq heures. Profitant du moment où personne n'avait l'œil sur lui, il enveloppa le cœur dans un peu de linge et le mit dans sa poche. Tout étant terminé et le procès-verbal dressé et signé, chacun se retira. Pelletan mit le cœur dans un flacon avec de l'esprit de vin : au bout de dix ans, l'esprit était évaporé et le cœur tout à fait desséché. Pelletan le conserva dans son tiroir avec d'autres pièces anatomiques, et le montra à son secrétaire, en lui disant sa provenance. Il n'y prit plus garde. Un jour, cherchant dans son tiroir, il ne trouva plus le cœur du Dauphin ; il soupçonna son secrétaire de l'avoir soustrait, le lui redemanda avec toutes les précautions possibles, pour ne pas froisser sa susceptibilité. Il n'en obtint rien. Mais le secrétaire tomba malade et succomba. Pelletan fit faire des recherches chez ce dernier. Le cœur fut retrouvé et restitué à Pelletan.

Lorsque Louis XVIII fut remonté pour la deuxième fois sur le trône, il prescrivit de faire une enquête sur toutes les personnes qui avaient donné quelques marques de sympathie à sa famille pendant ses malheurs, et au Dauphin pendant sa détention. Pelletan fit valoir ses services, offrit au roi de lui restituer le cœur du Dauphin et ne dit mot de Dumangin. C'était en 1817. Ce dernier avait quitté Paris et était retiré à Saint-Prix, près Montmorency. Une polémique assez vive s'engagea entre les deux médecins et l'authenticité de la relique fut mise en doute. Dumangin dit cependant qu'il croyait avoir vu Pelletan mettre quelque chose dans sa poche, mais il n'y avait fait aucune attentton. Pelletan de son côté avait gardé le silence sur son dépôt pendant tout le règne impérial, et la seule personne à qui il s'était ouvert, en avait profité pour s'en emparer, et avait tout naturellement gardé le plus profond secret.

Louis XVIII, en homme prudent et habile, rendu sceptique par l'expérience des gens et des choses, n'accepta ni ne refusa l'offre de Pelletan. Il craignait sinon une mystification, au moins une erreur peut-être involontaire, sur la nature et l'authenticité de ce cœur qui avait subi tant de pérégrinations. Pelletan toutefois s'en dessaisit et le cœur fut mis en dépôt au palais de l'archevêché. Mais lors du pillage de ce palais, le 29 juillet 1830, il disparut de nouveau. Le docteur Gabriel Pelletan, son fils, fut assez heureux pour le retrouver et le possède encore.

(*La fin au prochain numéro.*) Dr A. Corlieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Le Dentu, agrégé, suppléant de M. le professeur Richet, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 18 novembre, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Visite tous les jours à huit heures et demie.

— M. Farabeuf, agrégé, suppléant de M. le professeur Charles Robin, commencera le cours d'histologie le samedi 18 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les mardis, jeudis, samedis suivants à la même heure.

— *Hôpital des Cliniques. Clinique d'accouchement.* — M. le professeur Depaul commencera son cours le jeudi 16 novembre. La visite aura lieu tous les jours à huit heures du matin. Leçon clinique les mardis, jeudis et samedis après la visite. Exercices pratiques trois fois par semaine après la leçon clinique.

Nota. Une carte spéciale est nécessaire pour suivre la clinique d'accouchement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse : par le docteur P. Reclus. — 1 vol. in-8° avec 5 planches. Prix : 5 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

De la greffe animale et de ses applications à la chirurgie, par le docteur Armaignac. — 1 vol. in-8° avec 2 planches. Prix : 3 fr. 50. —Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Les eaux de Gréoulx dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par le docteur Lescalmel. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Puberté précoce et menstruation régulière, chez une enfant de vingt-deux mois.

Il y a chez les enfants, même très-jeunes, des *hémorrhagies vulvaires* dont l'origine n'est pas très-bien connue, et que l'on considère parfois comme des exemples de menstruation précoce.

Ces faits doivent être analysés avec soin et divisés en deux catégories, comme je l'ai fait dans la sixième édition de mon *Traité des maladies des enfants*. Les uns ne sont que des cas d'hémorrhagie vulvaire auxquels le nom de menstruation ne saurait être appliqué sans faire d'hypothèse, et les autres sont de véritables exemples de menstruation précoce.

J'ai vu plusieurs fois, chez des petites filles de deux à cinq jours, et ailleurs, chez des filles de trois ou quatre ans, des hémorrhagies vulvaires spontanées, qui duraient de un à deux jours. Chez les unes, l'écoulement ne revenait plus, chez les autres, il reparaissait une fois ou deux et cessait définitivement.

Comme dans ces cas, il n'y avait pas de signes extérieurs de puberté à la poitrine ou au pubis, et qu'il n'y avait pas de régularité dans le retour de cette hémorrhagie vulvaire, je n'ai jamais considéré ces cas comme des exemples de menstruation.

Le docteur Cullington, de Manchester, a vu quelques cas semblables, et cela lui a donné l'occasion de faire des recherches qui lui ont permis d'en rassembler trente-deux exemples.

Rien dans ces faits ne caractérise la véritable menstruation, mais ailleurs l'hémorrhagie vulvaire, par sa périodicité et sa persistance, prend tout à fait le caractère des règles chez la femme adulte.

J'en ai cité plusieurs exemples; un chez une fille de trois ans, publié par Geoffroy Saint-Hilaire, un autre dû au docteur Wilson, de Philadelphie, un troisième du docteur Piazza de Piombino, un quatrième de Turner, de Tennessée, et en voici un dernier qui est inédit et dont la connaissance m'a engagé à vous faire conférence.

Ce fait m'a été envoyé de Nouméa par un médecin très-distingué de la marine, le docteur Lostalot. L'enfant a été vue à Londres avec le docteur Kemp, du Collége des chirurgiens de Londres; avec le docteur Ryan du Collége des chirurgiens de Dublin; et le docteur Varren de l'Université de Dublin.

Voici cette intéressante observation. Elle mérite d'être publiée telle qu'elle a été rédigée par notre confrère.

Observation. — *Puberté précoce. — Menstruation chez une fille de vingt-deux mois.* — Nelly O..., née à Londres le 27 janvier 1872, quatrième fille d'une famille de six enfants, présente tous les signes d'une puberté aussi précoce qu'incontestable. Elle est âgée de quatre ans seulement et deux mois, très-forte et très-développée pour son âge. Ce qui frappe au premier abord, c'est le fini, pour ainsi dire, des lignes de sa figure, le développement de ses épaules et de ses hanches, ainsi que la rondeur grassouillette de ses membres; elle pèse cinquante-cinq livres anglaises, et jouit d'une parfaite santé.

Ses parents nous racontent que, lorsqu'elle vint au monde, ils furent frappés du développement de ses seins qui étaient de la grosseur d'une petite pomme. Elle ne présenta, d'ailleurs, rien de particulier jusqu'à l'âge de vingt-deux mois, époque où parurent ses règles pour la première fois. Depuis lors, elles reparaissent exactement toutes les quatre semaines. L'écoulement en est très-régulier, dure de quatre à six jours, et son abondance égale celle des personnes adultes. Leur apparition est précédée du malaise habituel, et l'enfant s'en rend si parfaitement compte, que lorsqu'elle l'éprouve, elle avertit ses parents que « l'abcès va s'ouvrir ».

Lorsque nous l'avons examinée en avril 1876, les seins étaient gros, complétement formés, et faisaient un contraste étrange avec le peu de développement de la poitrine; de la grosseur du poing d'un homme fortement charpenté, ils étaient légèrement pyriformes avec une auréole rose légèrement gonflée et formant une cupule centrale, dans laquelle se trouvait logé le bout du sein. Une augmentation notable du volume des seins coïncide avec l'apparition des menstrues, et continue depuis, d'une façon très-sensible.

J'ajouterai que le pubis est recouvert d'un duvet bien fourni, et que les parties extérieures des organes de la génération présentent un développement analogue à celui des seins.

Cette petite fille a un caractère plus sérieux que celui des enfants de son âge; elle ne paraît pas rechercher la fréquentation des petits garçons plutôt que celle des petites filles, et se mêle rarement à leurs jeux; mais quand l'occasion s'en présente, elle s'adonne plus particulièrement au rôle de petite mère.

En un mot, c'est une jeune fille en miniature.

Cette intéressante observation est une des plus complètes qui existent dans la science. Elle dissipe tous les doutes que l'on pourrait avoir sur la possibilité de la menstruation chez de très-jeunes petites filles.

Seulement elle soulève une question bien importante, qui est celle du rapport de l'ovulation avec l'hémorrhagie utérine qui caractérise les règles.

On peut, en effet, se demander si chez cette petite fille il y a eu tous les mois la ponte d'un œuf.

Depuis les recherches de Bischoff, Meckel, Brière de Boismont, Pouchet, Raciborski, etc., il est admis dans la science que la menstruation n'est qu'un résultat de l'ovulation accompagnée de congestion utérine et d'hémorrhagie. Est-ce vrai ?

On peut en douter : 1° parce que dans beaucoup de cas, chez des femmes qui ont succombé pendant ou quelques jours après les règles, Coste, Bischoff eux-mêmes, n'ont pas trouvé de traces récentes d'une vésicule de Graaf ; 2° parce que l'ovulation et la conception peuvent avoir lieu sans la menstruation ; 3° parce que, dans vingt-sept cas d'ovariotomie double, Goodmann cite dix cas dans lesquels la fonction menstruelle n'a pas été interrompue.

John Williams et Avelines de Londres, qui se sont fait les promoteurs de la contradiction à l'opinion généralement reçue, ne doutent pas, eux, et ils affirment au contraire, que les règles résultent du renouvellement et de la chute de la muqueuse utérine préparée dans le mois interhémorrhagique. C'est une *désintégration de la muqueuse utérine accompagnée d'hémorrhagie*, d'après M. Williams, et ce travail est appelé par Avelines la *nidation utérine*. Il le considère comme indispensable à l'imprégnation, mais non à la menstruation.

Tout cela est à vérifier, mais, en présence d'un problème de ce genre et si nouveau, il importe de ne rien affirmer d'une façon absolue. Il faut étudier, et l'opinion se fera par le nombre des observations et par la qualité des observateurs. Pour le moment, les opinions de Williams et d'Avelines, longuement exposées dans le *Journal de gynécologie*, de Gallard, méritent qu'on les prenne en sérieuse considération, car elles sont appuyées sur des recherches d'un grand intérêt.

Si je vous en parle aujourd'hui, c'est moins pour piquer votre curiosité que pour satisfaire un doute au sujet de l'observation que m'a envoyé le docteur Lostalot. Il est déjà bien difficile de comprendre le travail physiologique qui s'est fait toutes les quatre semaines dans l'utérus de cette enfant depuis l'âge de vingt-deux mois jusqu'à l'âge de quatre ans et deux mois ; mais il le serait bien davantage, s'il fallait admettre là, une véritable ovulation et le passage d'un ovule dans la trompe jusque dans la cavité utérine. Sans doute ce serait faire une hypothèse que de vouloir décrire les phénomènes inconnus d'une menstruation véritable chez une fille de deux ans ; mais, en faisant mes réserves à ce sujet, il me paraît permis de dire que, dans ce cas, je crois plutôt à une congestion périodique utérine qu'à une ovulation. Sous ce rapport, le fait dont on vient de lire les détails vient à l'appui des idées de MM. Williams et Avelines.

CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX

M. Adolphe Piéchaud.

Nouvelle observation de kératite parenchymateuse.

I

J'ai publié, il y a quelques mois, dans la *Gazette des Hôpitaux* (voir le numéro du 20 juillet 1876), une observation de kératite parenchymateuse survenue chez un garçon de seize ans, Désiré C..., vers le commencement d'avril 1876.

Cette inflammation, absolument indolente, avait résisté à un traitement énergique d'une durée de plusieurs semaines, et n'avait cédé qu'à la fin de juin, après des tentatives diverses, aux applications chaudes longtemps continuées.

Il était resté, la guérison achevée, un léger défaut de transparence de la cornée et une sensible exagération de courbure ; mais je croyais déjà à cette époque que la membrane ne tarderait pas à reprendre ses fonctions, sa vitalité et son aspect normal. C'est ce qui est arrivé. Il a suffi de quelques semaines pour que tout rentrât dans l'ordre, que le nuage disparût entièrement et que la vision revînt aussi complète qu'auparavant.

J'étais loin, sans doute, de m'attendre à ce qui est survenu dans la suite chez mon malade, et j'ai été surpris tout à coup par une brusque explosion de phénomènes, dont, je dois le dire, je n'ai pas vu un seul exemple dans ma pratique depuis nombreuses années.

Désiré C... avait repris depuis quelques jours son travail à la fabrique de bleu de Nogent-sur-Marne, et il ne se trouvait nullement incommodé par son œil droit, dont la vision était revenue en grande partie, lorsque, le 3 juillet, il se présente de nouveau à ma clinique, cette fois avec des symptômes d'inflammation à *l'œil gauche*.

Le malade s'est aperçu d'un peu de rougeur au sommet de cet œil et voici ce que je constate : la cornée ne présente pas la moindre altération de transparence, mais tout à fait à sa partie supérieure, et empiétant sur son tissu de 2 millimètres environ, il y a un boursoufflement de la conjonctive tellement rouge et injecté, que, comme la première fois, il simule une ecchymose. Je dirai même plus, la cornée à cet endroit est changée de forme, elle participe au gonflement et elle donne l'aspect d'une plaie étroite de son bord, qui aurait été soulevée par un caillot de sang ou un débris de corticale.

Ce début d'inflammation a eu lieu sans la moindre souffrance, sans le plus petit changement appréciable de la vision.

Bien que je n'espère pas la résolution d'une inflammation qui se présente avec des caractères si insidieux, je prescris au malade des purgatifs salins, une pommade mercurielle belladonnée, et j'instille quelques gouttes d'atropine pour tâcher de diminuer cette propulsion en avant de la membrane. Les vaisseaux étant en très-grand nombre et très-serrés, j'en excise une partie d'un coup de ciseaux, comprenant dans mon excision une faible portion de conjonctive; j'indique même un peu de compression.

Le lendemain et les jours suivants, pas d'amélioration. La cornée se trouble. Vers le 15 juillet, elle est totalement nuageuse. Le 25, l'opacité est uniformément répandue sur toute la membrane. Il y a impossibilité de découvrir l'iris. Le malade se congestionne facilement, et on note au toucher une élévation de température très-marquée du côté gauche de la face. Ce fait n'est pas accidentel ; chaque jour, je suis à même de le constater, et le docteur Guichard, qui m'assiste, le constate avec moi.

J'essaye à plusieurs reprises et avec beaucoup de régularité les compresses chaudes; elles ne me donnent aucun résultat.

A la fin de juillet, l'affection a fait d'énormes progrès, et les altérations de l'œil sont arrivées à un degré qui dépasse déjà les altérations que nous avons vues développées à l'autre œil, à la période du summum de l'inflammation. Obligé de quitter Paris, je confie le soin de ce malade à mes confrères, les docteurs Guichard et A. Miard.

La médication est poursuivie avec énergie; elle consiste dans les compresses chaudes, dans une alimentation réparatrice, dans des pilules à l'extrait de quinquina, dans l'exercice et la gymnastique. La maladie s'accentue, la vision est nulle et l'œil paraît très-gravement compromis.

Çà et là, en plusieurs points, surtout en haut et en bas, des plaques de vaisseaux fins enserrent la cornée et empiètent sur elle.

Je laisse la parole à mon très-distingué confrère, le docteur A. Miard, qui assiste à une nouvelle phase, qu'on peut appeler la deuxième période de la maladie :

« Quand j'ai vu le jeune Désiré C..., son œil gauche a présenté, au bout de quelques jours, une vascularisation énorme, recouvrant comme d'un pannus épais toute la cornée. Malgré la couche considérable de vaisseaux de nouvelle formation, on pouvait se demander où était la lésion primitive. La cornée, devenue opaque, ne permettait plus, bien entendu, de voir l'iris par transparence; elle se confondait par sa coloration avec la conjonctive attenante. Le lacis vasculaire présentait des troncs énormes, partant d'un bord de la cornée et allant au bord opposé. A ce moment, on ne percevait pas de diminution de la pression intra-oculaire. Le larmoiement était considérable, mais la douleur locale était nulle et la photophobie relativement minime.

« A part quelques gros troncs vasculaires traversant la membrane cornéenne, le lacis vasculaire était uniforme; les vaisseaux apparaissaient tellement nombreux, tellement serrés les uns à côté des autres, que l'opacité était absolue, et que, malgré les recherches les plus minutieuses, je n'ai pu découvrir de foyer d'appel à la vascularisation réparatrice. La lésion primitive devait donc être interstitielle et profonde. Le point de départ des vaisseaux était double, il provenait à la fois du tissu épiscléral et de la conjonctive.

« Jugeant à certains signes généraux, malgré les apparences d'une bonne constitution, que le lymphatisme entrait pour quelque chose dans cet état si anormal dans son aspect et son exagération, que je ne me rappelle pas en avoir vu un semblable, j'ai fait un traitement, tout à la fois pour réveiller la nutrition générale et pour exciter la réparation locale, c'est-à-dire pour ramener, s'il était possible, la résolution de local.

« Le traitement général a été : purgation avec trois verres d'eau de Sedlitz.

« Fer et vin de quinquina.

« Exercice au soleil, jusqu'à la sueur. Nourriture fortifiante.

« Pédiluves chauds, trois fois par jour, le matin, à midi, et le soir, avant les repas.

« Grands bains carbonatés avec frictions cutanées vives. »

Comme traitement local, j'ai prescrit :

« La continuation du collyre d'atropine, une goutte toutes les heures.

« Les lavages ou ablutions oculaires chaudes, aussi chaudes qu'elles pouvaient être supportées sans douleur.

« Des conserves *bleu-cobalt*, à forme concave.

« Enfin, à quatre ou cinq reprises différentes, j'ai pratiqué des scarifications péri-cornéennes. Ce traitement a été continué jusqu'au 27 août, date à laquelle j'ai cessé de voir le malade. »

OPHTHALMOSCOPE A RÉFRACTION

Par M. le docteur Badal.

En arrière d'un miroir ophthalmoscopique ordinaire sont deux disques superposés de telle façon que chacune de leurs ouvertures puisse venir successivement se placer en regard de celle du miroir. Le trou du miroir a un diamètre de 3 millimètres, que la pratique a montré être le meilleur. Les disques sont fort minces et assez rapprochés du trou spéculaire pour que le canal, qui résulte de la superposition des trois ouvertures, n'ait qu'une très-petite longueur.

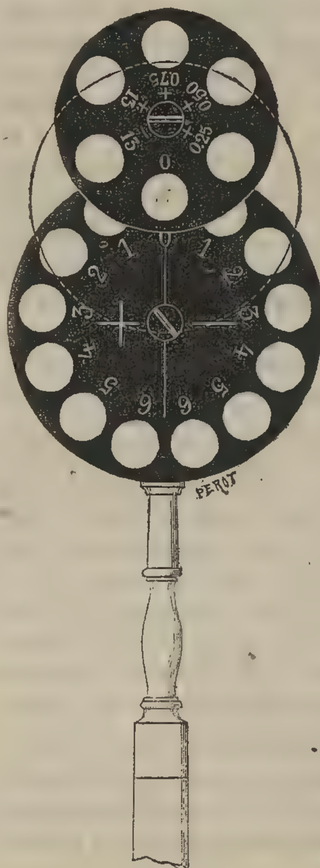
Le disque supérieur, de 3 centimètres de diamètre, est percé de six ouvertures. L'une d'elles est vide, les cinq autres sont fermées par les verres *métriques* + 0,25; + 0,50; + 0,75; + 13 et — 13. Le disque inférieur, de 4 centimètres de diamètre, est percé de treize ouvertures dont une est vide également. A gauche, sont six lentilles positives portant les numéros entiers de 1 à 6; à droite, les six lentilles négatives correspondantes. Le diamètre des lentilles est de 7 millimètres.

Une légère pression du doigt indicateur de la main qui tient l'instrument, en faisant tourner les disques autour de leur centre, permet d'employer isolément chacune des lentilles indiquées ou de les combiner deux à deux. Un petit ressort tombant dans des encoches placées à la face postérieure des disques marque les temps d'arrêt, de façon à assurer le centrage des verres et du trou spéculaire.

Le miroir concave peut être remplacé à volonté par un miroir plan qui se trouve dans la boîte de l'instrument.

Cet ophthalmoscope, d'un très-petit volume, est tout aussi maniable que le miroir ordinaire, et peut être employé à tous les usages. Lorsque les ouvertures vides sont superposées, on se trouve dans les conditions habituelles de l'examen à l'image renversée. Pour les déterminations optométriques, il peut être employé de deux façons différentes suivant qu'on a recours à la méthode subjective (méthode de Donders), ou à la méthode objective (examen ophthalmoscopique à l'image droite).

Dans le premier cas, l'instrument rend exactement les mêmes services que la collection de lentilles des boîtes d'oculiste, dont il reproduit tous les numéros, et la recherche du verre correcteur de l'amétropie se fait de la même manière. Mais alors il est bon d'enlever le miroir devenu inutile, et dont l'ouverture trop étroite, pour ce genre d'épreuve, ne donnerait pas assez d'éclairage. En arrière, se trouve une ouverture de même diamètre que les lentilles.



La manœuvre de l'instrument est des plus simples. Il suffit, pour la comprendre, de jeter un regard sur la figure qui accompagne cette description.

Si, laissant en place l'ouverture vide du disque supérieur, on fait successivement passer au devant les six lentilles de gauche, on a la série des numéros entiers positifs de 1 à 6. Un de ces numéros paraît-il trop faible, le suivant trop fort? il suffit d'amener en regard du plus faible l'une des lentilles + 0,25; + 0,50 ou + 0,75 du disque supérieur, pour évaluer la réfraction à un quart d'unité près de 0 à 6. Arrivé au numéro + 6, les fractions d'unité deviennent inutiles, et l'on n'a plus qu'à mettre en place le numéro + 13 du disque supérieur pour obtenir la série des nombres entiers jusqu'à + 19, *en continuant à faire tourner le disque inférieur de gauche à droite*.

On appliquera sans peine à la série négative ce que je viens de dire de la série positive. Le mouvement de rotation se fait alors en sens inverse, c'est-à-dire de *droite à gauche*, et c'est le numéro — 13 du petit disque qui, combiné aux douze verres du disque principal, donne les numéros supérieurs à 6.

Les numéros des lentilles sont gravés d'une façon très-apparente et, toutes les fois que deux verres se trouvent superposés, il suffit de faire la somme ou la différence des chiffres en regard pour avoir, en dioptries métriques, la mesure de la réfraction. Par là est évité l'emploi de ces mécanismes destinés à faire apparaître le numéro cher-

ché et dont le moindre inconvénient est d'être exposé à se déranger.

En résumé, l'instrument peut fournir 78 combinaisons (6 + 13) et reproduire à l'exception du + 20, qui n'est jamais employé, tous les numéros des nouvelles boîtes de verres. Il est le plus complet des ophthalmoscopes à réfraction, et le seul qui tienne compte des quarts de dioptrie pour les numéros inférieurs. Or, il ne faut pas oublier que certains de ces numéros fractionnaires : le 0,75 (ancien 48), le 1,25 (ancien 30), etc., sont au nombre de ceux que l'on prescrit le plus souvent pour les lunettes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 novembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Glycosurie des nourrices qui cessent d'allaiter. — M. Gubler, à l'occasion du procès-verbal, complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance (Voir *Gaz. des Hôp.* du 14 novembre 1876.)

Il rappelle avoir dit que la glycosurie, apparaissant dans ces conditions, durait généralement une huitaine de jours à moins que l'art n'intervînt. Or, cette malade ayant été atteinte d'une pleurésie légère, M. Gubler lui fit appliquer un vésicatoire volant. Le lendemain du jour où fut faite cette application, son urine ne contenait plus la moindre trace de sucre. Ainsi, sous l'influence de cette simple phlogose provoquée dans un point très-limité, la glycosurie a complétement disparu chez cette malade.

M. de Synety fait observer que ce cas vient à l'appui des idées qu'il a émises au sein de la Société sur ces questions, à savoir que lorsqu'il y avait destruction de l'équilibre entre la production et la dépense de lait chez une nourrice, il se produisait aussitôt de la glycosurie. Ce fait étant constaté, il reste à démontrer que ce sucre est bien du sucre de lait. Or, d'après les expériences entreprises à ce sujet par M. de Synety, cela semblerait extrêmement douteux. En effet, si ce sucre provenait réellement de la mamelle, le sang sortant de cet organe devrait être plus riche en sucre que le sang y arrivant, c'est-à-dire le sang artériel. Or c'est précisément le contraire que M. de Synety a constaté et de la façon la plus manifeste dans ses expériences : le sang provenant de l'artère est plus riche en sucre que le sang provenant de la veine.

M. de Synety se garde de tirer de ce fait, pour le moment, aucune conclusion générale; il se contente de le signaler.

Mort subite après la thoracentèse. — M. Leven rapporte un nouveau cas de mort subite après la thoracentèse. Rappelant les différentes causes qui ont été invoquées par les auteurs pour expliquer la mort dans ces cas en particuliers, au sein de la Société médicale des hôpitaux par MM. Desnos, Legroux, Dumont-Pallier, Moutard-Martin, Maurice Raynaud, etc., M. Leven, fait observer qu'aucune de ces causes ne peut, dans le cas qu'il communique, expliquer la mort subite. Il démontre en effet, énumérant les divers phénomènes qui ont précédé la mort et les particularités qu'il a constatées à l'autopsie, que cette malade n'a succombé ni à une congestion pulmonaire, ni à une anémie cérébrale, ni à une syncope. La physiologie expérimentale n'a jusqu'ici fourni aucune expérience qui permette de l'expliquer davantage. M. Leven, par élimination, est conduit à penser qu'il s'est produit, dans ce cas, une irritation bulbaire, ayant eu son origine dans l'irritation des nerfs du poumon, en particulier du pneumo-gastrique.

M. Charcot, à l'occasion de la communication de M. Leven, dit avoir vu un malade, atteint de la goutte, et qui était pris assez souvent d'accès de toux pendant lesquels il tombait comme foudroyé.

Il se rappelle un autre malade qui était également pris d'accès de toux ne présentant aucun caractère particulier, et pendant lesquels, cependant, il lui arrivait de tomber sans avoir le temps de se retenir. Dans ces deux cas, la chute était bien liée à l'accès de toux, et les malades ne présentaient absolument aucun des caractères ni de la syncope ni de l'épilepsie. M. Charcot pourrait encore citer deux ou trois cas analogues.

Il semble donc, d'après ces faits, qu'il existe une sorte de vertige laryngé analogue au vertige de Ménière qui, comme on sait, a pour point de départ l'oreille. Dans cette maladie, dite de Menière, les malades éprouvent subitement la sensation d'un bruit strident, puis ils tombent la face contre terre.

On peut donc se demander s'il n'existerait pas quelque chose d'analogue du côté du larynx. M. Charcot se rappelle avoir vu dans un ouvrage allemand, l'histoire d'un malade qui était fréquemment atteint d'attaques épileptiformes ; l'examen laryngoscopique fit découvrir chez ce malade la présence d'un polype dans le larynx. Ce polype fut enlevé, et, depuis, les attaques épileptiformes ne se sont jamais reproduites.

M. Laborde fait observer que la physiologie expérimentale a permis, dans certains cas, de trouver la cause d'accidents analogues à ceux dont a parlé M. Leven. On sait qu'on peut produire chez les chiens des épanchements pleurétiques et mettre ces animaux dans toutes les conditions de l'empyème. Si on pratique dans leur plèvre des injections excitantes, on produit de véritables attaques épileptiformes.

M. Trasbot dit qu'il arrive souvent de voir chez les chevaux auxquels on pratique la thoracentèse, si l'on retire complétement le liquide, se produire un accès de suffocation tel, qu'il entraîne parfois la mort de l'animal en quelques instants. A l'autopsie de ces animaux, on ne trouve aucun signe de congestion pulmonaire.

Des fonctions des nerfs déterminées par des courants électriques. — M. Onimus rappelle que, jusqu'ici, le nerf pneumogastrique a été considéré comme un nerf d'arrêt du cœur. Il a entrepris une série d'expériences sur l'excitation de ce nerf par les courants induits. Or, il résulte de ces expériences qu'il faut seize à dix-huit excitations par seconde pour arrêter les battements du cœur en excitant le pneumo-gastrique. Un moins grand nombre d'excitations ralentit les pulsations, mais les rend plus énergiques. Quand on produit une seule excitation par seconde, loin de provoquer l'arrêt du cœur, on donne lieu à une contraction, en plus des contractions normales, après chaque excitation. Par exemple, prenant une grenouille curarisée et supposant que cette grenouille ait cinquante contractions normales par minute, si l'on produit chez elle dix excitations, on obtiendra soixante contractions au lieu de cinquante. Mais pour obtenir ce résultat, il ne faut pas que le chiffre des excitations dépasse celui des contractions normales.

Il résulte de ces expériences que, loin d'arrêter le cœur par l'excitation du pneumo-gastrique, on augmente le nombre de ces contractions.

Le même fait se produit pour tous les systèmes organiques rhythmiques. Ainsi, les contractions péristaltiques du gros intestin sont, en moyenne, au nombre de dix-huit par minute. Si l'on applique un courant non interrompu, les mouvements péristaltiques sont abolis et l'on n'obtient que des contractions locales au point même d'application des réophores. Ces contractions péristaltiques sont, au contraire, augmentées de nombre et d'énergie quand on ne produit qu'un certain nombre d'excitations pouvant être déterminé.

M. Leven demande à M. Onimus ce qu'il conclut de ses expériences au point de vue de la théorie du pneumo-gastrique.

M. Onimus répond qu'il en conclut que le pneumo-gastrique est un nerf comme les autres.

M. Charcot rappelle à M. Onimus que Moleschott a, de son côté, entrepris une série d'expériences qui l'ont conduit à cette même conclusion.

Alcoolisme chronique. — M. Magnan montre des pièces anatomiques qu'il a recueillies chez un homme de cinquante ans, fils d'un père ivrogne qui s'est suicidé, ayant présenté lui-même, pendant longtemps, des tendances au suicide. Cet homme, après avoir bu un litre d'eau-de-vie, est tombé de la hauteur d'une chaise sur le sol, s'est fait diverses contusions, entre autres une contusion sur tout le côté gauche, qui a été suivie d'une pleuro-pneumonie à laquelle il a succombé.

A l'autopsie, on a trouvé les méninges œdémateuses, injectées, le cœur présentant tous les caractères de la dégénérescence graisseuse et d'une péricardite avec adhérences, le foie également atteint de dégénérescence graisseuse et d'un commencement de cirrhose, les reins volumineux et pareillement en voie de dégénérescence, l'estomac offrant un épaississement manifeste des muqueuses, de l'injection et de l'infiltration et même des ulcérations. Cet estomac présentait exactement toutes les lésions que M. Magnan a produites sur l'estomac d'une chienne soumise par lui à l'alcoolisme; les poumons et la plèvre présentaient tous les caractères anatomiques de la pleuro-pneumonie. La pleurésie, au lieu d'être limitée comme on l'observe à la suite d'un coup, était généralisée et parfaitement en rapport avec l'étendue de la contusion qui avait porté sur tout le côté gauche.

Rapport inverse existant entre le sucre et l'oxygène du sang dans certains cas pathologiques. — M. DASTRES a fait une série d'expériences sur ce sujet; il a opéré sur des chiens soumis à une asphyxie graduée. Il a eu recours à un appareil disposé de telle sorte qu'il pouvait non-seulement graduer l'asphyxie, mais encore la faire cesser et la reproduire à volonté. Ainsi, prenant un animal dont le sang contient 1,28/1000 de sucre et le soumettant aux phénomènes de l'asphyxie, lorsque son sang est désoxygéné et devient noir, il contient 2,53/1000 de sang, presque le double. Ce sang étant de nouveau oxygéné et les phénomènes de l'asphyxie disparaissant, il ne contient plus que 1,77/1000, puis 1,70/1000 de sucre et revient ainsi assez rapidement au chiffre primitif de 1,28/1000. Ce sang étant de nouveau désoxygéné à l'aide de l'appareil de M. Dastres, il revient graduellement à la proportion précédente de 2,53/1000 de sucre. Il ressort de ces expériences que le sang s'enrichit en sucre à mesure qu'il s'appauvrit en oxygène et réciproquement. En d'autres termes, le sucre et l'oxygène sont dans le sang comme aux extrémités d'une balance.

M. BERT fait observer qu'il ne faudrait pas tirer des expériences de M. Dastres cette formule générale, que la richesse sucrée et la richesse oxygénée du sang sont toujours en raison inverse. En effet, lorsque M. Bert a entrepris ses études sur les hautes pressions, il a pu constater chez les animaux soumis à ces expériences que dans leur sang, pour ainsi dire, sursaturé d'oxygène, se trouvait une quantité de sucre considérable, quelquefois triple de celle qu'on observe à l'état normal. Cette énorme proportion de sucre se révélait dans l'urine elle-même qu'il fallait aller chercher jusque dans les bassinets. Il y avait donc là, simultanément, excès d'oxygène et excès de sucre, ce qui paraît en contradiction avec les faits observés par M. le docteur Dastres.

Il est vrai que, chez les animaux suroxygénés, les phénomènes d'oxydation, au lieu d'augmenter, diminuent, de telle sorte qu'ils finissent par se trouver à peu près dans les mêmes conditions que les animaux privés d'oxigène.

M. DASTRES n'a pas voulu établir de formule générale. Il entend limiter ses conclusions aux faits particuliers qu'il a observés. Il a cherché précisément à s'éloigner le moins possible des limites physiologiques et n'a pas poussé ses recherches jusqu'aux cas extrêmes. Il sera sans doute très-intéressant de savoir ce qui se passe dans ces cas, mais son intention, dans cette communication, n'a pas été de le rechercher.

M. BERT demande à M. Dastres si, dans ses expériences, il a pris soin de se débarrasser de l'acide carbonique contenu dans le sang de ces animaux, car c'est encore là un élément dont il faut tenir compte dans les faits observés.

M. DASTRES tiendra compte ultérieurement de l'observation de M. Bert. Il reviendra d'ailleurs sur ces questions.

M. CL. BERNARD adopte les réserves de M. Dastres. Il est impossible, en effet, d'induire des faits qu'il a constatés quelque conclusion que ce soit en faveur de la théorie de la combustion du sucre dans le sang. Lorsqu'on étudie comment se comporte le sucre en présence de certains gaz, on voit que c'est, non pas dans l'oxygène, mais bien dans l'azote qu'il se détruit le plus vite. M. Cl. Bernard est porté à admettre que la destruction du sucre dans le sang est une fermentation et non une combustion. Quoi qu'il en soit, il est important d'enregistrer les faits sans idées préconçues, et ceux de M. Dastres sont certainement très-intéressants.

Disposition des muscles du périnée. — M. CADIAT fait sur les muscles du périnée une communication qui a pour but de démontrer que ces muscles n'agissent nullement dans la production de l'érection. Ce phénomène de congestion ne peut pas, suivant lui, être attribué à la compression des vaisseaux par les muscles contractés. Il montre des pièces histologiques à l'appui de cette proposition.

Disposition des vaisseaux sanguins. — M. CADIAT a pratiqué un grand nombre d'injections pour étudier la disposition des vaisseaux dans différents organes, dans le cerveau et en particulier dans la pie-mère. Il résulte pour lui de ces expériences qu'il existe entre le système artériel et le système veineux d'autres communications que les capillaires, comme l'a du reste indiqué Sucquet. On voit, en effet, manifestement que le liquide injecté dans les artères arrive dans les veines sans passer dans le système capillaire.

M. DURET admet qu'il existe en effet des anastomoses, entre les système artériel et veineux, autres que les vaisseaux capillaires. Mais ces anastomoses n'ont pas l'importance que semble leur donner M. Cadiat et elles présentent d'ailleurs de grandes variétés suivant les individus. M. Cadiat a basé ses recherches sur des injections avec des liquides opaques, mais n'aurait pas obtenu les mêmes résultats s'il avait eu recours à des injections de liquides transparents.

M. CADIAT s'est également servi de liquides transparents pour les injections. Quant aux résultats qu'il a obtenus avec le vermillon, ils ne sauraient être mis en doute. Il est surabondamment démontré par ces injections avec le vermillon qu'il existe des anastomoses entre les systèmes artériel et veineux, en dehors du système capillaire.

M. BERT rappelle les expériences de M. Vulpian, qui consistent à faire des injections de poudres fines, de poudre de lycopode par exemple, c'est-à-dire de poudres assez fines pour pouvoir passer dans les artères, mais assez grosses pour ne pouvoir franchir les capillaires. Or dans ces cas on ne retrouve jamais de poudre dans les veines.

M. CADIAT fait observer que M. Robin, qui admet également les communications indiquées par Sucquet, a répondu à l'objection tirée des expériences de M. Vulpian. On sait qu'en effet jamais un grain de lycopode n'a passé d'une artère dans une veine, parce que les artères, par suite de la présence de ce corps étranger, se contractent et s'opposent au passage du grain du lycopode.

Une épidémie de tétanie. — M. REGNARD, au nom de J. Simon et en son propre nom, apprend à la Société qu'il existe actuellement à Chantilly une véritable épidémie de tétanie ou de contracture essentielle des extrémités, qui sévit sur une école de petites filles. Les enfants atteints sont des filles de dix à quinze ans, appartenant toutes à la même école. Une institutrice elle-même a été prise. Aucune de ces malades n'a présenté de diarrhée. A côté de l'école des filles se trouve une école de garçons; aucun d'eux n'a été pris. Toutes les petites filles de cette école sont externes et rentrent chez leurs parents aux heures des repas. Ne s'agirait-il pas là d'une sorte d'épidémie par imitation, comme il en est relaté par les auteurs?

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

La mort du Dauphin Louis XVII (1).

Tous les praticiens appelés à figurer dans ce drame lugubre étaient tous des médecins ou des chirurgiens d'une grande réputation, depuis Desault jusqu'au bandagiste Pipelet.

Tout le monde connaît la vie de DESAULT, ce pauvre et modeste villageois, de Magny-Vernais, près de Lure, où il naquit le 6 fé-

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 novembre.

vrier 1744, et qui s'éleva par sa volonté, par un travail opiniâtre, en dépit des membres du Collége de chirurgie, à une des plus hautes positions chirurgicales du dix-huitième siècle ; qui, à l'âge où tous écoutent, professait déjà avec le plus prodigieux succès l'anatomie et la chirurgie ; qui, en 1776, après dix années d'enseignement libre, fut enfin reçu membre du Collége de chirurgie et, peu après, de l'Académie royale de chirurgie ; qui, en 1782, devint chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, et en 1788 obtint la survivance de Moreau à la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, que le vieux titulaire lui abandonna bientôt par sa retraite volontaire.

En 1792, Desault était élu membre du conseil de santé des armées ; mais alors toutes les positions élevées étaient suspectes, et le 28 mai 1793, Chaumette faisait arrêter le chirurgien au milieu de sa leçon, et le faisait enfermer dans la prison du Luxembourg, d'où il sortit peu de temps après, sur l'ordre du Comité de sûreté générale, mais fortement ébranlé dans sa santé.

Néanmoins, en 1794, le Comité d'instruction publique le nommait professeur de clinique chirurgicale aux écoles de santé, et l'année suivante, il était appelé à donner des soins au fils de Louis XVI, quand tout à coup, le 29 mai, il fut pris d'une fièvre violente, qui l'enleva le 1er juin. Cette mort quasi-foudroyante, dans des temps si agités, au milieu de circonstances si extraordinaires, frappa l'opinion publique, qui naturellement crédule, y vit l'action du poison. La *Gazette nationale* poussa à cette opinion, en écrivant que Desault avait été victime de l'ancien pouvoir, oubliant, avec intention peut-être, que c'était Chaumette qui avait fait arrêter le grand chirurgien.

Le *Moniteur universel* du sextidi 16 prairial, an III (jeudi 4 juin 1795), consacra quelques lignes à la mémoire de Desault, écrites dans le style emphatique de l'époque, avec les vers si connus :

Portes du temple de Mémoire,
Ouvrez-vous ; il l'a mérité :
Il vécut assez pour sa gloire,
Et trop peu pour l'humanité.

Élève de Louis, de Tenon, de Sabatier, Pelletan Philippe-Jean, né à Paris en 1747, avait succédé à Desault auprès du jeune prisonnier, comme il lui avait succédé à l'Hôtel-Dieu ou Grand hospice de l'Humanité. Reçu maître chirurgien en 1775, professeur d'anatomie en 1789, doué de qualités plus brillantes que solides, il ne s'éleva jamais à la hauteur de Desault. Lors de l'organisation des écoles de santé, on lui confia une chaire de clinique chirurgicale, qu'il changea en 1815 contre celle de médecine opératoire, et en 1818 contre celle d'accouchemens, pour devenir professeur honoraire en 1823. Il avait été nommé membre de l'Institut de France et était chirurgien consultant de l'empereur. Il alla s'éteindre à l'âge de quatre-vingt-trois ans, à Bourg-la-Reine, le 26 novembre 1829.

Dumangin Jean-Baptiste-Eugénie a joui d'une certaine réputation comme praticien, mais n'a laissé aucun souvenir durable dans la science. Il est né à Château-Thierry le 7 mars 1744, où son père était directeur des aides et fut reçu docteur régent le 17 septembre 1768. Conjointement avec Bacher, il devint en 1776 rédacteur du *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, fut désigné en 1780 comme professeur de pharmacie à la Faculté de médecine, où il avait pour collègue Guillotin. Il était médecin de l'hôpital de l'Unité (Charité) et avait pour second Corvisart quand il fut appelé auprès du jeune Dauphin. Dumangin n'a laissé aucun écrit ; on le trouve souvent cité dans les Commentaires de la Faculté de médecine, comme faisant partie des commissions d'hygiène ou de pharmacie. Il alla également mourir dans la retraite, à Saint-Prix, près de Montmorency, le 28 mars 1826, à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

Lassus Pierre, est plus connu que Dumangin. Il est né en 1741, à Paris, où son père était maître en chirurgie, titre qu'il obtint lui-même en 1765. Sur la présentation de La Martinière, il devint en 1770, chirurgien des filles de Louis XV ; en 1779, lieutenant du premier chirurgien du roi, Andouillé ; en 1781, professeur d'opérations chirurgicales aux écoles de chirurgie ; et, lors de la réorganisation des Écoles de santé, en 1794, on le chargea d'enseigner d'abord l'histoire de la médecine, et peu après la pathologie externe. Il fit partie de l'Institut de France, et devint chirurgien consultant de Napoléon Ier. Il est mort le 7 mars 1807.

Il y avait deux Jeanroy à l'ancienne Faculté de Paris, Dieudonné et Nicolas. Nicolas Jeanroy est né à Tulle vers 1732 ; vers 1760 il fut reçu docteur régent, était professeur de chirurgie en langue française en 1768, professeur de chirurgie latine en 1770, et bibliothécaire en 1777. Après la Révolution, il disparut complétement sans laisser de traces de son passage dans le monde médical.

Il y avait eu aux écoles de chirurgie, deux frères du nom de Pipelet, tous deux nés à Coucy-le-Château (Aisne). Le premier, Claude Pipelet, mort en 1792 avait été directeur de l'Académie de chirurgie et a laissé quelques travaux importants sur la ligature de l'épiploon et sur les plaies du bas-ventre. Le second, celui qui fut appelé auprès du Dauphin, est né en 1722, retourna exercer la chirurgie à Coucy pendant quelque temps, et revint bientôt après à Paris où, par l'appui de Louis, il fut admis à l'Académie de chirurgie. Il avait fait sa spécialité des hernies et a laissé quelques écrits sur les hernies de la vessie et de l'estomac, et sur les signes illusoires des hernies épiploïques. Il alla terminer ses jours dans son pays natal, le 14 octobre 1809.

Ceux qui fréquentent le cimetière de l'Est ou du Père-Lachaise, trouveront dans un des endroits retirés de cette nécropole (43e division), une haute pyramide, sous laquelle reposent les restes du gardien Lasne. On y lit l'inscription suivante :

CI-GIT :
E. LASNE
MORT A PARIS
LE 17 AVRIL 1841
A 84 ANS.

—

COMMISSAIRE
PRÉPOSÉ A LA GARDE
DE LA TOUR DU TEMPLE
LE 11 GERMINAL AN III
31 MARS 1795

—

IL A VU
MALGRÉ SES SOINS
S'ACHEVER DANS SES BRAS
LA LENTE AGONIE DE
LOUIS XVII
LE 8 JUIN 1795.

Dr A. Corlieu.

Lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne.

ANNEXE.

M. le docteur Stanislas Janikowski, professeur de médecine légale et d'hygiène publique à la Faculté de médecine de Cracovie, nous a signalé une erreur de fait, contenue dans la sixième lettre sur l'enseignement de la médecine en Allemagne, publiée dans le no 70, du 17 juin dernier, de la *Gazette des Hôpitaux*.

« En énumérant les facultés de médecine en Autriche, l'auteur, dit M. le professeur Janikoski, y mentionne celle de Cracovie, et il ajoute que, jusqu'en 1857 l'enseignement s'y faisait en latin ; depuis cette époque le règlement porte qu'il doit se faire en langue allemande. »

« Il est vrai que, jusqu'à la fin du siècle passé, les cours de médecine étaient professées à Cracovie, de même que dans beaucoup d'autres universités, en latin ; mais, depuis ce temps, l'enseignement s'y faisait, selon les divers changements politiques qu'il serait trop long d'énumérer ; jusqu'en 1809, en latin et en allemand ; de 1807 à 1848, en latin et en polonais ; de 1848 à 1852 exclusivement e polonais ; de 1853 à 1860 en allemand, et enfin depuis 1861 jusqu'à présent, exclusivement en polonais.

« En ce qui touche l'assertion, que, tous les jeunes polonais qui veulent étudier la médecine fréquentent généralement la Faculté

de Vienne, veuillez me permettre de remarquer que l'université de Cracovie comptait en moyenne pendant ces deux dernières années 200 étudiants de médecine par an; tandis que le nombre des Polonais (natifs de Galicie) inscrits à la Faculté de médecine de Vienne dans les mêmes années n'était que de 50 par an. »

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

268. Bosquette. De la ligature de l'épiploon dans la kélotomie et de ses avantages sur l'abandon dans la plaie.
269. Hagenmüller. De la cholécystite dans la fièvre typhoïde.
270. Paulmier. De quelques cas d'hystérie, observés chez l'homme.
271. Schoepfer. Considérations sur un cas d'hémianesthésie, avec mouvements ataxiques succédant à une hémiplégie du même côté.
272. Torio. Étude comparative des températures centrale et périphérique dans la pleurésie et la pneumonie.
273. Drouin. De la pupille. Anatomie, physiologie, séméiologie.
274. Traisnel. Contribution à la pathologie chirurgicale du sterno-mastoïdien.
275. Tison. Du rhumatisme pendant la grossesse.
276. Pichot. Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus.
277. Berthier. Du daltonisme et plus spécialement de la dyschromatopsie acquise.
278. Aurégan. Des traumatismes du foie et des voies biliaires.
279. Jauzion. Contribution à l'étude de l'épithélioma des cicatrices.
280. Ducourneau. Contribution à l'étude des lésions du fœtus dans les présentations spontanées de l'extrémité pelvienne et dans la version.
281. Guilland. Contribution à l'étude des manifestations du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie.
282. Vinot. Contribution à l'étude clinique des lésions unilatérales de la moelle épinière.
283. Colin. Contribution à l'étude de la néphrite suppurative.
284. Jouanno. Essai sur les conditions pathogéniques du dédoublement des bruits du cœur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 7 novembre 1876, ont été promus, à la suite du concours ouvert le 1er septembre dernier, dans les écoles de médecine navale :

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe : — Talmy. — Aube. — Bohan. — Dorvan. — Maissin. — Lécuyer. — Mahéo. — Mourson. — Burot. — Bellamy. — Crévaux. — Carpentier. — Maget. — Bestion. — Brindejonc-Tréglodé. — Dubois. — Cotrel. — Etienne. — Saffre. — Bochard. — Kermovan. — Breton. — Beaufils. — Brémard.

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. les aides-médecins : — Coquiard. — Bodet. — Hercouet. — Roux. — Kieffer. — Maget. — Jeannet. — Auvray. — Neis. — Le Moyne. — Destrem. — Gallerand. — Artigues. — Canoville. — Lacroix, méd. auxiliaire de 2e classe. — Bouzat. — Léo, méd. auxiliaire de 2e classe. — Delrieu. — Dhoste. — Philipp. — Briant. — Reynaud. — Lusseau. — Guégan. — Cavasse. — Nivard. — Griès. — Palmade. — Prima, méd. auxiliaire de 2e classe. — Bonnescuelle de Lespinois. — Boussac. — Lidin. — Navarre, médecin auxiliaire de 2e classe. — Primet, médecin auxiliaire de 2e classe. — Coppini. — Dubut, médecin auxiliaire de 2e classe. — Arnaud, médecin auxiliaire de 2e classe. — Brou-Duclaud. — Thou. — Follet. — Hamon, médecin auxiliaire de 2e classe. — Boyé, médecin auxiliaire de 2e classe. — Baissade. — Pélissier. — Le Jollec, médecin auxiliaire de 2e classe. — Reynaud, médecin auxiliaire de 2e classe. — Simond, médecin auxiliaire de 2e classe. — Peyron. — Le Demmat.

Au grade d'aide-médecin : MM. Kénaff. — Mercier. — Le Ménicier. — Mortreuil. — Vergos (Émile). — Marevery. — Féraud. — Sauvaget. — Nicolas. — Castellan. — Gouzer. — Jan. — Couzyn. — Hamon du Fougeray. — Bosch. — Rialan. — Touchet. — Moudon. — Vergos (Paul). — Bizardel. — Parnet. — Thenioin. — Lassou. — Plagneux. — Fonéré. — Ludger. — Galiber. — Le Golleur. — Duvau. — Mialaret. — Aubry. — Bertrand. — Gimelli. — Landouar. — Pallardy. — Mignon. — Parès. — Ernault. — Foucaud. — Devoti. — Cartier. — Clavier. — Couteaud. — Génébrias. — Fournier. — Peyronnet. — Lullier. — Leconte. — Caradec. — Toir. — Aubert. — Panc. — Candé. — Touren. — Conétoux. — Lombard. — Marchandou. — Couturier. — Modelski. — Faucon. — Pozzo di Borgo et Narbonne.

Au grade de pharmacien de 1re classe. — MM. les pharmaciens de 2e classe : — Mongin. — Raynaud.

Au grade de pharmacien de 2e classe. — MM. les aides pharmaciens : — Sauvaire. — Le Gall. — Baucher. — Pascalet. — Cardaliaguet. — Lejanne, pharmacien auxiliaire de 2e classe.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Decorréis. — Reboul. — Régnier. — Perron. — Boyer. — Calot et Blondin.

— *Faculté de médecine de Paris. Avis.* — Le secrétaire a l'honneur de rappeler à MM. les étudiants qui ont subi les examens de fin d'année (1er, 2e et 3e), qu'ils doivent prendre l'inscription du trimestre, immédiatement après avoir subi l'examen.

— *Cours complémentaire sur les maladies mentales et nerveuses.* — M. le docteur Ball, agrégé de la Faculté, commencera ce cours le samedi, 25 novembre, à huit heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— *Cours d'histoire et de chirurgie de la médecine.* — M. le professeur Parrot commencera ce cours le mardi 21 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

— *Maladies de la peau et syphilis.* — M. le docteur Vérité commencera son cours le mercredi 22 novembre, à huit heures du soir, pour le continuer les samedis et mercredis suivants à la même heure. Amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

— *L'opération de la pierre en 1474.* — On lit, à ce propos, dans la *Chronique de Louis XI* :

« Dans le mois de janvier de l'an de grâce mil quatre septante et quatre, les médecins et chirurgiens représentèrent au roi que plusieurs personnes de considération étaient travaillées par la pierre, colique, passion et mal de côté; qu'il serait très-utile d'examiner l'endroit où s'engendraient ces maladies; qu'on ne pouvait mieux s'éclairer qu'en opérant sur un homme vivant, et qu'ainsi ils demandaient qu'on leur livrât un franc-archer, qui venait d'être condamné à être pendu pour vol, et qui avait été fort souvent molesté desdits maux. » Louis XI accéda à leur demande, et l'opération se fit publiquement dans le cimetière de Saint-Séverin. « Après qu'on eût examiné et travaillé, ajoute la Chronique, on remit les entrailles dedans le corps du franc-archer, qui fut recousu, et par l'ordonnance du roi, très-bien pansé et tellement qu'en quinze jours il fut guéri et eut rémission de ses crimes, sans dépens, et il lui fut donné de l'argent. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la diphthérie, par A. Sanné, docteur en médecine. — Un vol. in-8° de 634 pages avec 4 planches. Prix : 10 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Étude toxicologique sur l'empoisonnement par la cantharidine et par les préparations cantharidiennes, par L. M. V. Galippe, docteur en médecine. — Un vol. in-8° de 204 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Dragées arsenico-ferriques aux sels naturels de la Dominique.

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : 3 francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).

Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot.

Laroche

Dynamomètre de poche

DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : CLIN et Ce, 14, RUE RACINE, PARIS.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque **Capsule** du **Dr Clin** renferme 0,20 } Bromure de
Chaque **Dragée** du **Dr Clin** renferme 0,10 } Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault**. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.). — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Viande crue et alcool.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Huile de Foie de morue de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du PIN SYLVESTRE. — REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, Paris, 22.

N° 136. — JEUDI 23 NOVEMBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 23 NOVEMBRE 1876. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le docteur Metzquer (de Montluçon), dont l'Académie a déjà entendu deux communications en 1874 et en 1875 sur la question de l'inoculation de la tuberculose, concluant l'une et l'autre, contrairement à l'opinion développée dans l'ouvrage de M. Villemin, à la non-inoculabilité, est revenu de nouveau à la charge hier, en apportant à la tribune, dans un troisième mémoire, un nouvel ordre de faits expérimentaux, destinés à montrer la marche que suit la matière inoculée depuis le point d'inoculation jusqu'au poumon, où elle forme les nodules que l'on a pu confondre avec le tubercule vrai, et à montrer et à expliquer à la fois la succession des phénomènes consécutifs à cette première phase des effets de l'inoculation. La série des études expérimentales de M. Metzquer sur ce sujet paraît de nature à mériter d'être prise en très-sérieuse considération. Il serait vivement à désirer que la commission désignée pour leur examen se décidât à en faire le sujet d'un rapport.

— Parmi les présentations d'ouvrages qui ont été faites au commencement de la séance, il en est une que nous ne voulons pas laisser passer sous silence. M. Pidoux s'est borné à déposer sur le bureau de l'Académie, sans commentaire, la neuvième édition du *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, de MM. Trousseau et Pidoux, avec la collaboration de M. Constantin Paul. Nous qui n'avons pas les motifs de discrétion de M. Pidoux, on nous permettra de rappeler en son lieu et place ce qui recommande particulièrement à nos confrères cette nouvelle édition d'un ouvrage qui n'a pas eu encore de rival depuis quarante ans qu'a paru la première édition. Ce qui explique le succès soutenu de cet ouvrage, c'est cela même qui l'a établi dès la première publication, c'est-à-dire l'exactitude scrupuleuse apportée dans la description de chaque agent thérapeutique et l'esprit éminemment pratique qui a présidé à l'exposition de ses indications et de ses usages et modes d'emploi. Mais il fallait quelque chose de plus pour que ce succès se soutînt en présence des découvertes, des importations qui agrandissent tous les jours le domaine de la matière médicale et des voies nouvelles d'études qui ajoutent à la notion empirique de l'action des médicaments le contrôle de l'expérimentation physiologique. Il fallait suivre le mouvement sans perdre pied sur le terrain de la tradition, s'y associer sans s'en laisser éblouir et sans s'y absorber. C'est ce qu'ont fait les auteurs du *Traité de thérapeutique* à chaque édition nouvelle, et c'est ce qui l'a maintenu constamment à la hauteur de son but.

En un seul point peut-être, cet ouvrage pourra sembler un peu attardé par rapport au courant des idées modernes, c'est dans sa classification même qui ne répond plus à ces idées et à quelques-unes des trop rares notions expérimentales récemment acquises sur l'action physiologique des médicaments. Mais dans l'alternative où se seraient trouvés placés les auteurs, entre l'adoption d'une classification nouvelle encore nécessairement incomplète et non encore sanctionnée par l'opinion, et l'absence de toute classification, ils se sont décidés pour le maintien d'une classification toute conventionnelle et qui n'engage pas autrement le lecteur.

Disons maintenant quels sont les changements, corrections et augment qni ont été apportés à cette nouvelle édition.

La matière médicale a été revue dans sa totalité; toutes les découvertes récentes sur les principes actifs des médicaments, et notamment sur les alcaloïdes végétaux y ont été consignés. On y a exposé également toutes les expériences qui ont été faites en vue de déterminer, soit l'action physiologique des agents de la matière médicale, soit le mécanisme de leur action.

Plusieurs médicaments ont été l'objet d'une étude plus complète, tels la diastase, la maltine, la pancréatine parmi les analeptiques; le tannate de quinine, le sous-nitrate de bismuth, l'acide phénique parmi les astringents; dans la classe des altérants, on trouve toutes les acquisitions récentes de la thérapeutique sur le mercure administré par la voie sous-cutanée, l'iodoforme, l'arsenic, le saccharate de chaux, la lithine etc. La classe des irritants contient des chapitres neufs sur la cautérisation par les acides, la galvanocaustique thermique et chimique et les injections sous-cutanées irritantes. Dans la classe des évacuants, on trouvera l'histoire de l'apomorphine, de l'apocodéine, de la podophylline. La classe des excitants renferme également plusieurs médicaments nouveaux, l'eucalyptus, le boldo, le jaborandi, etc. Enfin, des articles relatifs à l'hydrothérapie, aux antiseptiques, aux antizymotiques et aux parasiticides ont été mis au courant de la science.

En résumé, dans cette dernière édition comme dans les précédentes, les auteurs ont poursuivi toujours le même but, dans le même esprit, réaliser autant qu'il était en eux l'union de la science et de l'art; et à ceux qui pourraient trouver que dans cette union la part faite à l'art reste encore peut-être trop

large, et qu'il s'y trouve encore trop de thérapeutique dans laquelle la physiologie n'a pas pénétré, les auteurs, dans la préface de la huitième édition qui figure en tête de celle-ci, ont une réponse prête, que nous avons plus d'une fois faite nous-même aux enthousiastes du progrès et aux impatients : la médecine ne peut pas attendre. D[r] BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

Bien que l'épilepsie larvée constitue un paragraphe très-récemment rattaché à l'histoire générale de la névrose comitiale, on peut lire cependant dans Hippocrate, à propos de la *maladie sacrée*, la relation de malades bizarres qui perdent toute connaissance, s'élancent hors du lit et *font des fuites hors de la maison*. Sans doute, la description de la maladie n'est pas très-magistrale et a laissé pleine carrière aux observateurs modernes, mais enfin l'on retrouve dans les œuvres si admirables du vieillard de Cos le premier indice révélateur de l'état pathologique qui nous occupe.

Morel, dans un mémoire très-incomplet, mais qui renferme douze observations concluantes, a réellement entrevu et esquissé l'épilepsie larvée, et il n'a pas tardé à provoquer les recherches cliniques et les témoignages confirmatifs de Addison, Howden, Griesinger, Kraf-Ebing, Etcheverria et J. Falret.

J'ai pris personnellement une certaine part à l'édification clinique et médico-légale de cette névropathie curieuse, et plusieurs autres auteurs, si j'en juge par de très-récentes publications, se sont engagés ensuite dans la même voie. La science n'a donc pas hésité à accorder à l'épilepsie larvée des lettres patentes de naturalisation. Dans un ouvrage important, A. Tardieu a rapporté le fait de ce menuisier qui abandonne son établi, dépose ses outils et disparaît pendant huit jours. Le menuisier était allé à soixante lieues de son domicile, et en était revenu sans savoir pourquoi. Et A. Tardieu, toujours préoccupé des applications médico-légales, ajoute ces paroles : « ..... Chez d'autres, et ce sont pour les médecins-légistes les plus intéressants, l'épilepsie est caractérisée par l'impulsion instinctive, par l'acte soudain, brusque, irréfléchi, par ce que l'on a très-bien nommé l'*ictus*, sans précédent et sans suite ; et lorsque l'on songe que cet acte peut être le meurtre inattendu et inexpliqué du passant le plus inoffensif, et que le meurtrier n'a donné avant et ne donnera pas après le moindre signe d'altération des facultés, il y a bien de quoi terrifier et de quoi soulever dans la conscience des juges, les plus douloureuses perplexités. C'est à l'expert qu'il appartient de les faire cesser. »

Maudsley, adoptant les opinions françaises, pense qu'une excitation maniaque passagère prend la place des attaques convulsives, que la manie transitoire homicide n'est rien autre chose qu'une manifestation épileptique larvée et il décrit les convulsions mentales. Il ajoute que la convulsion somatique et la convulsion mentale peuvent alterner et se produire à différentes époques, l'une remplaçant l'autre.

Parmi les faits cliniques publiés et qui démontrent combien est parfois difficile le diagnostic de l'épilepsie larvée, j'ai noté l'observation suivante, que je ne ferai que résumer :

Une dame, observée par Morel pendant douze ou treize ans, traverse des rémittences remarquablement lucides d'une durée de trois semaines environ. A chacune de ses rechutes, elle éprouve d'invariables phénomènes somatiques. Ainsi, trois jours avant l'explosion de l'agitation furieuse, elle est d'une gaieté insolite et accuse un état de bien-être indicible ; à l'en croire, elle ne s'est jamais sentie aussi bien portante. Le lendemain, la malade se plaint de la migraine, de douleurs vagues indéterminées, sans pouvoir préciser le lieu d'élection de son mal. Ses nuits sont mauvaises, ses songes sont affreux. Enfin, le retour de la crise s'effectue, et la malade cherche à se briser la tête contre les murs, à frapper, à déchirer et à mordre. Ses conceptions délirantes sont les mêmes pendant le cours de chacun de ses accès. « Elle est l'antéchrist ; on lui fait manger sa fille coupée en morceaux ; elle est la bête de l'Apocalypse, condamnée à rugir, à dévorer et à mordre. » Rien ne pourrait donner une idée du triste état de cette malheureuse dame pendant cette période, qui dure toujours de cinq à six semaines. La crise se termine par un profond état d'hébètement et de stupeur qui persiste cinq ou six jours, et puis tout rentre dans l'état normal. La malade sort de cette crise comme d'un rêve pénible et n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Elle a une mémoire à lacunes périodiques. Son caractère devient un peu enfantin, et son niveau mental semble fléchir. Les premiers signes de la démence se révèlent.

Le fait clinique qui précède, est déjà de date ancienne. A l'époque présente, il ne pourrait plus s'observer. Aujourd'hui lorsqu'un cas analogue se manifeste, le bromure de potassium en fait rapidement justice, d'abord en supprimant la période de fureur maniaque, les impulsions homicides ou suicides, et les conceptions délirantes uniformes, et surtout en rompant la périodicité, ce phénomène si éminemment épileptique. Le médicament est la pierre de touche de la névrose.

Dans le délire à formes alternes (*folie à double forme*, de Baillarger, *folie circulaire*, de Falret père), qui est presque toujours dû à l'hérédité, il existe une succession de deux périodes distinctes : l'une, d'excitation maniaque, l'autre, de dépression mélancolique, suivies d'un intervalle quelquefois très-prolongé, de calme et de raison ; eh bien, que l'on essaie de combattre l'excitation maniaque à l'aide du bromure de potassium et l'on échouera toujours. Cet insuccès tient à ce que le bromure de potassium n'a une action réelle que contre le génie épileptique, ses manifestations, ses effets, ses complications et ses conséquences.

C'est surtout dans la pratique spécialisée de la ville, et dans l'accomplissement des mandats administratifs ou judiciaires, que l'on observe l'épilepsie larvée. Beaucoup de médecins ne la connaissent donc pas encore et sont tout naturellement enclins à en contester l'existence. Il faut bien nier ce que l'on ne sait pas ; sans cela, on serait sans excuse. Mais la vérité finit toujours par avoir raison.

Tous les épileptiques, à quelque catégorie qu'ils appartiennent, se servent de termes tout à fait particuliers, pour exprimer leurs souffrances et rendre compte de leurs sensations étranges, de leurs anomalies intellectuelles et de leurs tendances nuisibles. Les épileptiques larvés font usage du même vocabulaire. Voici, par exemple, quelques-unes de leurs expressions favorites : « Je ne suis plus le même, j'ai mal partout et cependant je n'ai mal nulle part ; — mon cœur se déchire ; — il y a quelque chose qui se décroche dans ma poitrine ; — la chaleur me monte ; — je vois tout rouge ; — j'ai du feu dans les yeux ; — ma tête me quitte, il me semble qu'elle n'est plus au-dessus de mes épaules ; la terre fuit sous moi et je crois que je m'enfonce ; — les pavés semblent s'élever et je trouve que je grandis à chaque pas que je fais ; — je me sens ivre ; — il me semble que je deviens fou tout à coup ; — je suis comme électrisé, comme magnétisé ; — la tête me bout ; — les oreil-

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5, 12, 17, 24 et 31 octobre, 7 et 14 novembre.

les me sifflent ; — j'ai conscience que ma force est décuplée, et que je pourrais porter une maison sur mon dos ; — je deviens enragé ; — c'est plus fort que moi, il faut que je frappe ; — je voudrais voir du sang ; — j'ai besoin de tuer quelqu'un, je le comprends et je ne peux pas me raisonner ; — je me sens poussé à anéantir tout ce qui se trouve devant moi, etc, etc. »

Une vieille femme que je questionnais un jour, au dépôt de la préfecture, au sujet de cinq tentatives d'asphyxie par le charbon qu'elle avait faites inconsciemment en moins d'un an, me répondit : « Je ne me souviens pas d'avoir allumé mon réchaud, mais si je l'ai fait, c'est que je ne voulais pas monter sur l'échafaud. Il y a des moments, voyez-vous, où je comprends que je ferai une bonne fois quelque vilain coup. »

E. Pivion a observé à la Salpêtrière une femme C.., habituellement raisonnable, mais très-irascible, qui sans provocation aucune s'était levée une nuit, s'était armée d'un couteau de cuisine et avait essayé de mutiler son mari, couché à côté d'elle. Une lutte s'était engagée et des secours étaient arrivés en temps utile. Cette femme déclara ne se souvenir de rien, puis finit par nier énergiquement la tentative criminelle qui lui était reprochée.

Le mari fut interrogé, et il attesta que sa femme n'avait jamais eu d'accidents convulsifs, mais qu'elle était parfois « sujette à des absences, à des lubies et à des colères violentes pour un rien. » Cette malade a fini par éprouver des attaques épileptiques graves avec fureur maniaque consécutive.

J'arrive maintenant à la relation de deux faits qui justifient complétement toutes les opinions que nous avons émises jusqu'à présent sur les principaux caractères de l'épilepsie larvée. La seconde observation dans laquelle on remarquera qu'il s'est écoulé quarante ans, sans qu'il se soit produit d'accidents convulsifs, est particulièrement saisissante.

M..., âgé de cinquante ans, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament sanguin, a toujours été laborieux et d'une conduite irréprochable. De bon et affectueux qu'il avait toujours été, il se montra tout à coup bizarre et irascible. A des époques fixes, « à tous les renouvellements de la lune », il commençait à s'exalter, à invectiver les passants, et, au bout de quelques instants, il tombait dans une véritable prostration. Dans ses paroxysmes très-courts d'excessive irritabilité, il se montrait tellement violent qu'il jeta un jour sa femme par la fenêtre et que celle-ci n'échappa à la mort que par le plus heureux des hasards.

Une autre fois, il s'échappa subitement de chez lui, rencontra sur son passage un charretier et l'étendit raide mort d'un coup de bâton. Il fut poursuivi, mais comme l'on ne put établir aucun motif de haine ni de vengeance, qu'il ne connaissait point du tout sa victime et que l'acte criminel avait tous les caractères de l'instantanéité la plus anormale et portait le cachet de l'impulsion pathologique, il fut acquitté. Le docteur Konarzewski, de Montfrin, a continué à observer chez ce malade des excitations intellectuelles périodiques, suivies immédiatement d'abattement et de stupeur.

J.-J. Jourdan, manouvrier, âgé de soixante ans, avait été convulsif pendant son enfance, puis réformé comme épileptique par un conseil de révision. Ses crises se suspendirent, et, dans le village qu'il habitait, tout le monde remarqua qu'il ne tombait plus jamais. *Quarante années s'écoulèrent sans aucun accident*. Le docteur Desmaisons, de Bordeaux, atteste le fait.

J.-J. Jourdan demeurait chez sa mère, âgée de quatre-vingts ans. Un jour que cette dernière était baissée pour donner à manger à des lapins, elle fut tout à coup terrassée et frappée par son fils de plusieurs coups de couteau, puis l'assassin s'assit sur elle. Une parente se présenta pour porter secours à la victime, mais elle s'aperçut que Jourdan, à sa vue, s'acharnait sur le corps de sa mère et multipliait ses coups. Elle se sauva épouvantée. Quelques instants après, le parricide s'éloignait tranquillement et se laissait arrêter, sans opposer la moindre résistance.

Devant la cour d'assises de la Gironde, des témoins déposèrent que Jourdan, paraissait excité tous les ans, à la même époque, au printemps, « vers les fêtes de Pâques » et qu'il se répandait en injures et en menaces contre sa mère. On rapporta même qu'il avait plusieurs fois acheté un couteau dans l'intention hautement avouée de commettre un meurtre. M. Desmaisons, sur la prière du défenseur, intervint aux débats, montra que rien n'avait modifié la scène sanglante et que la date de l'événement coïncidait avec l'époque de l'année où s'observait régulièrement chez l'accusé une certaine exaltation mentale, puis il conclut qu'il existait un lien entre l'épilepsie ancienne, les fureurs périodiques et l'acte criminel.

Jourdan parut insensible, ne nia pas son crime et ne chercha pas à l'expliquer. Il fut condamné à mort, le 11 juin 1875, mais la peine fut commuée en celle de la réclusion perpétuelle.

M. le docteur Semelaigne a publié la très-curieuse observation d'un homme qui, placé à la tête d'une entreprise considérable, n'avait jamais paru malade, et qui finit par présenter des phénomènes qu'il faut cliniquement attribuer à une épilepsie larvée. Je résume ici les points les plus saillants de l'observation :

M. X..., âgé d'environ cinquante ans, né en Angleterre, de taille moyenne, d'un caractère difficile et irritable. Après plusieurs années de veuvage, il avait épousé une femme beaucoup plus jeune que lui. Quelques jours après son mariage, « il entra tout à coup dans la chambre de sa femme, *criant, hurlant*, se frappant la tête contre les murs. Il se sauva ensuite en proférant ces mots : « Je vais me tuer. » Une heure se passa pleine d'anxiété ; il revint alors auprès de sa femme, se jeta à ses genoux en pleurant, lui demandant pardon et lui faisant les protestations les plus tendres.

A quelque distance de là, il l'engageait, sans motif apparent, à s'emparer du poison qu'il avait acheté ; sans cette précaution, il redoutait un malheur. Les recherches, d'abord inutiles, firent découvrir plus tard un flacon de chloroforme.

Un second accès survint pendant une nuit. La chambre de Mme X... était séparée de celle de son mari seulement par un couloir. Elle s'éveille ; il était auprès d'elle, poussant des cris ressemblant plutôt aux hurlements d'une bête féroce qu'à quelque chose d'humain. Il se roulait par terre, tenant des propos affreux, la menaçant d'aller chercher un poignard pour la tuer et se détruire lui-même. Il disparaît en effet ; Mme X... s'empresse de fermer sa porte à double tour ; il revient, et continuant à pousser des cris, il essaye de briser l'obstacle. Enfin, au bout d'une heure d'efforts inutiles, il lui dit : « Approchez, vous allez voir mon sang couler jusqu'à vos pieds. » Il se retire aussitôt ; l'accès était terminé.

Un autre jour, en revenant à cheval d'une excursion au bois de Boulogne, il s'agita. Son cheval, effrayé par ses cris, s'emporta, M. X..., le corps incliné en avant, se frappait le front et se plaignait d'un voile répandu sur sa vue. Un moment après, il s'élance pour renverser sa femme.

Enfin, un soir, après le dîner, il pousse un cri perçant et saisit Mme X... par les cheveux. Les domestiques accourent. « Je vous prends tous à témoin, s'écrie-t-il que je vais me tuer. » Là-dessus il se précipite violemment dans son cabinet, dont il ferme la porte. Sur ces entrefaites, la détonation d'une arme à feu se fait entendre : il s'était fait une blessure à six centimètres au-dessous du mamelon gauche, et il succombait au bout de quarante-huit heures, après avoir affectueusement entretenu sa femme de ses affaires.

Tous les faits pathologiques et criminels qui ont été exposés jusqu'à ce moment ont pu surprendre parfois le lecteur, mais ils ne sont pas sortis des limites du possible. Celui qu'il me reste à rapporter est tellement extraordinaire, qu'il est à peine vraisemblable. Je le publie néanmoins tel que je l'ai recueilli, mais encore tout étonné du concours étrange de circonstances que je vais faire connaître.

Au mois d'octobre 1874, nous fûmes choisis pour arbitres, MM. Lasègue, Touzelin et moi, dans une question d'instance

projetée en séparation de corps. Le mari, M. W..., licencié en droit, hommes d'affaires, très-occupé de spéculations à la Bourse, rapportait, d'une part, qu'il avait été très-heureux à une certaine époque dans ses opérations financières et qu'il avait gagné quatre cent mille francs; que sa femme, sur cette somme, avait placé cent mille francs en son nom, et qu'elle n'avait rien dit, tant qu'il avait réalisé de beaux bénéfices, mais qu'elle avait commencé à se plaindre et à le tourmenter, dès qu'il avait perdu; qu'il avait eu depuis quelques années plusieurs *congestions cérébrales*, des infidélités incompréhensibles de la mémoire et des besoins instinctifs de prendre la fuite; qu'il était arrivé une fois à Marseille, sans savoir comment il y était venu, et qu'en attendant des nouvelles et de l'argent, il s'était mis à faire des affaires, à jouer à la Bourse et qu'il y avait gagné 150, 000 francs en dix-huit mois; qu'un de ses fils était venu le rejoindre, puis qu'un beau jour, sans motifs connus, sans causes appréciables et sans souvenir d'avoir en quoique ce soit prémédité un voyage, il s'était retrouvé à Paris; qu'un an après, il se trouva au Havre un matin, souffrant beaucoup de la tête et qu'il ne peut aucunement se rappeler comment il s'embarqua, mais qu'il reprit connaissance et surtout la possession de ses souvenirs en mer, au bout d'un temps assez long, puisqu'il demanda où il se trouvait et qu'on lui répondit : « En vue de Bombay; » qu'il fut très-malheureux dans l'Inde, mais que le consul de France fut bon pour lui et finit par le rapatrier; qu'il n'a plus rien actuellement, que l'un de ses fils s'est attaché à lui, vit de sa vie et est son unique consolation; que sa femme habite avec ses trois autres enfants et ne veut plus le recevoir, ni lui donner d'argent, bien qu'elle ait actuellement huit mille francs de rente et qu'il ne l'ait jamais maltraitée.

La femme rapportait, d'autre part, que son mari était bizarre, mobile, quinteux, violent, joueur forcené à la Bourse, étranger à toutes les satisfactions domestiques, avide de l'inconnu, calculateur incorrigible, amoureux des hasards et du péril, audacieux jusqu'à la folie, irascible, emporté, menaçant et violent; qu'il avait eu des accidents cérébraux d'une nature bien insolite; qu'il s'était sauvé en bras de chemise dans tout Paris, par une nuit d'hiver; que son voyage à Marseille avait été bien surprenant, mais que son voyage dans l'Inde s'expliquait bien moins encore; qu'elle avait pu obtenir heureusement sa séparation de biens autrefois, mais qu'elle demandait aujourd'hui sa séparation de corps, parce qu'elle avait peur d'être frappée, peut-être tuée; qu'elle s'en remettait par avance à la sentence arbitrale qui serait rendue, mais qu'elle déclarait que la vie en commun était désormais impossible.

Je rédigeai, après sérieuse délibération entre nous, et nous signâmes, MM. Lasègue, Touzelin et moi, une pièce dans laquelle, sans vouloir nous prononcer sur les voyages à Marseille et à Bombay, nous établîmes la très-grande probabilité de phénomènes épileptiques larvés, la nécessité d'un traitement par le bromure de potassium, et l'obligation, au moins pendant deux ou trois ans, d'une séparation amiable, dans l'intérêt des quatre enfants, mais sous la réserve d'une pension suffisante qui serait servie à M. W... par sa femme.

Or, d'après M. Touzelin, médecin ordinaire et confident intime de ces époux désunis, il paraît que le malade a été véritablement amélioré, qu'il a supprimé son traitement et qu'il n'a pas tardé à s'exalter par intervalles et à nourrir contre Mme W... des projets de vengeance; qu'il est parti un jour, accompagné de son fils, âgé de dix-sept ans, pour supplier encore une fois sa femme de le recevoir en mari et en père, qu'on ne lui ouvrit pas la porte, qu'on lui signifia, à travers la cloison, une irrévocable décision, malgré l'annonce formelle d'un suicide immédiat, et que, désespéré et hors de lui, il se tua.

La porte de l'appartement de Mme W... resta close. Ce que voyant, le jeune homme se baissa sur le cadavre de son père, examina si la mort avait été instantanée, ramassa le revolver et se fracassa le crâne. Des voisins accoururent et trouvèrent deux corps inanimés.

Cet événement s'est passé à Paris, en novembre 1875, dans la rue de *** et a donné lieu de la part de tous les journaux aux commentaires les plus erronés.

Et maintenant, étant admis que le suicide du père est un suicide pathologique, à quelle cause réelle attribuer le suicide du fils? Au refus énergique de la mère, à la mort tragique du père, à l'émotion inspirée par l'horreur d'une telle scène, à l'influence de l'exemple et peut-être à une promesse faite de ne point survivre à un père si tendrement affectionné? Et ce jeune homme de dix-sept ans, n'était-il pas enfin le fils d'un déclassé, d'un congestif plus qu'étrange, très-probablement d'un épileptique larvé et d'un suicidé? Triste catastrophe, mais catastrophe fertile en déductions sociales, psychologiques et cliniques!...

Ainsi donc, d'après tout ce qui précède, on doit rester convaincu qu'il existe manifestement une épilepsie à l'état latent, laquelle détermine chez les malades les mêmes troubles spéciaux de la sensibilité, et les mêmes perturbations intellectuelles, morales et affectives que le mal caduc vulgaire. Pour arriver au diagnostic de l'épilepsie larvée, il faut tenir compte des principaux symptômes, qui sont les suivants : sorte d'*aura* préalable assez fréquente; irascibilité subite, excessive et non motivée; excitation périodique suivie d'accablement, d'étonnement et de demi-stupeur; illusions et hallucinations de la vue, d'un caractère sinistre et terrifiant; rêves effrayants ou horribles; exaltation de la sensibilité; absences passagères de lucidité, de raison et de liberté morale; impulsions instantanées et irrésistibles; actes violents et agressifs; tendances homicides et suicides; besoin automatique de marcher tout droit devant soi, sans direction et sans but; longues courses inconscientes parfois; mélange de sentiments religieux et de pratiques obscènes; répétition invariable des mêmes mots, des mêmes idées, des mêmes conceptions délirantes, des mêmes emportements, des mêmes impulsions, des mêmes tentatives, des mêmes actes indélicats, immoraux, violents, incendiaires ou attentatoires à la vie d'autrui; tentatives de mort volontaire dans des circonstances insolites, et toujours semblables; perte du souvenir des choses dites et des actes accomplis; niveau intellectuel fléchissant par degrés; suspension possible de tous les phénomènes observés par l'usage méthodique et prolongé du bromure de potassium; épilepsie convulsive finissant souvent par apparaître ou démence terminale.

Tels sont les phénomènes morbides qui, lorsqu'ils se rencontrent chez un individu, déposent d'une manière irrécusable en faveur de l'épilepsie larvée.

CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX

M. Adolphe Piéchaud.

Nouvelle observation de kératite parenchymateuse.

II

J'ai tenu à relater tous les détails de la note qui m'a été laissée par le docteur A. Miard, pour prouver combien la médication a été énergique et suivie, et qu'il n'était pas possible

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 novembre.

de faire appel à de plus nombreuses et de plus actives ressources thérapeutiques.

Le 30 août seulement, je revois Désiré C..., et je suis frappé de l'aspect de son œil. Tandis que l'œil droit a repris sa transparence parfaite et sa conformation normale, l'œil gauche est rapetissé, la cornée a diminué de volume, elle est un peu aplatie, et les vaisseaux qui la recouvrent simulent un pannus charnu.

Pas la moindre sensibilité à la lumière, bien qu'il existe du larmoiement. Pas de sensibilité non plus au toucher. La conjonctive est rouge dans toute son étendue. On remarque, sur les bords du limbe conjonctival, les traces des nombreuses incisions qui ont été faites et qui tranchent par leur coloration grisâtre sur le fond rouge de la coque oculaire. J'emploie à dessein cette expression, indiquant par là qu'il n'y a plus pour ainsi dire ni conjonctive, ni cornée; que toutes les membranes enveloppantes se sont fondues en un tissu de nouvelle formation, analogue à celui que l'on rencontre sur l'œil à la suite de trachomes qui datent de vingt ou trente ans.

Que faire en présence de tels symptômes? Je ne dissimule pas au malade la gravité de son état, et je me borne à ajouter au traitement si complet déjà, une nourriture composée exclusivement de viande saignante, *presque crue*, à tous les repas, supprimant simplement et l'atropine et les ablutions chaudes qui ne produisent aucun effet.

Le 6 septembre, pas de changement dans l'aspect extérieur de l'œil. Même insensibilté de l'organe à toutes les excitations.

En palpant à travers la paupière, je crois reconnaître une diminution de tension; et, en effet, les jours suivants, cette mollesse de l'œil est très-appréciable. Je suppose qu'il se fait à l'intérieur un travail inflammatoire, et que nous allons assister aux phases d'une irido-choroïdite torpide, indolente, qui sera le prélude de la désorganisation. C'est mon avis, que partage également le docteur Miard, auquel je fais part de mes craintes. Je considère dès lors cet œil, non plus comme compromis, mais comme absolument perdu.

Le 11, état stationnaire.

Le 12, il me semble, à mon exploration des plus minutieuses, que la rougeur a un peu diminué et que la pression est moins faible.

De nouveau, j'ai recours à des purgatifs énergiques, j'augmente les doses de fer et de quinquina, et je reprends les compresses chaudes, quelque temps supprimées, avec cette recommandation *expresse* faite au malade, de ne les employer d'abord qu'avec beaucoup de ménagement et de venir me montrer le lendemain l'effet produit.

Le lendemain, il est évident que la vascularisation est moins forte. Tout le traitement général est continué.

Le 13, le 14, le 15, le 16, les vaisseaux diminuent de nombre et de calibre; l'injection péri-cornéenne devient plus pâle.

A partir de cette époque jusqu'au 25 septembre, il n'y a pas de changement notable. Déjà cependant, à travers le lacis vasculaire, on peut presque soupçonner par transparence l'iris ou la chambre antérieure.

Les compresses sont appliquées du matin au soir, à une heure d'intervalle, et un quart d'heure chaque fois.

A la date du 26, je me hasarde à faire entre les paupières une toute petite application de la pommade au précipité jaune, ainsi composée :

Oxyde jaune de mercure. . . . 50 centigrammes.
Axonge. . . . . 10 grammes.

que je laisse pendant vingt minutes en contact avec la cornée.

En même temps, je sectionne largement les vaisseaux conjonctivaux.

Le premier résultat de cette double thérapeutique m'encourageant, je sectionne à jour passé tous les gros troncs vasculaires, et j'augmente progressivement les doses de la pommade irritante, de même que j'augmente la durée de l'application ou du contact.

Le 8 octobre, les vaisseaux sont si peu nombreux, que je cesse toute scarification, et l'état de la cornée est tel, que l'iris se découvre au travers et se limite assez exactement.

Déjà, le malade distingue les mouvements de ma main promenée à quelque distance de son œil.

J'essaye derechef les instillations d'atropine, et j'ai la satisfaction de constater que la pupille réagit en se dilatant, quoique faiblement.

Que dirai-je? Le mieux s'accentue chaque jour davantage. Chaque jour aussi, sans la moindre interruption, avec la même persévérance, sont continués les lavages chauds, la pommade à l'oxyde jaune et les onctions mercurielles autour de l'orbite. Ce dernier traitement a commencé le 26 septembre et se continue encore aujourd'hui.

Aujourd'hui 27 octobre, l'injection péri-kératique est presque nulle; tous les vaisseaux ont entièrement disparu de la cornée, qui est revenue presque transparente avec sa conformation et son diamètre normaux. La tension de l'œil se rapproche beaucoup de celle de son congénère.

La vision revient, et le malade commence à lire.

Sous peu, la cornée retrouvera toute sa vitalité, aura repris sa limpidité première, et nul doute que la guérison soit des plus parfaites.

De tous ces faits, que conclure? Que, dans ces kératites parenchymateuses ou interstitielles, indolentes, si graves, si désespérantes par leur durée, il faut s'attendre à toutes les surprises, et ne jamais se lasser de faire appel aux ressources de la thérapeutique, tant qu'il n'y aura pas mort absolue de l'organe, tant qu'il restera à notre disposition un stimulant quelconque pour ranimer la vie dans cet organe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 novembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1875, dans les départements du Var et du Rhône et dans l'arrondissement de Lodève (Hérault).

2° Une demande en autorisation d'exploiter pour l'usage médical deux sources d'eaux minérales au hameau d'Usson, dépendant de la commune de Rouze (Ariége).

3° Le rapport général du médecin inspecteur des eaux thermales d'Evans (Creuse) pour l'année 1874. (Comm. des eaux minérales.)

M. le préfet de la Somme adresse deux exemplaires des comptes rendus des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité du département de la Somme, pendant l'année 1875. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Planchon qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

2° Trois lettres de candidature de MM. Alfred Fournier, Maurice

Raynaud et Bucquoy pour la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

3° Deux lettres de candidature de MM. Luys et Paulet pour la section d'anatomie et de physiologie.

4° Une lettre de M. Surmay (du Havre), qui sollicite le titre de membre correspondant national.

5° Une lettre de M. le docteur Henri Bernard (de Grenoble), comprenant l'envoi d'un travail manuscrit intitulé : *Projet de création de fermes d'allaitement par le lait de vache pour les enfants nouveau-nés.* (Commission d'hygiène de l'enfance.)

6° Une lettre de M. Fua (de Padoue) qui adresse un échantillon du vrai parasite du maïs.

PRÉSENTATIONS

M. WURTZ, au nom de M. le docteur Labbé, présente une brochure intitulée : *de la Fuchsine et du vin fuchsiné.*

M. LARREY, au nom de M. le docteur Coustan, médecin militaire, une brochure sur *l'Influence de la consommation des boissons alcooliques sur la santé publique et la criminalité dans la ville de Douai.*

M. PIDOUX, en son nom et au nom de M. le docteur Constantin Paul, présente la neuvième édition du *Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Gintrac, membre correspondant à Bordeaux, assiste à la séance.

COMMUNICATIONS

Pustules vaccinales ulcérées. — M. ALPHONSE GUÉRIN présente un enfant, âgé seulement de quelques jours, qui a été vacciné le surlendemain de sa naissance et qui présente à la place des piqûres trois ulcérations, dont deux se réunissent et forment un vaste ulcère, profond, à bords indurés, taillés à pic. Le frère de cet enfant, âgé de dix-sept mois, a été vacciné avec le même vaccin; le vaccin a très-bien pris sur lui et ne présente rien d'anormal.

On pourrait être tenté de voir dans ce cas un nouvel exemple de syphilis vaccinale; tel n'est pas cependant l'avis de M. Alphonse Guérin, qui serait plutôt porté à voir dans ces ulcères une manifestation strumeuse.

M. GUBLER, étant médecin à l'établissement municipal des nourrices, a eu très-souvent l'occasion d'observer des faits analogues à celui qui vient d'être présenté par M. Alphonse Guérin. Ces faits s'observent le plus souvent sur des enfants vaccinés très-peu de temps après la naissance, et plus particulièrement chez des sujets se trouvant dans de mauvaises conditions hygiéniques. Chez ces enfants, ainsi vaccinés de très-bonne heure, les pustules vaccinales prennent un développement considérable, s'enflamment et s'ulcèrent. Ces ulcérations profondes ayant mauvais aspect, étant assez larges pour se réunir entre elles, alors même que les pustules étaient assez éloignées les unes des autres, ces ulcérations, au premier abord, pouvaient en imposer pour des accidents syphilitiques.

M. LARREY dit avoir vu des accidents analogues chez les jeunes soldats revaccinés.

M. DEPAUL n'admet pas qu'il s'agisse, dans le cas intéressant présenté par M. Alphonse Guérin, d'une syphilis vaccinale. Tous les enfants qu'il a présentés comme étant atteints de syphilis vaccinale offraient, en même temps que des ulcères spécifiques aux bras, bien d'autres accidents manifestement syphilitiques sur d'autres parties du corps. Il regrette que M. Alphonse Guérin ne puisse pas donner des détails précis sur l'origine du vaccin qui a servi à vacciner cet enfant.

M. ALPHONSE GUÉRIN dit que cet enfant lui a été présenté à l'Hôtel-Dieu il y a trois jours, qu'il a été vacciné à la Pitié par une sœur qui, depuis vingt ans, vaccine des enfants. Plusieurs autres enfants ont reçu le même vaccin que lui ; l'un d'entre eux, au dire de la mère de celui-ci, aurait présenté quelque chose d'analogue. Mais il ne saurait donner de détails à ce sujet. Une enquête est ouverte, dont M. Alphonse Guérin fera connaître les résultats.

Il ajoute que ces ulcères ne présentent pas le fond couleur chair de jambon qu'offrent généralement les ulcérations syphilitiques et qu'ils lui paraissent bien plutôt d'origine strumeuse.

LECTURE

Non-inoculabilité du tubercule. — M. METZQUER donne lecture d'un mémoire intitulé : *De la non-inoculabilité de la tuberculose* (troisième mémoire).

M. Metzquer, dans ce troisième mémoire, se propose d'étudier :

1° La marche de la matière inoculée depuis le point d'inoculation jusqu'aux poumons. Il a cherché à suivre le chemin parcouru par la substance inoculée et à surprendre, pour ainsi dire, cette matière à son entrée dans le poumon.

2° Comme conséquence de cette première étude, M. Metzquer s'est demandé s'il n'y avait pas une différence entre la marche d'une substance que M. Villemin regarde comme virulente, et la marche d'une substance quelconque et ne présentant aucun caractère de spécificité.

M. Metzquer le résume en ces termes :

On produit par l'inoculation de différentes substances et du tubercule, en particulier, des nodules pulmonaires que l'on peut confondre avec le tubercule vrai. La distinction, à une certaine période de l'évolution des nodules, est impossible à établir entre les deux productions. Le seul moyen d'arriver à un diagnostic certain est de laisser vivre les animaux. Si l'on étudie avec soin les phénomènes intimes de l'inoculation, on voit qu'ils se réduisent à une hyperémie due aux thromboses résultant de la section des vésicules aux points d'inoculation, à une irritation produite sur les tissus par la substance employée, puis à de l'inflammation consécutive, à des transports emboliques par les voies veineuses et lymphatiques, non-seulement des particules inoculées, mais encore et surtout des débris de caillots. Ces petits bouchons lancés dans la circulation échouent dans le poumon, et là se reproduit une véritable auto-inoculation où la série des phénomènes, que nous venons d'étudier pour la blessure cutanée, se reproduit en passant par la même phase, c'est-à-dire : hyperémie, déchirure vasculaire ou infarctus, irritation, phlogose, ou pneumonie alvéolaire, abcès interlobulaires et enfin résorption.

C'est ainsi que tous les faits consécutifs à l'inoculation, si difficilement expliqués dans la théorie de M. Villemin, trouvent une explication naturelle et plausible.

Ce mémoire est renvoyé à la commission déjà nommée pour les travaux précédents de l'auteur.

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

École d'anthropologie.

La série des leçons d'ouverture de l'École d'anthropologie, inaugurée si brillamment par M. le professeur Broca, vient de se terminer par une magistrale leçon de M. Abel Hovelacque.

M. A. Hovelacque, qui occupe la chaire de linguistique, n'est pas un nouveau venu à la Faculté de médecine. De nombreux travaux tous marqués au coin d'une science de bon aloi et d'un examen approfondi de l'anatomie, de l'anatomie comparée et de la physiologie, dans les points où ces sciences peuvent servir de base solide aux études de son choix, ont, depuis plus de dix ans, signalé ce jeune savant à l'attention particulière du public médical. Directeur de la *Revue de linguistique et de philologie comparée*, auteur de la *Grammaire de la langue zende*, M. A. Hovelacque a en outre publié un grand nombre de travaux, au nombre desquels furent remarqués : *Racines et éléments simples dans le système linguistique indo-européen*, la *Morale de l'Avesta*, la *Notice sur les subdivisions de la langue commune indo-européenne*, les *Instructions pour l'étude élémentaire de la linguistique indo-européenne*; son dernier ouvrage, le livre important *la Linguistique* (1), a été récemment analysé dans les colonnes de ce journal par une plume compétente. Le point de vue élevé auquel l'auteur de ces divers écrits s'était placé devait nécessairement l'amener à faire plus

(1) Tome deuxième de la *Bibliothèque des sciences contemporaines*, chez C. Reinwald, 1876.

d'une incursion dans la philosophie historique, c'est ce qu'il a fait avec un rare bonheur dans les *Slaves du sud en Hongrie* et surtout dans *Langues, Races et Nationalités* (1). Dans ce dernier écrit, on est heureux de voir juger, comme il convient, toutes les théories d'expédients et d'aventures échafaudées par l'effarement, l'ignorance ou le cynisme des écrivains à gages et des ministres tarés du dernier règne.

Dans sa leçon d'ouverture, M. Abel Hovelacque a marqué tout d'abord la vraie place de l'homme dans la création, donnant de suite à son enseignement la note scientifique; puis, entrant dans l'objet du cours, il a indiqué avec netteté la distinction qui existe entre les deux sciences, la linguistique et la philologie. « La philologie, a-t-il dit avec Auguste Schleicher, est une science historique, et cette science ne peut se trouver appliquée que là où l'on est en présence d'une littérature, d'une histoire. Là où les monuments font défaut, là où il n'y a pas de culture littéraire, le philologue n'a que faire; la philologie, en un mot, ne peut que s'exercer sur des documents historiques. La linguistique, au contraire, a pour objet unique la langue elle-même et pour elle-même. Les variations historiques des langues, le développement plus ou moins factice de leur vocabulaire, souvent même leurs procédés syntactiques, tout cela n'est pour le linguiste que d'une importance secondaire; il consacre son soin tout entier à l'étude de la manifestation elle-même du langage articulé, fonction naturelle, inévitable et déterminée, à laquelle l'homme ne pourrait se soustraire, et qui, ainsi que toutes les autres fonctions, est d'une implacable nécessité. » Abordant l'importante question de la faculté du langage articulé et de sa localisation, M. A. Hovelacque, sans entrer dans des détails que ne comporte point la nature de son enseignement, a établi, par des raisons pressantes et en termes précis, que l'étude du langage articulé relève uniquement de l'histoire naturelle et que la faculté du langage n'a été acquise que lentement, peu à peu, grâce à un développement progressif des organes. Ce point capital appartient à l'étude générale de la variabilité et de la transformation des espèces, dans laquelle le cours de linguistique ne pouvait naturellement se perdre. Quelques citations heureuses, témoignant d'une haute culture littéraire et scientifique, une parfaite clarté oratoire, ont achevé de donner à cette leçon, tout l'intérêt et le relief nécessaires.

L'affluence du public médical et extra-médical autour des chaires de l'Ecole d'anthropologie marque combien cet enseignement répond à des goûts, à des besoins intellectuels généraux, et les applaudissements, qui ont accueilli les débuts du professeur de linguistique et de philologie comparée, attestent en même temps la satisfaction de voir ces chaires si dignement remplies sous le patronage de l'homme éminent, du savant zélé et infatigable, auquel les études anthropologiques doivent tant en France. — Dr Louis Fiaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Avis. — M. le doyen a l'honneur de porter à la connaissance de MM. les étudiants les dispositions ci-après relatives aux limites dans lesquelles seront reçues les consignations pour les examens du doctorat pendant l'année scolaire 1876-1877.

(1) In-8° de 50 pages. 2e édit., 1875, chez E. Leroux.

Les consignations seront reçues pour le premier examen du doctorat jusqu'au 15 avril; pour le deuxième, jusqu'au 1er mai; pour le troisième, jusqu'au 15 mai; pour le quatrième, jusqu'au 1er juin; pour le cinquième, jusqu'au 15 juin.

Passé le délai ci-dessus indiqué, aucune consignation ne sera admise. Toutefois, les étudiants refusés à un de ces examens, antérieurement aux dates fixées plus haut, seront autorisés à se présenter devant les jurys avant la fin de l'année scolaire.

— *Collége de France.* — Les candidats à la chaire d'histoire naturelle des corps organiques, vacante par suite du décès de M. Charles Sainte-Claire-Deville, sont avertis qu'ils ont un mois, à partir du 21 novembre 1876, pour produire leurs titres auprès de l'assemblée des professeurs de cet établissement.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — A la suite du concours ouvert à l'hôpital Saint-André, M. Dubourg a été nommé chef interne pour la période 1877-1880.

— *Cours public des maladies des yeux.* — Le docteur Galezowski commencera ce cours jeudi prochain, 23 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique, (amphithéâtre n° 2), et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure. Le cours comprendra : 1° Amblyopies et amauroses toxiques; — 2° altérations de la vue dans les affections hystériques; — 3° altérations de la rétine et du nerf optique dans les tumeurs cérébrales et les méningites; — 4° troubles visuels dans l'aphasie, l'apoplexie cérébrale, et les péri-encéphalites; — 5° troubles visuels dans l'ataxie locomotrice et les scléroses en plaques; — 6° Altérations des membranes internes des yeux dans la syphilis, la glycosurie, l'albuminurie, la goutte, etc. Démonstrations ophthalmoscopiques à la fin de chaque séance.

— Le canton de Saint-Benin-d'Azy, un des plus riches de la Nièvre, offrirait une position avantageuse à un docteur-médecin qui s'établirait au chef-lieu. Il n'y a pas de pharmacien dans ce canton.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité du diabète; diabète sucré, diabète insipide, par le docteur Lecorché, professeur agrégé à l'École-de-Médecine. — Un vol. in-8° de 703 pages. Prix : 10 francs. — Paris, 1876, G. Masson.

Considérations pratiques sur le traitement des névralgies, par le docteur P. Foissac, médecin en chef de la maison d'éducation de la Légion d'honneur. — Paris, 1877, in-8° de 39 pages, Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvre typhoïde et granulie.

Nous ne reviendrons pas ici sur ce qui a été dit, à propos de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde, par M. Besnier dans son rapport à la Société médicale des hôpitaux; nous n'aurions rien à ajouter à cet égard au compte rendu de la séance de la Société du 3 novembre. Nous réservons aussi la question du traitement, qui a été engagée et sur laquelle le rapporteur de la commission des maladies régnantes se propose de présenter ultérieurement une appréciation générale. Il ne va être question dans cette Revue que d'un fait, épisodique en quelque sorte, qui s'est passé dans le service de la clinique de M. Hardy, à la Charité; et qui a donné lieu, de la part du professeur, à la discussion d'un point de diagnostic différentiel souvent très-difficile à faire entre la fièvre typhoïde et la granulie généralisée. Cette difficulté s'est présentée, en effet, dans le cas dont il s'agit, au point qu'elle n'a pu être levée que par l'autopsie.

On sait que, sous le nom de granulie ou de maladie granuleuse, M. Empis a décrit une affection générale, dans laquelle il a fait entrer des faits jusque-là décrits séparément sous les noms de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse, d'hydrocéphalie aiguë, de phthisie galopante, de tuberculisation aiguë. M. Empis, dans l'étude très-consciencieuse et l'analyse extrêmement délicate qu'il a faites de cet état pathologique, a constaté que, dans la forme la plus générale, la granulie se traduit par l'ensemble des troubles fonctionnels communs à la plupart des pyrexies, et qu'elle se caractérise autant par l'absence des signes particuliers à chacune d'elles que par ceux qui lui sont propres. Mais parmi ces derniers, il n'y en a aucun qui soit à proprement parler pathognomonique. D'un autre côté, l'invasion de la maladie se traduit par l'ensemble des troubles de l'innervation, qui sont le cortége ordinaire des fièvres continues. D'où l'on voit déjà la difficulté d'établir un diagnostic certain. Ce n'est que de l'ensemble des symptômes, de leur rapprochement et de leur comparaison qu'on peut déduire les signes de l'affection dont il s'agit.

Parmi les principaux signes qui relèvent de l'inflammation granuleuse de l'encéphale, M. Empis signale : la céphalalgie, les hallucinations sensorielles, la dilatation des pupilles, la photophobie, l'exagération de la sensibilité cutanée, les vomissements, la rétraction des parois abdominales, les contractions musculaires, les paralysies, enfin l'oppression, la fréquence et l'inégalité des mouvements respiratoires. Mais aucun de ces signes, nous le répétons, n'a une valeur absolue. La céphalalgie est semblable dans les deux affections, seulement elle persiste plus longtemps dans la granulie; les hallucinations et la photophobie, bien qu'ayant peut-être une valeur séméiologique plus grande par leur plus grande accentuation dans la granulie, s'observent également dans les deux maladies, il en est de même des vomissements. Si bien que, lorsqu'on vient à rapprocher la symptomatologie de la granulie encéphalique de celle de la fièvre typhoïde et particulièrement de celle à forme cérébrale, on verra qu'au moment de leur invasion, ces deux affections se traduisent l'une et l'autre par des symptômes tellement analogues, que ce n'est que lorsque dans une période un peu plus avancée les caractères spéciaux à la dothiénentérie, l'apparition des taches lenticulaires, par exemple, viennent à se produire que le diagnostic différentiel devient possible. Mais que ces derniers signes eux-mêmes viennent à manquer, comme cela se voit quelquefois, l'incertitude pourra subsister jusqu'à la fin. C'est justement ce qui a eu lieu dans le fait dont M. Hardy a entretenu son auditoire dans l'une de ses premières conférences cliniques de cette année.

Un jeune homme entré à l'hôpital dans un état de prostration a présenté successivement l'évolution de tous les phénomènes communs aux deux maladies en question, avec cette circonstance particulière de l'absence de l'éruption lenticulaire et d'une prédominance des phénomènes de l'ordre plus particulièrement nerveux, tels que la céphalalgie intense, la photophobie avec dilatation pupillaire, une très-grande dyspnée hors de proportion avec les phénomènes stéthoscopiques, une sensibilité cutanée extrême et surtout une douleur exagérée provoquée par la pression des parois abdominales, enfin la manifestation de la raie méningitique provoquée par le mode d'exploration que tout le monde connaît. Aussi M. Hardy a-t-il hésité, non-seulement au début, mais pendant toute l'évolution de la maladie, à formuler catégoriquement son diagnostic; et son hésitation, comme celle de tous les assistants à sa clinique, a-t-elle duré jusqu'au moment décisif de l'autopsie, qui est venue, un peu contre l'attente générale, montrer l'existence de toutes les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde et rien de la granulie.

Un fait de ce genre ne suffirait évidemment pas pour infir-

mer la description, si parfaitement exacte d'ailleurs, que M. Empis a faite de la granulie, et il ne saurait ébranler la détermination parfaitement justifiée de cette espèce morbide. Mais il montre, en le rapprochant de quelques autres analogues, toutes les difficultés que peut présenter dans quelques circonstances le diagnostic, lorsque le médecin se trouve placé en présence de cette limite indécise où confinent et se confondent les deux maladies en question. M. Empis ne s'est pas dissimulé, du reste, cette difficulté; loin de là, il l'a signalée lui-même, convenant très-bien que dans un certain nombre de circonstances, les signes de l'affection dont il s'est constitué l'historien sont si mal dessinés, qu'ils sont insuffisants pour servir de base au diagnostic et que, dans ces cas, il faut savoir rester dans le doute.

L'observation dont nous venons de donner ici une rapide esquisse sera prochainement publiée dans la *Gazette*, avec la leçon dont elle a fait le sujet.

Diagnostic différentiel des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes du sein.

En passant de la médecine à la chirurgie, nous allons nous heurter encore contre l'une des plus grandes difficultés du diagnostic et du pronostic chirurgical.

Deux opérées de tumeurs du sein, du service de M. Gosselin, à la Charité, ont par leur rapprochement donné lieu à deux ordres de considérations cliniques d'une égale importance, savoir : le diagnostic différentiel des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes ou cancéreuses du sein, et la question de la préférence à donner pour l'ablation des tumeurs malignes aux caustiques et en particulier à la méthode des flèches caustiques sur le bistouri, au double point de vue de la prévention de l'érysipèle et de la récidive.

Ce serait beaucoup trop que de nous engager aujourd'hui dans ces deux questions. Nous nous bornerons, et ce sera déjà bien assez, à la première.

Nous ne rappellerons pas l'histoire, toute récente encore, des longs débats auxquels cette question de diagnostic a donné lieu. On avait cru un instant avoir trouvé, grâce au microscope, le dernier mot. On sait à quelles illusions on s'était laissé prendre. Il a fallu, sans négliger toutefois le secours de cet instrument, en appeler de nouveau à l'observation clinique pour arriver à reconstituer une caractéristique distinctive de ces deux ordres de tumeurs.

Voici, d'après l'un des travaux les plus récents sur cette importante question, le *Traité des tumeurs bénignes du sein*, par MM. Léon Labbé et Paul Coyne, (heureuse association d'un chirurgien et d'un histologiste) à l'aide de quel ensemble de signes et de caractères on peut établir ce diagnostic différentiel.

Les tumeurs dites adénoïdes, qui embrassent le groupe principal des tumeurs bénignes, considérées dans leur ensemble, se différencient des cancers et par la manière dont elles se produisent, et par le siége sur lequel elles se développent, par les différentes sensations physiques que donne l'exploration manuelle de la région affectée, par l'aspect extérieur de la peau à ce niveau, par la marche de la maladie, et enfin par les phénomènes de voisinage et d'envahissement à distance, si habituels dans les carcinomes, alors que cet état morbide existe depuis quelques temps.

En recherchant quelles étaient les différentes régions de la glande mammaire, qui devenaient le plus habituellement le point de départ des tumeurs dites adénoïdes, MM. Labbé et Coyne ont vu que toutes les parties de la glande pouvaient donner naissance à ces produits néoplasiques, mais que cependant la demi-circonférence externe et la face antérieure de la mamelle étaient plus fréquemment atteintes que les autres régions.

Le carcinome peut naître dans toutes les parties de la glande et il ne semble pas affecter, comme point d'origine spécial, telle ou telle origine plus particulièrement que telle autre. En général, c'est au milieu même de la mamelle qu'il débute, et les irradiations qu'il envoie dans tous les sens, sont telles, qu'il est impossible d'isoler de ce tissu un noyau carcinomateux, même alors qu'il est assez volumineux.

La considération de l'âge des malades a paru aux auteurs de ces recherches sans valeur suffisante.

Mais voici un signe auquel ils attachent une grande valeur. La tumeur adénoïde, disent-ils, est facile à isoler des parties voisines ; elle glisse et roule sous le doigt ; on peut la séparer complétement du tissu de la glande auquel elle n'est reliée que par un pédicule plus ou moins grêle, mais toujours assez mince et assez long pour permettre à la tumeur des mouvements faciles et même très-étendus dans tous les sens. Cette mobilité se conserve toujours, même lorsque le néoplasme prend un volume considérable. Or, il n'en est pas de même pour le cancer, qui, alors même qu'il est d'un petit volume et qu'il revêt la forme d'un noyau arrondi, ne s'isole jamais facilement du tissu glandulaire qui l'entoure.

Ce caractère d'adhérences aux parties avoisinantes est aux yeux de MM. Labbé et Coyne, comme pour tous les observateurs d'ailleurs, le meilleur signe diagnostique du carcinome. C'est surtout dans le contraste de cette adhérence, résultant de l'envahissement des tissus voisins par des zones de tissu conjonctif déjà malade, qui entourent les nodules cancéreux avec l'isolement facile des tumeurs adénoïdes, grâce à la capsule fibreuse, mince, qui les enveloppe, que réside la différence fondamentale entre ces deux sortes de tumeurs.

Quand les tumeurs adénoïdes sont petites, la consistance de la masse morbide est en général dure et résistante, et sous ce rapport elles différeraient peu des petits noyaux cancéreux ; mais cette confusion cesse bientôt dès que les deux tumeurs prennent un plus grand volume.

Il en est de même pour l'aspect de la peau, qui ne diffère pas beaucoup quand il ne s'agit que de petites tumeurs; mais la tumeur cancéreuse prend-elle de l'accroissement, la peau présente aussitôt une série de modifications caractéristiques. Ou des nodules néoplasiques se développent dans l'épaisseur de la peau, si l'on a affaire à des carcinomes multiples, ou elle devient comme chagrinée par suite des adhérences que les tumeurs cancéreuses intra-glandulaires contractent rapidement avec elle; par suite d'un phénomène de même ordre, il survient cette déformation si caractéristique du mamelon. Enfin MM. Labbé et Coyne signalent une altération spéciale de la peau qu'ils ont observée dans quelques cas de cancer et qui n'a pas été notée encore; elle consiste en petites saillies linéaires d'une nature toute particulière. Dans ce cas, disent-ils, la peau, épaissie est comme œdémateuse, présente sur une étendue plus ou moins considérable de petites saillies linéaires au niveau desquelles elle et plus claire, plus blanche et plus transparente ; ce qui paraît être dû à la formation de varices lymphatiques cutanées. Ce signe ne se présente que lorsqu'il s'agit d'un carcinome mammaire arrivé à une période telle que ses ganglions axillaires sont envahis et que leur engorgement amène la rétention de la lymphe dans les radicules cutanées de cette partie du système lymphatique.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs adénoïdes, on ne voit jamais les ganglions axillaires se tuméfier et indiquer, par cette augmen-

tation de volume, un envahissement de leur tissu par le produit morbide. Même lorsque la tumeur est volumineuse et ulcérée, on ne trouve rien de particulier du côté de l'aisselle.

Tels sont les caractères principaux que nous avons relevés dans l'excellent travail de MM. L. Labbé et Coyne, où l'observation clinique et l'étude anatomique et histologique se sont prêté un concours mutuel pour jetter le plus de lumière possible sur cette question depuis si longtemps débattue.

Disons, en terminant, que dans les deux faits coincidents de M. Gosselin, qui nous ont suggéré l'idée de cette rapide analyse, les deux tumeurs diagnostiquées avant l'opération, l'une comme adénoïde, l'autre comme cancer, d'après ceux des signes indiqués plus haut qui sont appréciables sur place, joints à la considération de l'état général des malades, ont montré après leur absolution des caractères anatomiques corrélatifs de ces signes cliniques. C'est à l'avenir seul qu'il appartiendra de justifier le pronostic déduit de cet accord entre les signes cliniques et les caractères anatomiques. Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

DEUXIÈME LEÇON

I

Monsieur le président, messieurs,

Dans la dernière partie de la leçon de lundi, j'ai essayé de montrer qu'il y a des formes d'anévrysme de la carotide curables par la compression, et je vous ai cité des exemples qui avaient été conduits à bien par la compression digitale et instrumentale.

Je résume le sujet. J'ai essayé de montrer par trois exemples quels sont les principaux traits anatomiques des anévrysmes de la carotide appropriés au traitement par la compression du côté central (pièce du Muséum du collége n° 1685), par la compression du côté périphérique ou la ligature (préparation de Scarpa à une période précoce) et par la ligature par la méthode d'Hunter (la grosse tumeur de l'hôpital Saint-George provenant de l'extrémité supérieure de la carotide).

Plus est longue la portion d'artère saine au-dessous de la tumeur, plus cette dernière est petite, plus son accroissement est lent, plus elle contient de caillots et plus elle est évidemment appropriée au traitement par la compression. Mais les observations recueillies jusqu'ici prouvent que l'application de cette méthode n'est pas limitée à ces cas simples. Cette proposition est prouvée par les observations de succès par la compression de Sheppard (de Worcester) et de Kerr (de Cauton), aussi bien que par celle de Rouge et de Humphry, que j'ai citées dans la dernière leçon.

Un autre cas, qui excita beaucoup d'intérêt est le suivant, dont je dois l'observation à M. Gay, qui fut d'abord consulté, et à M. Colles, qui dirigea la compression. Le malade était un négociant de la Cité; il se trouvait dans une voiture de chemin de fer qui monta sur un talus. Lui et deux autres voyageurs s'élancèrent par la fenêtre, la tête la première. Il ne s'aperçut d'aucune blessure, si ce n'est de la commotion. Environ une quinzaine plus tard, pendant qu'il se rasait, il remarqua une tumeur pulsatile à la racine du cou, à gauche; elle avait le volume d'une noix, présentait les battements propres aux anévrysmes et s'accompagnait d'un bruit insolite qu'il comparait à un bruit de sifflet. Elle était située sur la carotide, un peu au-dessus de la bifurcation de l'innominée; mais il y avait place pour insinuer le pouce ou la pelotte d'un compresseur en arrière et en bas de l'articulation sterno-claviculaire, et arrêter ainsi la pulsation; cette manœuvre ne lui procura pas la plus petite gêne.

Le diagnostic fut établi par M. Coulson et par M. Gay, qui vit le premier le sujet, et il fut confirmé par M. Bunton Shiltive, sir J. Paget, sir W. Fergusson et M. Prescott Hervett, qui furent appelés en consultation. Il ne peut donc y avoir le moindre doute quant à la nature de la tumeur. On décida d'employer la compression, qui fut aussitôt appliquée au moyen d'une plaque à laquelle était fixée une tige mobile dans toutes les directions à l'aide d'une articulation (*rack-and pinion*) et portant une petite pelote. On l'essaya pendant quatre jours et quatre nuits, et son application convenable arrêta les pulsations; mais on pensa que l'instrument pouvait se déplacer par les mouvements du malade, et en conséquence, à une consultation entre M. Gay et sir J. Paget, on décida de recourir à la compression digitale. On employa, à cet effet, les services de mon ami M. Coles, et le traitement fut commencé le 4 juin 1867, un peu plus d'un mois après l'apparition de l'anévrysme. On se procura des relais d'étudiants pour maintenir la compression jour et nuit; le patient fut placé sur un lit d'Earle, et la compression digitale commença à six heures du soir. Il la supporta avec beaucoup de courage, et elle fut maintenue sans discontinuité jusqu'au 7 juin au soir, c'est-à-dire quatre jours et trois nuits, le patient dormant par intervalles. L'excoriation de la peau et son excessive sensibilité obligèrent de cesser la compression. On la reprit le 10 juin, à dix heures du matin, mais, après six heures, la sensibilité de la peau nécessita une nouvelle interruption.

Dans cet intervalle, on avait donné l'acétate de plomb à la dose de deux grains trois fois par jour. L'effet de la compression fut de faire disparaître le bruit dans la tumeur, mais il apparut de nouveau le 14 juin. La peau, cependant, étant encore trop douloureuse pour pouvoir supporter la compression, on continua l'acétate de plomb jusqu'au 24 juin, époque où on recommença la compression. Dans l'intervalle, il y avait eu une consultation dans laquelle la tumeur avait été manipulée sans ménagements, mais sans tentative méthodique de déloger quelque caillot, et sans qu'aucun symptôme d'embolie s'ensuivit. Le jour précité (24 juin), on revint donc à la compression, comme auparavant, à dix heures du matin, et elle fut maintenue jusqu'au 27, — un peu plus de trois jours, — et on la suspendit alors complétement. Ce ne fut cependant pas avant un mois (27 juillet) que les pulsations du sac disparurent et que la diminution du volume de la tumeur permit au malade de boutonner le col de sa chemise.

A partir de ce moment, la tumeur diminua graduellement, et en deux mois environ, elle avait complétement disparu. Le malade fut examiné par M. Gay en mars dernier et fut trouvé en parfaite santé, sans trace aucune d'anévrysme, la carotide était perméable au sang et paraissait du même calibre que l'artère du côté opposé.

Dans cette observation, la compression intermittente aurait moins fait souffrir le patient. On doit la préférer dans bien des cas.

Ce cas peut être considéré à deux points de vue : 1° que c'était un petit anévrysme sacculé et que la compression détermina la formation dans le sac d'un caillot mou, qui, plus tard,

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 novembre.

alla jusqu'à rendre complète l'oblitération, sous l'influence du repos et d'un régime approprié, aidé peut-être par l'administration de l'acétate de plomb; 2° ou que l'artère était simplement dilatée, comme nous le voyons si souvent dans la carotide droite, près de son origine, et que la compression, en soulageant temporairement les tuniques dilatées de l'impulsion sanguine, leur rendit la faculté de se contracter de nouveau. Il serait téméraire et même absurde de dogmatiser sur un cas que l'on n'a point vu; et cette dernière manière de voir semble probable à M. Gay, qui a participé au traitement. Mais on me permettra peut-être d'observer que de telles dilatations anévrysmales ne sont ordinairement accompagnées de rien qui ressemble à un bruit distinct, et elles n'ont pas la réputation d'être curables par quelque méthode que ce soit; tandis que la disparition graduelle des pulsations après l'application vigoureuse d'une compression complète, et la disparition de la tumeur dans un temps plus ou moins court, est exactement ce qui a été noté dans d'autres cas de guérison d'anévrysme par la compression rapide, comme dans les observations de M. Murray et de M. Durham d'anévrysme abdominal.

Dans le dernier cas, ce fut plus d'un mois après la suspension de la compression, que les pulsations disparurent d'une manière définitive. Dans ces cas, il y a peu de doute que l'effet de la compression a été de permettre au sac de se contracter sur son contenu et d'amener la formation d'un caillot mou dans le sac, que ce caillot s'est graduellement durci et accru jusqu'à ce qu'il ait rempli le sac, ou que par un déplacement accidentel heureux d'un fragment de ce caillot, l'orifice de communication ait été touché, amenant ainsi la guérison. Quelle que soit la manière d'envisager le cas que nous venons de rapporter, il a une grande valeur puisqu'il montre la possibilité de guérir par des moyens plus doux, les mêmes anévrysmes pour lesquels Wardrop pratiquait et recommandait l'opération de Brasdor. Il eut été extrêmement intéressant, dans l'observation qui nous occupe, de noter l'effet de la compression sur le bout périphérique, mais elle n'a pas été essayée autant que j'ai pu m'en assurer.

Je n'ai trouvé aucune observation imprimée, je n'ai pas pu non plus en recueillir dans mes conversations privées, où l'on ait employé la compression rapide, dans les anévrysmes de la carotide; cependant j'imagine qu'il y a des circonstances où elle peut être recommandée, quand, par exemple, le patient ne peut pas supporter la compression sans le chloroforme, que l'anévrysme est petit et semble contenir quelque caillot. La guérison rapide de beaucoup de cas de petits anévrysmes, par la compression, quand un caillot s'était précédemment formé, semble prouver que, dans notre préparation huntérienne (1685), on aurait pu obtenir la guérison en peu d'heures.

Mais la tendance de la compression de la carotide à produire des troubles cérébraux, oblige à veiller attentivement aux symptômes pendant l'anesthésie. M. Cooper Forster rapporte, dans les *Guy's Hospital Reports*, une observation où le patient mourut avec une hémiplégie et certaines apparences morbides singulières dans le cerveau, comme conséquence directe de l'application prolongée de la compression périphérique de la carotide pour un anévrysme du tronc brachio-céphalique. Cette observation servira à engager à beaucoup de circonspection dans les futures tentatives de guérison de l'anévrysme carotidien par la compression rapide; cependant la tentative mérite d'être faite, et, dans de certaines circonstances appropriées, elle s'impose réellement. Par circonstances appropriées, j'entends que l'anévrysme soit de nature et de volume tels à rendre probable la cure par la compression, mais qu'après une tentative persévérante la compression sans chloroforme ne peut pas être supportée.

Résumons notre expérience actuelle sur ce sujet, autant que j'ai pu la découvrir: J'ai mentionné cinq succès: 1° De Sheppard, 2° de Rouge, 3° de Kerr, 4° du professeur Humphry, et 5° de M. Gay. Dans tous, excepté le cas d'Humphry, on a employé la compression digitale.

Les deux autres seuls cas que je connaisse sont des insuccès. L'un de De Castro (*Gurlt. Jahrb*, 1863-1865, p. 180), où l'anévrysme semblait siéger sur la carotide externe. On essaya inutilement la compression digitale. La ligature de la carotide primitive échoua également. L'anévrysme fut ouvert, et la carotide externe liée, mais la mort survint le quarante-troisième jour. L'autre cas est rapporté par Delore (*Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 461). L'anévrysme avait le volume d'une orange et affectait la carotide primitive dans le milieu du cou. On essaya la compression digitale pendant six heures, chaque fois deux jours de suite; elle fut abandonnée par suite de la douleur. La partie inférieure de la carotide fut liée, mais le malade mourut par suite de la rupture d'anévrysme dans le pharynx. Ainsi, sur sept cas de compression, cinq succès; dans les deux insuccès, la ligature échoua également.

Le traitement de l'anévrysme de la carotide par la ligature de l'artère fut tenté, pour la première fois, par Astley Cooper dans le cas bien connu qui forme le commencement de cet immense trésor d'expérience médicale et chirurgicale, *The medico-chirurgical Transactions.* L'opération fut faite en 1805. Elle échoua par suite de l'inflammation du sac. La pièce fut enlevée et disséquée avec le soin méticuleux ordinaire de sir Astley. Elle est bien représentée dans le premier volume des *Transactions médico-chirurgicales*, et je puis vous la montrer grâce à la courtoisie des autorités de l'hôpital Saint-Thomas. Elle est intéressante en elle-même, comme un des jalons qui marquent les progrès de la chirurgie, et elle montre parfaitement le mécanisme et les effets de l'une des causes ordinaires de mort après la ligature de la carotide au-dessous de la tumeur, l'inflammation du sac et du tissu cellulaire qui l'environne. On sait très-bien que ce danger suit plutôt l'opération par la méthode d'Anel, quand la ligature est placée contre la tumeur, que par la méthode de Hunter, comme, par exemple, la ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité, où une distance considérable sépare la ligature de la tumeur. L'inflammation est généralement attribuée au dépôt de caillots mous dans le sac, conséquence du défaut de circulation, point sur lequel Broca insiste beaucoup et auquel il donne beaucoup d'espace dans son ouvrage. Mais il me semble également probable que la proximité de la plaie des tissus du sac est la cause réelle de la fréquence de l'inflammation. Ce point n'est pas entièrement perdu de vue par Broca; mais il ne lui accorde que quelques lignes. C'est, à mon avis, une des graves objections à la ligature de la carotide pour cause d'anévrysme de cette artère elle-même, que, avec une tumeur qui est volumineuse, il n'y a pas de place pour inciser jusqu'au vaisseau, sans entamer fortement les connexions cellulaires du sac et sans grand danger d'inflammation consécutive.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

ET ENDOCARDITE VALVULAIRE MITRALE

Par le Dr L. Sorbets, d'Aire (Landes).

Le rhumatisme articulaire aigu, selon qu'il affecte l'enfant, l'adulte ou le vieillard, présente des phénomènes propres à chacun de ces âges.

Deux cas de rhumatisme articulaire aigu observés pour la première fois chez une fille de onze ans, et pour la seconde fois chez un garçon de quatorze, ont confirmé la vérité clinique suivante : que la première attaque amène constamment une insuffisance mitrale, caractérisée par un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, et jamais d'emblée un rétrécissement aortique. Le jeune garçon, qui en était à sa deuxième attaque, présentait outre le bruit de souffle à la pointe (insuffisance mitrale) un autre bruit à la base plus faible que le premier et symptomatique d'un léger rétrécissement aortique. Il est reçu généralement que s'il existait un bruit de souffle à la base, lors d'une première attaque de rhumatisme, il faudrait le rapporter le plus souvent, non à un rétrécissement aortique, mais à l'état anémique du sujet. D'après M. Bouillaud, l'endopéricardite serait la règle dans le rhumatisme articulaire aigu.

Chez l'adulte et chez le vieillard surtout, on observe une affection cardiaque à *lésions multiples*, après plusieurs attaques de rhumatisme.

Si l'auscultation joue un grand rôle dans la détermination des lésions du cœur liées au rhumatisme, on ne doit pas prendre en moins grande considération le traitement.

Parmi les médicaments nombreux proposés depuis quelques années, aucun ne prime l'infusion de feuilles de digitate, à la dose de 20 centigrammes administrée pendant quelques jours, matin et soir. Après quelque temps, on obtient sûrement la défervescence qui est le signal de la cessation du médicament et des symptômes graves.

L'observation suivante est intéressante par sa haute température initiale, sa réaction fébrile intense, l'absence au foyer d'élection des bruits aortiques de ces mêmes bruits, reconnus et constatés, au contraire, à la pointe et au premier temps, et enfin par la supériorité de l'infusion de digitale sur les autres médicaments mis en usage.

L... (Marie-Thérèse), onze ans, n'a jamais été malade ; après avoir pris trois ou quatre bains froids dans l'Adour, elle s'alite le dimanche 27 août 1876. Notre première visite a lieu le mardi 29 août. Voilà l'état de la malade :

Température axillaire, 39° ; pouls à 120.

Affaissement de la jeune malade, ventre douloureux à la pression, langue blanche, perte de l'appétit, douleurs assez vives dans les jambes; rien autre de particulier.

Traitement : 15 grammes de sulfate de magnésie avec limonade ; 1 gramme de sulfate de quinine en six paquets égaux, à prendre le mercredi soir et le jeudi.

Vendredi 1er septembre. — T. A., 39 3/5; pouls à 120.

Malgré le purgatif, l'enduit jaunâtre persiste sur la langue ; la diarrhée s'est déclarée, et les jambes sont très-douloureuses d'une manière générale, sans localisation articulaire spéciale.

Samedi 2 septembre. — T. A. 39° 2/5. Pouls à 120 pulsations, pas de sommeil, assoupissement. Jambes douloureuses et genoux enflés.

L'auscultation du cœur nous fait découvrir un bruit de souffle très-fort au premier temps et à la pointe, couvrant presque le second.

Point de souffle à la base.

Donc endocardite valvulaire, insuffisance mitrale très-prononcée, avec rétrécissement mitral moins accentué.

Voici l'ordre d'après lequel les articulations ont été prises : articulation coxo-fémorale gauche, fémoro-tibiale gauche et tibio-tarsienne; puis les articulations de la jambe droite; enfin le bras droit.

Nous avons donc en observation un cas remarquable de fièvre rhumatismale apparaissant avant toute manifestation locale. Ainsi, accélération du pouls, température très-élevée au thermomètre, à la main chaleur très-vive de la peau, inappétence, lassitude, insomnie. Diarrhée rhumatismale analogue aux suéurs profuses; puis douleurs des grandes articulations, se propageant aux jambes et au bras droit.

Traitement : potion à la propylammine; une pilule d'opium.

Samedi soir. — T. A. 40°. Pouls à 128. Soif vive; douleurs occupant le bras gauche. A l'auscultation, le bruit de souffle un peu au-dessus de la pointe et au premier temps, très-rude, point de souffle à la base. Traitement salicylique ; opium.

Dimanche matin 3 septembre. — T. A. 39°. Pouls à 120.

Pas de sommeil : cris nocturnes à cause des douleurs articulaires, très-vives aux grandes articulations. Diarrhée (quatre selles).

Cœur. — Point de souffle à la base et au premier temps ; le premier bruit du cœur est clair. Mais à la pointe et au premier temps, bruit de souffle très-fort, râpeux, se passant dans le péricarde.

Traitement : infusion de feuilles de digitale, matin et soir, à la dose de 15 centigrammes.

Vésicatoire de 12 centimètres sur 10 dans la région du cœur.

Chiendent nitré.

Dimanche soir. — T. A. 39°. Pouls à 130.

Les douleurs sont moins vives. Trois selles. Infusion de digitale et pilule d'opium.

Lundi 4 septembre. — T. A. 38° 2/5. Pouls à 100.

Sommeil calme. Trois petites bulles de pemphigus développées sur la fesse gauche.

Traitement : infusion de digitale, 15 centigrammes; chiendent nitré ; bouillon.

Le vésicatoire donne abondamment.

Lundi soir. — T. A. 38° 3/5. Pouls à 115.

Journée bonne. Les douleurs rhumatismales ont diminué au membre inférieur gauche, le premier atteint. Les épaules seules ont été épargnées.

Mardi 5 septembre. — T. A. 38° ; pouls 100.

Douleurs moins vives aux jambes que la jeune malade peut remuer. — Deux selles. — Bruit du cœur couverts par un bruit de souffle dur, râpeux.

Traitement. — Infusion de digitale, chiendent nitré, bouillon, vin, pilule d'opinm.

Mercredi 6 septembre. — T. A. 38°; pouls à 110.

Nuit calme, langue blanche. — Un verre d'eau de Sedlitz.

Jeudi, vendredi, samedi, la défervescence est obtenue.

T. A., 37 3/5; pouls à 70.

Nous avons cessé la digitale dès que la fièvre est tombée, son action a été des plus manifestes. Depuis cette époque, Marie L... va de mieux en mieux.

Un mois après, le 15 octobre, je revois la petite malade qui, en apparence, est considérée par ses parents comme guérie, parce qu'elle peut jouer avec ses compagnes, mais qui ne l'est pas en réalité. Les douleurs rhumatismales ont bien disparu, mais l'auscultation du cœur me révèle des bruits de souffle accusant une double lésion grave. En effet, il existe un bruit de souffle très-fort, râpeux, couvrant les deux bruits du cœur, à la pointe, tandis qu'il en existe un très-doux, à la base, que l'oreille découvre au lieu ordinaire où se passent les bruits aortiques. Donc, endocardite chronique avec insuffisance valvulaire mitrale très-prononcée, et léger rétrécissement aortique, lésions qui constituent pour la malade un danger permanent, et qui surtout s'aggraveront lors d'une nouvelle poussée rhumatismale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL fait hommage à la Société d'une observation de gastrotomie qu'il a pratiquée récemment avec succès.

M. PERRIN présente, de la part de M. Poncet, professeur au Val-de-Grâce, le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Anatomie pathologique de l'œil.*

M. DEPAUL présente, de la part de M. Galezowski, un volume ayant pour titre : *Traité iconographique d'ophthalmoscopie.*

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. TRÉLAT reprend, pour les combattre, les arguments de M. Verneuil relativement au sort des éléments anatomiques ectopiés. D'après M. Verneuil, les globules du sang sortis de leur siége subissent fatalement un travail de régression et ne peuvent se conserver longtemps. M. Trélat admet que les observations anciennes ne sont pas toutes probantes à cause de l'insuffisance des caractères donnés pour reconnaître le sang à l'époque où elles furent prises. Cependant l'opinion de Pelletan et celle de Cruveilhier père sont formelles.

Le premier dit que le sang épanché dans des cavités naturelles ou accidentelles peut y rester pendant un temps fort long, et être encore reconnaissable après plusieurs mois. D'après Cruveilhier, le sang extravasé est un corps étranger qui peut déterminer un travail d'élimination inflammatoire, ou être repris en totalité ou en partie par l'absorption, ou bien, s'il résiste, persévérer dans les tissus. Virchow est très-peu explicite sur cette nature d'accident; il ne donne qu'une observation d'hématome traumatique du muscle iliaque datant de trois ans et demi, chez un garçon hémophyle qui avait fait une chute sur le ventre. Le malade succomba trois ans et demi plus tard. Le muscle iliaque renfermait une tumeur ayant sept centimètres sur huit et demi et contenant des éléments sanguins reconnaisables au microscope et dont quelques-uns n'étaient pas altérés.

M. Broca, dans son *Traité des tumeurs*, parle de la longue durée des dépôts sanguins à propos d'un kyste qui contenait 450 grammes de sang encore rouge, liquide, avec une grande quantité de globules normaux, rangés en piles, et sans fibrine coagulée ni cristaux d'hématosine. M. Broca cite, en dehors des kystes sanguins, l'observation de deux sequestres osseux ayant séjourné l'un quarante-trois ans, l'autre cinquante-un ans, dans les tissus, sans subir d'altération et avant de déterminer aucun accident. Dans une thèse récente, un élève de M. Trélat, M. Bésocèle, donne l'observation d'un homme qui, dix ans après une chute qui n'avait laissé de traces qu'une petite tumeur à la cuisse, du volume d'une noix, vit cette tumeur rougir au sommet, s'ouvrir et laisser écouler un liquide séro-sanguin et des caillots en grande quantité, qui furent étudiés, puis enfin suppurer et se cicatriser. M. Trélat pense, en résumé, qu'il ne faut pas être absolument affirmatif sur le sort des hématies sorties de leurs milieux.

La règle est sans aucun doute telle que l'admet M. Verneuil, mais comme à toute règle l'exception est possible, il est nécessaire que de nouvelles observations bien prises viennent éclairer ce débat.

M. VERNEUIL appelle aussi de nouvelles observations, mais, jusqu'à preuve du contraire, il maintient son opinion. Les autorités invoquées par M. Trélat sont insuffisantes, et même quelques observations appuient la théorie qu'il soutient. L'hémorrhagie secondaire est évidente dans l'observation de M. Bésocèle, puisqu'il est sorti d'une tumeur grosse comme une noix près d'un kilogramme de caillots; c'est un fait que M. Verneuil prend, au contraire, à son profit. M. Broca a pesé 450 grammes de sang épanché; mais quelle quantité y en avait-il au moment de l'accident? Les autorités sur lesquelles il s'appuie sont les travaux de M. Robin, qui partage la même opinion de M. Voillemier, qui a fait des expériences nombreuses sur les épanchements de sang dont il étudiait les métamorphoses à l'aide de ponctions avec le trocart capillaire; de M. Gosselin, qui a démontré que les hématocèles résultent d'hémorrhagies secondaires. Dans la pachyméningite, le sang reste longtemps entre l'os et la dure-mère, mais souvent il se fait de nouvelles hémorrhagies dans le foyer de la première. Beaucoup d'autres faits pourraient encore être invoqués. La question ne peut être entièrement tranchée dans l'état actuel de la science.

M. LE FORT donne raison à M. Verneuil dans la majorité des cas, comme le fait aussi M. Trélat. Mais il pense qu'il est possible que, dans des circonstances très-exceptionnelles, du sang épanché reste pendant un temps plus ou moins long, non à l'état de sang, mais avec des caractères tels qu'on puisse le reconnaître après plusieurs mois ou plusieurs années. C'est ce qui arrive dans des cavités closes, comme une articulation, dans une poche anévrysmale après la ligature, qui n'a plus aucune communication avec la circulation, et où l'on retrouve après deux et même cinq ans une matière sirupeuse, noirâtre, dans laquelle le microscope fait reconnaître des éléments sanguins. C'est ce qui semblait s'être produit dans la pièce présentée par M. Nicaise.

M. TRÉLAT résume ainsi le débat qui s'est élevée entre M. Verneuil et lui. La durée des hématies libérées dans les tissus varie ordinairement de quelques heures à trois mois. Mais, dans certains cas exceptionnels, ils peuvent s'enkyster et durer non éternellement, mais fort longtemps. Des faits ont été observés, ils sont donc possibles, et il faut en tenir compte.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. LE FORT a observé dans son service une tuberculisation des organes génitaux de la femme qui a déterminé la mort, et présente la pièce qu'il a pu recueillir à l'autopsie.

La séance est levée.

RÉUNION DES MÉDECINS LÉGISLATEURS.

La réunion des médecins français faisant partie du sénat et de la chambre des députés a tenu sa séance hebdomadaire à Paris.

— Le président M. Laussedat expose l'état des travaux relatifs aux questions médicales soumises aux délibérations de la chambre des députés. Deux rapports vont être prochainement déposés :

1° Celui concernant le projet d'assistance publique dans les campagnes. (Th. Roussel, Richard Waddington.)

2° Celui concernant les services hospitaliers dans les hôpitaux militaires. (Rapporteur, docteur Marmottan.)

La Commission parlementaire doit entendre à cet égard MM. les ministres de la guerre et de l'intérieur.

On sait que le précédent ministre de la guerre, M. le général de Cissey avait consenti à d'importantes modifications.

— M. Liouville communique à la réunion l'amendement qu'il va déposer relativement à l'utilisation des médecins de l'armée territoriale dans certains hôpitaux militaires.

M. Testelin insiste sur la situation déplorable faite jusqu'à ce jour au corps de santé militaire.

— M. Laussedat indique également l'état des travaux de la commission des eaux minérales.

— M. Tiersot donne des renseignements sur les travaux de la commission nommée pour examiner le projet de loi concernant les commissions administratives d'assistance publique (projet Plessier).

— M. Moreau appelle l'attention sur la situation de la pharmacie dans les hôpitaux de province et sur les réformes à y introduire pour faire observer les prescriptions de la loi.

— M. Mollien parle à son tour de l'exercice illégal de la médecine. Diverses observations sont échangées à ce sujet entre MM. Laussedat, Testelin et Louville.

— M. Lemonnier dépose un travail émanant de la Société des médecins de la Sarthe concernant différentes questions d'intérêt général.

Le secrétaire, LIOUVILLE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

286. Palmade. Considérations sur la carie costale et sur la résection des côtes.
287. Raulin. Des fractures incomplètes chez les enfants.
288. Bellet. Considérations sur les fractures simples des membres chez les enfants, appareil en feutre plastique.
289. Augé. Étude comparative des médicaments tænifuges.
290. Filhoulaud. Des positions occipito-postérieures persistantes et des moyens d'y remédier.
291. Goulard. De l'historique et de l'étiologie de la chorée rhumatismale.
292. Daremberg. De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire.
293. Rousseau. De la vulvite pultacée chez les nouvelles accouchées.
294. Reibel. De la folie puerpérale.
295. Frison. Contribution à l'anatomie pathologique des maladies de la peau (*acné-impetigo*).
296. Ramos da Foncesca. Considérations générales sur les hydrocèles vaginales de l'adulte.
297. Bourdelais. Sur quelques observations de scrofule chez le vieillard.
298. Casabianca. Des affections de la cloison des fosses nasales.
299. Silice. Étude sur le tremblement.
300. Laveau. De la langue noire.
301. Boisseuil. Étude sur la pleurésie des vieillards.
302. Cohadon. Contribution à l'étude du rétrécissement mitral.
303. Grellier. Essai sur les indications thérapeutiques dans les blessures de l'articulation scapulo-humérale par coup de feu.
304. Bonnet. Essai d'une monographie des canellées.
305. Piethiewicz. De la périostite alvéolo-dentaire.
306. Landry. Des principales variétés de paralysies de l'avant-bras.
307. Rousseau. Étude sur le débridement osseux dans les fractures des membres compliquées de plaies.
308. Benoît. Des complications viscérales dans l'ostéite suppurante aiguë spontanée des adolescents, et de leur origine septicémique.
309. Stoupy. De la dilatation athéromateuse de la crosse de l'aorte, essai de clinique et de physiologie pathologique.
310. Meyer. De l'influence des émotions morales sur le développement des affections cutanées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Paris. — M. Rivière, aspirant répétiteur au lycée d'Angoulême, est délégué, à titre provisoire, dans les fonctions de préparateur de zoologie à la faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Lemire, démissionnaire.

— *École de médecine d'Arras.* — M. Leviez, professeur d'anatomie et de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, par M. Leclercq, suppléant d'anatomie et de physiologie à ladite école.

M. Segard, suppléant des chaires de chimie et de pharmacie, est nommé professeur adjoint de matière médicale à ladite école, en remplacement de M. Brégaut, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Lescardé, professeur adjoint de pathologie externe, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Girard, suppléant des chaires de chirurgie, est nommé professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Berriat, démissionnaire.

M. Bisch, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Michaud, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Turel, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'histoire naturelle et de thérapeutique, en remplacement de M. Aribert-Dufresne, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Berger, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de l'école, en remplacement de M. Aribert-Dufresne, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— *Ecole de médecine de Tours.* — M. Dupont, suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

M. Dupont est nommé, en outre, chef des travaux chimiques à ladite école.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Jacquemin, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Oberlin, nommé directeur honoraire.

— M. le docteur Passant, médecin à l'école Monge est nommé officier d'académie.

— *Cours de démographie et de géographie médicale*, au siége de la Société d'anthropologie, à l'École pratique de la Faculté de médecine (15, rue de l'École-de-Médecine). — M. le docteur Bertillon, ancien président de la Société d'anthropologie, commencera son cours *le mardi* 28 *novembre* 1876 *à cinq heures du soir*, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure,

Programme des cours : Statistique des peuples et des races; — influence des climats et des altitudes; — pathologie comparée des races humaines.

— M. le docteur Laurent-Préfontaines continuera son cours sur les maladies des voies urinaires les lundi et mercredi de chaque semaine, à sept heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique.

— A partir du mardi 28 novembre, M. le docteur Picard fera son cours à son dispensaire, 13, rue Suger, à quatre heures au lieu de midi et demi, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique pour servir à l'examen des caractères physiques organoleptiques et chimiques que doivent présenter les préparations pharmaceutiques officinales inscrites au codex, ainsi que pour l'essai des médicaments chimiques, par MM. LEPAGE et PATROUILLARD, pharmaciens de première classe. — 1 vol. gr. in-18. cartonné. Prix : 4 fr. 50. — P. Asselin.

Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. — Paris, 1876. — Prix : 3 francs. — Henri Rey.

De la péritonite iodopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus à travers l'ombilic, par le docteur GAUDEROU. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Introduction du système métrique dans l'ophthalmologie, par le docteur LANDOLT. — In-8° avec figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Notes et impressions d'un voyage dans les Trois Royaumes, écrites au courant du crayon, par le docteur Noël GUÉNEAU DE MUSSY. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vᵉ Adrien Delahaye et Cᵉ.

Tableaux d'histoire naturelle (première partie). — **Zoologie médicale avec atlas et zoologie appliquée (I. Helminthes).** — **Memento des examens du doctorat,** par E. SAUNIER. — Petit in-12 de 60 pages. Prix : 75 centimes. — Paris, 1876, A. Coccoz.

Le Directeur : Dʳ E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 138. — MARDI 28 NOVEMBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 28 NOVEMBRE 1876. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE BICÊTRE. Les épileptiques. — Grossesse de huit mois ; éclampsie, accouchement provoqué en deux heures à l'aide de la main seulement. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

§ 4. — *Épileptiques alcooliques.*

Sous le nom général d'épilepsie alcoolique, j'ai à examiner plusieurs ordres de phénomènes somatiques et psychiques très-différents : le vertige et l'attaque franche d'épilepsie, dans l'alcoolisme aigu, [illegible] coolique ingéré (vin, eau-de-vie ou absinthe); les convulsions épileptiformes, parfois même hystéro-épileptiformes, ou choréo-hystériformes dans l'alcoolisme chronique, et enfin l'épilepsie alcoolique larvée, chez certains héréditaires, sans intoxication aiguë préalable et sans perte de conscience, mais avec impulsions malfaisantes très-dangereuses.

Cette épilepsie spéciale a une marche irrégulière, une forme insidieuse et un mode variable de terminaison, d'abord parce qu'elle est placée sous la dépendance immédiate des abus alcooliques, qui peuvent n'avoir rien de fixe, et parce qu'elle est dominée ensuite par une influence impalpable et souveraine : la prédisposition héréditaire. Lorsqu'une crise convulsive alcoolique s'est produite, en effet, le retour et la prise de possession définitive de l'épilepsie sont subordonnées à une simple question de transmission originelle. L'homme devient alcoolique, mais il naît ivrogne. L'alcoolique guérit ; l'ivrogne est incurable. Que cet alcoolique devienne accidentellement épileptique, et il se rétablira de son alcoolisme et de son épilepsie; mais que cet ivrogne ait des attaques d'épilepsie, et il continuera à boire et à tomber. Il y a plus encore : qu'il soit placé dans l'impossibilité la plus absolue de commettre des excès alcooliques, qu'il fasse, par exemple, un séjour de plusieurs années dans une maison de détention, et l'épilepsie persistera néanmoins.

Selon les hasards de sa naissance, on apporte dans la vie, soit des qualités cérébrales doublées d'une certaine somme de résistance aux éléments pathogéniques et aux incitations mauvaises, soit des imperfections intellectuelles accompagnées de conditions particulières de réceptivité morbide et de tendances anormales.

Sans m'arrêter un seul instant à cet alcoolisme convulsif que Percy a décrit sous le nom d'*ivresse convulsive*, et qui n'est autre que la manie alcoolique suraiguë, je rappellerai que Magnus Huss a observé et décrit de véritables attaques de franche épilepsie dans l'alcoolisme, et que Benoît de Giromagny a déclaré que les convulsions épileptiques des alcooliques pouvaient devenir périodiques, incurables et transmissibles par la voie générative.

La science en était là, en 1864, quand Marcé, s'appuyant à la fois sur l'expérimentation et sur l'observation clinique, est venu démontrer, dans une communication à l'Académie des sciences, que l'essence d'absinthe exerçait une action spéciale sur les centres nerveux et déterminait les phénomènes ordinaires de l'épilepsie classique. [illegible]

Marcé est mort très-peu de temps après, et l'on a singulièrement exagéré depuis, dans les séances de physiologie amusante, à Paris et à Londres, l'importance, la valeur et le caractère des exhibitions de chiens absinthisés et docilement transformés, sous les yeux des spectateurs attendris, en sujets convulsifs *par ordre*, en épileptiques artificiels. Ces nouveaux chiens savants, d'un genre inconnu jusque là, ont été conduits dans le monde et présentés à la fois aux protecteurs éclairés des sciences et des arts, et aux oisifs à la recherche d'émotions !

La clinique, la thérapeutique et la médecine légale n'ont rien gagné à ces jeux innocents de la physiologie expérimentale et de la mécanique appliquée aux phénomènes de la vie. Il se présente malheureusement chaque jour à l'observation des médecins aliénistes un si grand nombre d'individus alcoolisés de bonne volonté par l'absinthe, qu'il a paru superflu de descendre de l'homme au chien. L'art vétérinaire lui-même s'est désintéressé complétement dans cette question de l'épilepsie canine absinthique. Laissons donc de côté les prétentieuses inutilités de la science, et revenons aux choses sérieuses.

A. — *Epilepsie alcoolique proprement dite.* — Il existe une épilepsie toxique peu étudiée encore, dont tous les caractères sont particulièrement reconnaissables, qui conduit souvent aux actes les plus calamiteux, donne lieu à une foule d'appréciations imprévues ou inexactes, et provoque des situations fertiles en embarras. Cette variété s'observe, d'ordinaire, chez les alcoolisés qui, à un jour dit, ont dépassé leur dose habituellement exagérée de boisson. Tout individu, en effet, qui s'enivre de temps en temps, mais qui reste sobre dans l'inter-

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 14 et 23 novembre.

valle de ses excès, est infiniment moins susceptible de présenter des accidents vertigineux ou convulsifs, que celui qui absorbe chaque jour et sans ivresse, une quantité trop forte d'alcool et qui vient à dépasser exceptionnellement son niveau personnel de saturation accoutumée. Elle éclate cependant, mais bien plus rarement, dans le cours de l'alcoolisme aigu, et cela, quelle qu'ait été l'espèce de l'agent toxique. E. Pivion, par exemple, a observé un jeune homme qui à deux reprises différentes, à quelques mois d'intervalle, fut pris d'attaques épileptiques très-caratéristiques, au moment où l'on essayait de le faire sortir du sommeil comateux dans lequel l'avait plongé un excès d'eau-de-vie. J'ai recueilli, de mon côté, seulement en 1876, sept cas d'épilepsie véritable, liée à l'alcoolisme aigu. L'agent toxique avait été trois fois le vin rouge, une fois le vin blanc et l'eau-de-vie, une fois l'absinthe, deux fois le vin, la bière, l'eau-de-vie, l'absinthe, le bitter et le vermouth réunis.

Marfaing a fait remarquer avec une grande justesse, à l'occasion de l'influence exercée par les liquides épileptogènes, que l'absinthisé, dont on a le tort de chercher de plus en plus à faire un type spécial, buvait fréquemment, en même temps que l'absinthe, du vin blanc, du bitter et de l'eau-de-vie. Or, ces dernières boissons pouvant à elles seules déterminer non-seulement des attaques épileptiformes, mais de franches attaques d'épilepsie, comment peut-on, en face du trouble convulsif observé, faire la part clinique de ce qui revient à l'absinthe? Sur quels signes diagnostiques différentiels s'appuiera-t-on pour établir que tel phénomène est certainement dû au bitter et non pas à l'eau-de-vie, au vin blanc et non pas à l'absinthe? Dans les deux derniers cas d'épilepsie alcoolique auxquels je viens de faire allusion, il s'agissait, par le fait d'une singulière coïncidence, de deux jeunes hommes placés depuis peu de temps à la tête de débits de boissons et obligés, disaient-ils, de tenir compagnie au client, de boire avec lui et de prendre la même consommation que lui. Ils n'avaient pas choisi l'agent toxique, ils l'avaient subi au gré du chaland.

Cette promiscuité des boissons alcooliques se retrouve chez la fille publique qui, dans les maisons de tolérance, a mission de faire boire les oisifs pervers qui viennent acheter de l'amour. La malheureuse consomme et fait consommer ce qui doit rapporter le plus de bénéfice au commerçant patenté qui trafique de ses charmes et exploite sa misère, et elle passe indifféremment, dans la même soirée, du vin de Champagne à l'absinthe, du café au grog américain et du vin de Madère au thé au rhum. Vienne une attaque convulsive dans ces conditions, et je laisse à penser s'il sera cliniquement possible de remonter du liquide ingéré au phénomène constaté? Non, il y aura eu une cause toxique, et l'on doit tout simplement l'appeler par son nom : l'alcool.

L'épilepsie alcoolique se manifeste soit par des vertiges et des impulsions subites, soit par des attaques convulsives et de la fureur. Elle ne détermine pas d'accès incomplets, ou du moins je n'en ai jamais observé. Elle ne procède en général que par accès isolés, ou très-peu nombreux, s'arrête d'elle-même, sans traitement, par le fait seul de la sobriété, et peut être ramenée par chaque excès alcoolique nouveau. Elle débute brusquement, lorsqu'elle ne se montre que sous la forme de vertiges et d'impulsions ; mais, quand elle doit se manifester par des attaques convulsives et de la fureur, elle s'annonce souvent la veille ou l'avant-veille par de la céphalalgie, de l'embarras gastrique fébrile, des cauchemars, de l'insomnie, des secousses brusques, du tremblement de la langue, des lèvres et des mains, des bourdonnements d'oreilles, des fourmillements, et une sensation de froid glacial le long de la colonne vertébrale, avec conservation de toutes les facultés intellectuelles. Magnus Huss a quelquefois observé, dans cette phase prodromique, des troubles de la vision, des scintillements, des éclairs, des mouches volantes, des taches noires devant les yeux, des amauroses subites d'une durée de quelques secondes, des éblouissements et des défaillances syncopales. Qu'on le sache bien : dans l'alcoolisme, le vertige a très-souvent le caractère de la syncope, et non pas celui de la congestion. Ce signe différentiel peut acquérir à l'occasion une valeur sérieuse.

En 1873, j'ai été consulté par un homme de soixante-deux ans, passant pour être très-sobre, et qui plusieurs fois avait éprouvé à son cercle, dans la rue ou chez lui, des défaillances syncopales absolument inexpliquées. On avait cru à des menaces graves du côté du cerveau, et l'on avait institué une médication anti apoplectique et un régime diététique approprié. Sa famille était effrayée. En examinant ce malade, je notai des anesthésies partielles, des troubles visuels, des rêvasseries lugubres, de l'insomnie et de vagues anxiétés mélancoliques. Il n'en fallait pas tant pour asseoir une opinion clinique valable, mais la difficulté consistait, en raison de quelques circonstances absolument exceptionnelles, dans l'aveu du diagnostic : *épilepsie vertigineuse alcoolique*. Sur ma demande, je fus mis en rapport avec le médecin ordinaire de la famille ; et ce fut lui qui, avec des précautions infinies, parlementa, sollicita des confidences qui n'aboutirent d'abord qu'à des négations, et qui finirent par éviter de compromettre un mari infidèle. Le fait des excès alcooliques, sans ivresse, au domicile d'une ancienne maîtresse, fut avoué. Le malade modifia ses habitudes et guérit sans traitement.

Le vertigineux alcoolique se sent invariablement porté à rapper autrui ou à se frapper lui-même, et il peut passer sans transition du calme à la turbulence, de l'attitude la plus inoffensive à l'agression la plus périlleuse. Il semble qu'il soit mû par un ressort, par quelque chose comme un appareil mécanique, tant ses déterminations sont instantanées.

Causant un jour avec l'un de ces malades, dans une cellule de l'infirmerie spéciale près la préfecture, le fixant et épiant ses moindres mouvements, j'ai reçu sur la face, un coup de poing extrêmement violent, sans que j'aie eu le temps de me reculer ou de parer avec le bras cette voie de fait, sinon prévue, du moins considérée comme possible.

A l'appui de cette soudaineté impulsive, je peux rapporter quelques exemples concluants.

Jean-Jules F..., ex-gardien de la paix, âgé de trente-cinq ans, sujet à des accidents alcooliques, rentre à son domicile, aux Batignoles, à neuf heures du soir, quand tout à coup, sans provocation aucune et sans motif appréciable, il se jette sur un individu marchant paisiblement devant lui et il le frappe à outrance. Conduit au poste, il ne peut point fournir d'explications, bien que n'étant pas ivre. Le lendemain, au dépôt de la préfecture, il déclare ne point se souvenir du fait qui lui est imputé. — Un autre jour, il entre chez un concierge qu'il ne connaît pas, brise une soupière qui est sur la table et s'en va. — Une troisième fois, il cherche à se pendre et n'y parvient pas. Enfin, l'an dernier, il met le feu à deux chaises, dans sa chambre, sort précipitamment et se fait arrêter pour violences sur la personne d'un militaire.

Lorsque je l'interrogeai de nouveau, il était déjà redevenu calme, lucide, raisonnable, rempli de bonnes intention apparentes, n'osant pas nier les faits qui étaient à sa charge, mais affirmants qu'il ne se les rappelle pas, qu'il boit infiniment moins qu'un autre, mais qu'avec deux verres de vin il a « des montées », et qu'alors il n'est plus maître de lui.

M..., ouvrier ciseleur, âgé de vingt-neuf ans, s'adonne à la boisson et a de temps en temps des accidents vertigineux et convulsifs, qui appartiennent cliniquement à l'épilepsie alcoolique. Il est paresseux, irritable, pervers, mais intelligent. Un jour, chez un marchand de vin, il saisit soudainement une bouteille et la brise sur la tête d'une jeune fille qui venait d'entrer, qu'il n'avait jamais vue et à laquelle il n'avait pas encore eu le temps d'adresser la parole. Il est envoyé à Bicêtre, se rétablit dans l'espace de quelques jours, mais ne sort qu'au bout de trois mois. Il va voir sa victime, à peine convalescente alors, et lui fait accepter une légère indemnité.

Un an s'écoule, et M..., devenu momentanément sobre, n'éprouve rien de morbide. Il reprend ses excès alcooliques anciens, et ne tarde pas à avoir ce qu'il appelle « des étourdissements ». Il passe un matin dans la rue de la Glacière et frappe violemment au visage, une femme qu'il rencontre : il lui brise deux dents. Cette femme, il ne la connaissait point. Réintégré à Bicêtre et déjà presque guéri, il réclame ardemment sa sortie dès son entrée dans nos salles. On le soumet à la plus minutieuse surveillance, et comme l'on ne constate ni délire, ni épilepsie, on le rend à la liberté, après quatre mois et demi de séquestration.

L'attaque d'épilepsie alcoolique ne diffère pas sensiblement de l'attaque d'épilepsie idiopathique, ou n'en diffère pas du tout. Elle n'acquiert une haute gravité pronostique que lorsqu'elle apparaît dans un état suraigu d'alcoolisme et qu'elle se renouvelle dix, quinze ou vingt fois dans l'espace de quelques heures ou dans la même journée. La mort alors se fait peu attendre.

En général, après l'attaque convulsive, l'épileptique alcoolique s'agite, gesticule, crie et vocifère ; il est inquiet, effrayé, terrifié ; son œil brille comme un diamant, ses muscles labiaux, sa langue et ses mains tremblent. Il voit des poux, des puces, des souris, des chats, des serpents, des chiens, des tigres, des lions, des fantômes et des spectres ; il entend une sonnerie, des grincements de serrures, des trompettes, la fusillade, le tocsin, des milliers de voix autour de l'échafaud dressé pour lui, des chants funèbres, des coups de canon, et il entend même clouer son cercueil. S'il n'est pas solidement maintenu, il cherche à fuir, frappe indistinctement autour de lui, ne reconnaît plus personne, se blottit sous son lit, se précipite par la fenêtre, monte sur un toit, se jette dans le puits, s'arme de tout ce qu'il trouve, et, comme il croit défendre sa vie menacée, il s'acharne dans la lutte et s'épuise dans la violence.

Au milieu de sa plus grande agitation et de tout son délire sensoriel, le malade a conservé une certaine notion de son identité et une cohésion relative d'idées. Il répond avec quelque justesse lorsqu'on l'interpelle, et peut encore fixer son attention pendant de courts instants. Enfin, après sa réhabilitation intellectuelle, il se souvient de ses emportements, de ses fausses sensations, de ses terreurs imaginaires et même de la plupart de ses actes extravagants, mais sa crise épileptique est passée inaperçue pour lui. Il ne se la rappelle pas.

Après une orgie, une fille publique a une attaque d'épilepsie alcoolique, revient à elle, se sauve dans la rue, arrive à un quai, se précipite dans la Seine et est immédiatement sauvée. Je l'interroge le lendemain, et je constate une parfaite lucidité et une mémoire tristement heureuse jusqu'au moment de l'accès convulsif, puis elle s'arrête et ne sait plus rien. J'insiste et enfin elle ajoute : « Je me souviens que j'ai tout à coup ressenti une fraîcheur, mais c'est tout. »

Les tentatives de suicide sont très-fréquentes dans cet état, mais elles ne réussissent pas, dans la proportion des deux tiers, à amener la mort. Beaucoup d'entre elles ne produisent même que d'insignifiantes blessures. Enfin j'ai remarqué et souvent noté que lorsqu'un épileptique alcoolique commettait un meurtre, il tentait aussitôt de se suicider. On a vu qu'après le crime commis par un épileptique ordinaire, ce fait n'avait jamais lieu. Il y a là un caractère différentiel, qui a une telle valeur, qu'il explique assez souvent plus d'un drame domestique prétendu mystérieux. En face de la muette constatation de deux cadavres, alors que le champ est ouvert à toutes les hypothèses défavorables à la victime homicidée, il importe entre autres choses, lorsque cela est possible, de suivre la piste de l'alcool, des phénomènes hallucinatoires, de l'impulsion pathologique, des vertiges, des attaques convulsives et de la fureur. Mais le suicide de l'assassin arrête le cours de la justice, l'autorité verbalise et un dossier de plus est enfoui dans les cartons administratifs.

Lorsque le meurtrier est simplement blessé, survit et peut parler, l'explication se fait peu attendre, mais une grande difficulté est souvent créée. S'il ne s'est fait qu'une légère blessure, il est dirigé sur le dépôt de la préfecture, pansé et soigné. Il est possible à ce moment d'avoir une opinion sur son état mental véritable, mais on oublie souvent de la solliciter, et, au bout d'un temps qui varie entre cinq jours et deux mois, selon les phases de l'instruction, une expertise aliéniste est ordonnée. Or, les troubles intellectuels ont à ce moment disparu depuis longtemps.

Lorsque l'assassin a une blessure grave, il est transporté dans un hôpital et consigné. Dès qu'on le sait en voie sérieuse de rétablissement chirurgical, l'expert arrive et ne peut plus constater de désordres de la raison. Au jour de l'audience, des tergiversations ou des contradictions médicales se produisent et impressionnent fâcheusement tout le monde. C'est qu'il ne peut y avoir, en effet, de scientifiquement valable, que l'avis médical qui a été fourni *à l'époque la plus rapprochée du crime.* Dans l'espèce, la sûreté des décisions judiciaires repose là-dessus. Aussi, la première séance de l'expertise devrait-elle, à mon avis, avoir lieu dans les vingt-quatre heures qui suivent l'arrestation de l'inculpé et être prescrite d'urgence par le parquet, avant la distribution de l'affaire dans les cabinets d'instruction.

L'épilepsie alcoolique se montre fréquemment aussi routinière dans ses manifestations que l'épilepsie idiopathique. Chaque dose exceptionnelle d'alcool, en dehors de l'usage immodéré qui est fait chaque jour et qui n'amène pas d'ivresse, peut ramener les mêmes vertiges et les mêmes impulsions, ou la même attaque convulsive et la même fureur, les mêmes agressions homicides et les mêmes tentatives de suicide. La sobriété seule détermine la cessation absolue de tous les accidents toxiques, somatiques ou psychiques. Le cas suivant m'a particulièrement frappé :

Un sieur G..., âgé de trente-neuf ans, compositeur d'imprimerie, travaille depuis vingt-cinq ans dans la même maison. C'est un ouvrier modèle. On sait qu'il boit beaucoup, mais il n'est jamais ivre. Il résiste à l'alcool, paraît indemne et s'imbibe avec la conviction d'une innocuité acquise. Il perd, dans l'espace de dix-huit mois, tous les membres de sa famille. Il aimait beaucoup sa femme et conservait religieusement ses anciens vêtements. Par une nuit pluvieuse, il est arrêté à la gare d'Ivry habillé en femme et portant sous ses jupes une peau de mouton. On crut à une participation à quelques clandestines et infâmes débauches. Je l'interroge le lendemain et le trouvai très-calme, très-intelligent et ayant toutes les apparences d'une sincérité de bon aloi. Il m'apprit qu'à des époques irrégulières il se levait inconsciemment la nuit, revêtait les anciens effets de sa femme, sortait de chez lui et vagabondait au hasard pendant plusieurs heures. Il reprenait connaissance et revenait tout honteux à son domicile. J'établis la probabilité d'accidents épileptiques d'origine alcoolique,

et il fut rendu à la liberté. Son patron apprit que G... avait été jugé épileptique et, tout en étant très-heureux de voir revenir à l'atelier un collaborateur aussi précieux, il ne put s'empêcher de sourire en songeant à cette épilepsie qui, depuis vingt-cinq ans, ne s'était jamais révélée, alors que G... remplit chez lui une mission de confiance, qu'il arrive à six heures du matin et qu'il ne quitte sa maison qu'à dix ou onze heures du soir! Quinze et dix-huit mois s'écoulèrent et G... tomba un jour dans les ateliers, eut une attaque convulsive et un accès de délire furieux qui dura trois heures. Six hommes eurent de la peine à le contenir.

M. D..., imprimeur, se le tint cette fois pour dit, et c'est lui-même qui m'a récemment fait part de ce qui s'était passé.

G... a conservé sa place. Il boit beaucoup moins et ne paraît pas malade.

Valleix a pensé que les hallucinations terrifiantes qui se produisent chez les alcooliques pouvaient devenir la cause occasionnelle d'une première attaque d'épilepsie. Ce fait est loin de me paraître impossible. Tissot n'a-t-il pas rapporté le cas de ce maçon troublé et agité, qui, dans son cauchemar alcoolique, se crut poursuivi par un taureau furieux, se réveilla glacé d'effroi et éprouva, un quart d'heure après, une violente crise de mal comitial?

GROSSESSE DE HUIT MOIS. — ÉCLAMPSIE.

ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ EN DEUX HEURES A L'AIDE DE LA MAIN SEULEMENT,

Par M. le docteur E. Leriche (de Mâcon),
Médecin en chef de l'Asile départemental de Saône-et-Loire,
Lauréat de la Faculté de Paris.

Une observation d'accouchement artificiel chez une éclamptique, due à M. Braillon (de Nesle), publiée en avril par la *Gazette des hôpitaux* et reproduite en juin par les *Archives de tocologie*, une autre donnée en août à la *Gazette des hôpitaux* par M. Triaire (de Tours), m'ont engagé à faire connaître le cas suivant; il me paraît devoir quelque intérêt à la simplicité et à la rapidité de la manœuvre employée, bien que, en raison de circonstances inéluctables, celle-ci n'ait pu sauver ni la mère ni l'enfant.

Le 10 novembre 1873, je fus appelé à Cluny pour la femme L..., âgée de vingt ans, primipare, enceinte de huit mois. On me mandait que la malade, en proie depuis quelque temps à des crises d'éclampsie, était sans connaissance depuis deux heures de l'après-midi. J'arrivai à onze heures du soir. Je trouvai cette malheureuse dans le coma, avec des crises subintrantes, presque sans rémissions. L'œdème des membres inférieurs, de la vulve et de l'hypogastre, était énorme, tandis que l'utérus était placé en forte antéversion; il en résultait que, non-seulement la main ne pouvait pénétrer que très-difficilement à travers la vulve, mais encore ni la sage-femme, ni un médecin expérimenté appelé avec elle n'avaient pu arriver à toucher le col, très-élevé et très-porté en arrière.

A force de patience, je parvins à atteindre l'organe, et je constatai qu'il n'y avait aucun commencement de dilatation de l'orifice interne; l'orifice externe était seul à peine entr'ouvert, et la lèvre antérieure du col était très-tuméfiée.

La patiente était très-anémique, ce qui excluait toute idée d'émission sanguine; de plus, l'enfant était mort depuis un temps qu'on n'a pu me préciser; l'indication était donc de provoquer l'accouchement par un moyen très-rapide.

Ayant par hasard lu la veille une note du professeur Stoltz, qui recommandait, pour la dilatation prompte du col, d'employer une pince à polype dont on entr'ouvrait les branches progressivement, je m'étais muni de cet instrument.

Je commençai par chloroformer ma malade, ce qui amena quelque rémission dans l'intensité et le rapprochement des crises, et me permit d'opérer. Il fallait d'abord corriger l'antéversion pour rendre le col accessible. Pour cela, refoulant le corps de l'utérus en arrière par la main gauche appliquée sur l'abdomen, j'accrochai la lèvre antérieure du col avec l'index de la main droite, et, après de pénibles efforts, je parvins à ramener le col à peu près dans l'axe du vagin.

Ce premier temps, en raison de la force qu'il m'avait fallu déployer, avait produit un léger commencement de dilatation, permettant au bout de l'index de pénétrer avec effort dans l'orifice interne. J'essayai alors d'appliquer la pince à polype pour continuer la dilatation; mais l'œdème des parties génitales était tel, les doigts introduits dans le vagin étaient si serrés, qu'il me fut impossible de faire manœuvrer l'instrument.

Force fut de m'en tenir à ma main. A force de tirailler la lèvre antérieure avec l'index mis en crochet, je sentis que ce doigt devenait plus libre dans l'orifice; je parvins bientôt à introduire à côté de lui le médius, et ces deux doigts, agissant par écartement plus commodément que n'aurait fait la pince, firent peu à peu la place pour un troisième. En même temps que l'utérus s'ouvrait, le vagin se dilatait sous la pression de mon poignet. J'arrivai lentement à introduire toute la main dans l'utérus, et, crevant les membranes, j'exécutai la version podalique (l'enfant se présentait en O.I.G.A.). La manœuvre tout entière avait duré *juste deux heures*.

L'énergie que j'avais dû dépenser pendant tout ce temps m'avait énormément fatigué la main et le bras. Heureusement, le délivre mit longtemps à se décoller, et je pus me reposer, en baignant mon bras dans de l'eau froide. Par suite de l'inertie utérine, la délivrance ne put être faite qu'une heure après l'accouchement; il y eut un peu d'hémorrhagie; mais, sous l'influence des frictions abdominales, l'utérus revint assez bien sur lui-même.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, il y eut une suspension des crises, qui, sous la triple influence de la chloroformisation, de l'accouchement et de l'hémorrhagie, se prolongea encore une heure après la délivrance, c'est-à-dire deux heures après l'accouchement. La respiration, de stertoreuse, était devenue calme; mais la malade ne recouvra pas ses sens. Une crise peu forte survint au bout de ces deux heures; une autre crise plus intense revint une heure après la première, puis une autre un quart d'heure plus tard, et bientôt les crises subintrantes recommencèrent.

Je repartis à six heures du matin, laissant ma malade dans un état désespéré; j'appris ensuite qu'elle était morte le cinquième jour après l'accouchement, sans avoir repris connaissance.

Je n'ai pas précisément la prétention d'avoir innové : tout le monde a plus ou moins employé l'effort des doigts pour activer la dilatation du col; mais, commencer et faire *toute* la dilatation à l'aide des doigts, et provoquer ainsi l'accouchement avant terme dans un *délai beaucoup plus prompt* que celui nécessité d'ordinaire par les autres moyens, c'est ce dont je n'ai vu rapporter nulle part ni le précepte ni l'exemple.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 novembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Épidémie de tétanie. — M. Magnan complète la communication faite dans la dernière séance par M. Regnard, relativement à une épidémie de tétanie observée à Gentilly (1).

Le premier enfant frappé, fut une petite fille de dix ans; le 15 juillet elle fut prise, dans la main droite, de contracture; les doigts étaient fléchis sur la main, le poignet légèrement fléchi sur l'avant-bras. Le poignet, le coude et même l'épaule étaient douloureux. Les accès duraient d'une demi-heure à une heure; dans l'intervalle des accès, les mouvements étaient possibles, mais difficiles.

(1) Et non à Chantilly, comme nous l'avons dit par erreur dans notre dernier compte rendu.

En août, cette petite fille eut plusieurs accès, ainsi qu'en septembre et en octobre. Le 11 novembre la jambe droite fut prise à son tour. Le 16, on constatait chez elle, une grande amélioration. Le 23, elle était à peu près guérie.

La seconde malade est également une petite fille de dix ans, qui fut prise, le 10 octobre, dans les deux mains. La troisième, âgée de douze ans, fut prise, le 7 novembre, dans les deux jambes. Elles furent toutes deux rapidement guéries. La quatrième, âgée de dix ans, fut prise dans les deux mains. La cinquième, âgée de huit ans, fut prise d'accidents convulsifs, de perte de connaissance, de convulsions toniques et cloniques. Elle avait été vivement impressionnée par la vue des autres malades.

Voilà une première série de faits dans lesquels les cas avaient été pour ainsi dire isolés. Mais ce fut le 13 novembre qu'éclata une véritable épidémie. En effet, dans ce même jour, on constata huit cas de tétanie dans la même classe. Toutes les autres petites filles en furent très-vivement impressionnées, et le lendemain on vit se produire onze nouveaux cas de tétanie. L'école fut aussitôt fermée, et, dans les dix-neuf cas qui se développèrent le 13 et le 14 novembre, toutes les malades ont été promptement guéries.

On n'observa pas un seul cas de tétanie dans les autres écoles de filles, ni à l'école des garçons voisine de celle des filles où fut observée cette épidémie.

On commençait déjà à parler d'influences mystérieuses, de quelque sort jeté sur la maison, si bien que l'imagination de toutes ces petites filles fut frappée et se trouva dans une disposition particulière qui, certainement a pu être pour quelque chose dans le développement de cette épidémie. En résumé, la crédulité des enfants, les idées bizarres dont elles étaient frappées, la cessation de tous ces accidents après la fermeture de l'école peuvent faire admettre qu'il s'est passé là quelque chose d'analogue aux épidémies par imitation observées chez les convulsionnaires des dix-septième et dix-huitième siècles, par exemple.

Phénomènes de sidération produits par une irritation des nerfs laryngés. — M. CHARCOT complète également la communication qu'il a faite dans la dernière séance, relativement à ces faits de sidération toujours consécutifs à un accès de toux. Il est disposé à admettre que ces phénomènes doivent être rapportés à une irritation des nerfs, du larynx et en particulier du pneumo-gastrique. M. Bert a démontré, en effet, que si l'on coupe chez un animal le nerf pneumo-gastrique et que l'on en excite expérimentalement le bout central, on produit non-seulement un arrêt des mouvements respiratoires, mais encore l'animal demeure immobile, comme foudroyé. Il se fait là une sorte de sidération du système nerveux entraînant la mort subite. M. Bert a rappelé que chez l'homme on observait des cas analogues.

M. Charcot rapproche ces faits de ceux dans lesquels les mêmes accidents se produisent, par suite de la présence d'un corps étranger dans le larynx ou à la suite de cautérisations ammoniacales du larynx, qui, comme on sait, ont été préconisées pendant un certain temps pour le traitement de l'asthme.

M. GELLÉ rapporte un fait qui a été observé par M. le docteur Colin (de Vaugirard). Il s'agit d'un homme de soixante-huit ans, emphysémateux, qui, pendant qu'il était à table, fut pris, en riant, d'un accident analogue à ceux dont vient de parler M. Charcot; son visage se congestionna subitement; il rougit, devint violet, puis cet homme tomba le nez dans son assiette et resta ainsi immobile, sans connaissance. Il revint à lui et ne succomba que longtemps après à une broncho-pneumonie.

M. Gellé dit, en outre, avoir observé un fait semblable chez un asthmatique, qui était traité par la cautérisation ammoniacale du pharynx dans le service de M. Monneret.

Dosage de l'urée dans le sang. — M. PICARD, pensant que le point capital pour les recherches physiologiques est d'avoir à sa disposition un procédé rapide et cependant exact, emploie pour la recherche de l'urée dans le sang le procédé employé par M. Cl. Bernard pour l'analyse quantitative du glucose du même liquide. En principe, la méthode consiste à ajouter à un poids de sang un poids égal de sulfate de soude à porter à ébullition, rétablir le poids premier (p) par une quantité suffisante d'eau distillée et filtrer.

Dans la quantité liquide obtenue (p') on dose le glucose, ou on dose l'urée; et, de la quantité contenue dans le poids p', on remonte à la quantité contenue dans le poids total p.

Pour doser l'urée, M. Picard, entre les divers réactifs qui décomposent cette substance, a adopté celui de Milon, quelque peu modifié.

Le dispositif qu'il emploie lui permet la mesure de l'acide carbonique avec une très-grande exactitude, et, l'appareil une fois installé, l'opération marche sans qu'on ait pour ainsi dire besoin de s'en occuper. Il fixe l'acide carbonique par de l'eau de baryte, et retire ce gaz par la décomposition du carbonate, qu'il effectue dans le vase même où a eu lieu la fixation au moment de la décomposition de l'urée. On prend, par exemple, sang 50 grammes, sulfate de soude 50 grammes; on porte à ébullition; on rétablit le poids et on filtre.

Le poids liquide obtenu $= 50$ grammes.

Dans l'appareil à décomposition de l'urée, ces 50 grammes dégagent 14^{cc} d'acide carbonique, volume qui, après les corrections, est réduit à $13^{cc},12$.

Or, 1^{cc} d'acide carbonique $= 0^{gr}002683$ d'urée pure.

$13^{cc},12$ représenteront $0,002683 \times 13,12 = 0,035$.

Ces 0,035 sont la quantité d'urée contenue dans 25 grammes de sang; en multipliant par 40, on aura l'urée de 1000 grammes de sang.

Dans le cas actuel, $1000 = 1^{gr}400$.

Pour s'assurer de la valeur du procédé et des différences qu'il pourrait, dans ses recherches, considérer comme nulles, M. Picard procède de la façon suivante : il a dosé l'urée dans un sang donné, et dans une portion du même sang il a dosé la même substance, après y avoir ajouté une quantité représentant pour 1000 de sang 0,05 centigrammes d'urée. En opérant ainsi, il a toujours trouvé une augmentation de la deuxième décimale de ses chiffres exprimant la quantité d'urée dans 1000 grammes de sang. Néanmoins, dans les analyses qu'il a faites, il n'a jamais tenu compte de différences ne portant pas sur la première décimale.

Tératologie. — M. JOUSSET présente une tumeur du volume du poing, qui a été extraite d'un utérus après un délivre. Cette tumeur forme une sorte de sac contenant une masse viscérale. En dehors de cette masse de viscères, on n'y trouve rien qui puisse donner l'idée d'un fœtus. Cependant la peau qui l'enveloppe est parfaitement organisée et très-complétement développée. On y trouve même des poils. M. Jousset fera de cette tumeur une dissection approfondie et en fera connaître les résultats à la Société.

A cinq heures et quart, la Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1876. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LIBERMANN présente deux malades de son service qui ont été atteints de pneumonie caséeuse et de pleurésie purulente, et qui ont été traités avec succès par l'empyème.

M. HÉRARD présente un jeune garçon de dix ans et demi, bien constitué, d'une bonne santé habituelle et dont le corps, et plus particulièrement le tronc et le cou sont couverts de tumeurs congénitales, au sujet desquelles il demande l'avis de ses collègues.

M. BESNIER fait observer que ce malade mérite d'être étudié d'une façon toute spéciale, et fera connaître ultérieurement les résultats de l'examen approfondi auquel il compte le soumettre.

COMMUNICATION

Épidémie de fièvre typhoïde. — M. BESNIER, suivant l'engagement qu'il a pris vis-à-vis de la Société, fait connaître le résul-

tat de ses nouvelles observations sur l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde. Cette épidémie est, en ce moment, arrivée à la période de déclin. Il suffit, pour s'en rendre compte, de consulter les chiffres indiquant le nombre des décès par la fièvre typhoïde dans ces trois dernières semaines. Ces chiffres sont pour la première semaine de 171, pour la seconde de 150, pour la troisième de 103. Si l'on consulte le mouvement dans les hôpitaux, depuis le mois de juillet, on voit que le nombre des malades entrés pour la fièvre typhoïde, a été en juillet de 77, en août de 213, en septembre de 424, puis en octobre de 324; on voit avec quelle rapidité s'est accrue, puis a décliné l'épidémie. La moyenne de la mortalité qui en septembre était de 35 pour 100 et est tombée en octobre à 24,62 pour 100.

M. Besnier ne peut encore donner des chiffres complets relativement au mois de novembre.

Il donne lecture ensuite d'une note qui, sur sa demande, lui a été communiquée par M. Mayet, médecin de l'Hôtel-Dieu (de Lyon). Cette note a surtout pour but de faire connaître les résultats comparés de traitement de la dothiénentérie par la méthode de Brand et par les méthodes ordinaires. Elle comprend une statistique sur les terminaisons de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Lyon, du 1er janvier 1872 au 30 septembre 1876.

M. Mayet rappelle que la méthode de Brand fut introduite à Lyon vers la fin de l'année 1873, sur la proposition du docteur Franz Glénard, alors interne des hôpitaux de cette ville, qui l'avait étudiée pendant son séjour à Stettin. Les premiers essais, qui furent faits par les médecins de l'hôpital de la Croix-Rousse, et en particulier par M. Faivre, furent suivis de résultats encourageants. M. Glénard réunit 47 cas observés à l'hôpital ou dans la ville, tous traités par les bains froids et tous terminés par la guérison. Ce chiffre, beaucoup trop beau de 47 succès sur 47 cas, s'explique par ce fait qu'il a été dû à une série exceptionnellement favorable. Toutefois, la plupart des médecins de Lyon se promirent de continuer l'expérience. Quelques-uns montrèrent pour la méthode une défiance marquée. En somme, elle fut regardée par la plupart des chefs de service comme donnant des résultats plus favorables que toutes les autres méthodes de traitement. C'est dans ces circonstances qu'éclata avec la plus grande intensité l'épidémie qui sévit à Lyon, en avril et mai 1874.

Trois services spéciaux furent créés à l'Hôtel-Dieu et à la Charité pour le traitement des typhisants par les bains froids. Celui des hommes fut confié au docteur Chavannes, celui des enfants au docteur Perroud, et celui des femmes au docteur Mayet. A l'hôpital de la Croix-Rousse, il ne fut pas créé de service spécial, et chaque médecin traita ses typhisants à sa guise.

Dans le service de M. Mayet, bien secondé par le docteur Weil, alors son interne, 55 malades furent traités pour la fièvre typhoïde; les observations de ces malades, ont été scrupuleusement recueillies. Les résultats obtenus furent consignés dans la *Gazette hebdomadaire* de Paris. Sur 55 cas, tous graves (les cas légers ou moyens continuèrent à être traités dans les autres services), il n'y eut que 9 décès, soit un peu plus 16 pour 100. M. Chavannes, sur 30 cas, compte 6 décès, soit 20 pour 100. Mais la communication de M. Chavannes fut faite prématurément. Depuis, paraît-il, sa statistique s'est modifiée et est devenue beaucoup plus favorable à la méthode de Brand. Dans le service de M. Perroud, dont les observations ont été publiées par son interne M. Cayla, tous les enfants typhisants, gravement ou légèrement atteints, furent soumis sans distinction aux bains froids, qui furent toujours très-bien tolérés par eux. Sur 59 sujets traités ainsi, il n'y eut que 3 décès, soit 5 pour 100.

M. Mayet, en rappelant ces premiers essais, exprime le regret qu'ils n'aient pas été l'objet d'attention et de discussion plus approfondie de la part des médecins des hôpitaux et du journalisme de Paris.

M. Mayet n'a publié ce premier travail, dans la *Gazette hebdomadaire*, que comme une introduction à l'étude raisonnée des indications et contre-indications de la méthode. Il a continué depuis, ainsi que plusieurs de ses collègues, ses expériences, et peut aujourd'hui fournir une base solide à l'étude de cette question.

Le nombre total des cas de fièvre typhoïde terminés dans les hôpitaux de Lyon depuis cinq ans, est de 1,269. Pendant les deux années où la méthode de Brand n'a pas été employée ou ne l'a été qu'exceptionnellement, la fièvre typhoïde a fourni un nombre médiocre de cas, mais la mortalité a été relativement très-élevée.

En 1872, 181 cas de fièvre typhoïde ont donné 48 décès, soit, 26,50 pour 100.

En 1873, 205 cas ont donné 54 décès, soit 26,34 pour 100. Pendant cette année, 9 malades seulement ont été traités par les bains froids; les 9 ont guéri.

En 1874, en pleine épidémie, on trouve le chiffre énorme de 712 cas, sur lesquels on compte 80 décès, soit 11,23 pour 100.

Sur ces cas, 279, soit à peu près 39 pour 100 du nombre total, ont été soumis au traitement par les bains froids; ils ont fourni 36 décès, soit 9,31 pour 100, tandis que les cas non soumis aux bains, au nombre de 433, ont donné 54 décès, soit 12,47 pour 100.

Cette différence entre les deux mortalités, quoique n'étant que de 2,16 pour 100, a une très-grande valeur, si l'on songe que les bains froids ont été réservés pour les cas les plus graves.

En 1875, au grand regret de M. Mayet, le zèle de ses confrères s'est un peu refroidi pour les bains froids, cependant la statistique n'en démontre pas moins l'excellence de la méthode. On compte dans cette année 168 cas, dont 31 décès, soit 18,45 pour 100. Les bains froids ne sont plus administrés que chez 34 sujets et dans les cas les plus graves; or, malgré cette mauvaise condition, la mortalité des malades soumis à cette méthode n'est que de 17,64 pour 100, c'est-à-dire inférieure à celle des sujets non soumis à la méthode de Brand.

Pendant les trois premiers trimestres de 1876, les hôpitaux de Lyon donnent 104 cas de fièvre typhoïde. Les décès, au nombre de 19, donnent la proportion de 18,26 pour 100. Les sujets soumis aux bains froids sont au nombre de 22, sur lesquels on compte 4 décès, soit, 18,15 pour 100. Les sujets non soumis aux bains donnent 15 décès, soit, 18,29 pour 100. La différence est insignifiante, mais il faut tenir compte que ce sont toujours les cas les plus graves qui sont soumis aux bains froids.

En résumé, M. Mayet croit pouvoir émettre sans contestation possible l'affirmation suivante :

Les sujets soumis aux bains froids répétés, quoique choisis parmi les plus gravement atteints, ont fourni constamment, depuis le commencement de 1874, une mortalité inférieure à ceux qui ont été traités autrement.

Enfin, M, Mayet appelle tout particulièrement l'attention de ses collègues de Lyon sur cette seconde conclusion qu'il croit pouvoir tirer des chiffres ci-dessus énumérés:

La mortalité des typhisants a été croissante dans les hôpitaux de Lyon, depuis que le nombre des sujets soumis à la méthode de Brand a été décroissant.

Fièvre typhoïde. — M. MILLARD présente des pièces anatomiques qui ont été recueillies chez un malade qui a succombé rapidement à une fièvre typhoïde. Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans qui est entré dans son service le 14 novembre, malade depuis plusieurs jours, ayant accusé des habitudes alcooliques. Cet homme présenta bientôt les caractères d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique. Le 20 novembre, on put constater sur son corps la présence de véritables taches de purpura simplex. Il n'y avait eu aucune espèce d'hémorrhagie, pas même d'épistaxis. Mais ce qu'il y avait de particulier chez ce malade, c'était un météorisme énorme et qui résistait à tous les moyens employés pour le combattre.

Le 22 novembre apparut sur le ventre de l'ecthyma. Puis on put constater au sacrum la présence d'une eschare assez importante. Le malade succomba très-rapidement, beaucoup plus rapidement que ne l'avait prévu M. Millard.

A l'autopsie, outre les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, on trouva une perforation du gros intestin qui avait été favorisée par une disposition congénitale vicieuse consistant en un rétrécissement du gros intestin qui siégeait au niveau de l'union du côlon transverse avec le côlon descendant.

M. FÉRÉOL pense que, dans ce cas, les habitudes alcooliques du malade peuvent avoir été pour quelque chose dans la production de ce purpura.

M. GUYOT a eu l'occasion de constater comme complication du début d'une pièce typhoïde qui a emporté le malade en l'espace de six jours l'apparition d'un pemphigus.

M. BUCQUOY pense que chez ce malade le début de l'affection remontait à une époque plus éloignée que celle qu'il avait lui-même, indiquée.

M. PROUST a eu l'occasion, il y a une quinzaine de jours, d'observer un enfant, qui dans le cours d'une fièvre typhoïde a succombé à des accidents d'apoplexie pulmonaire. Cet enfant qui avait eu d'abondantes épistaxis a présenté à une certaine époque de la maladie des plaques sur la peau. La mère de cet enfant ainsi que deux autres de ses enfants ont été successivement atteints par la fièvre typhoïde, elle a succombé à des accidents de gangrène pulmonaire, l'un des deux autres enfants est mort également. M. Proust qui fait faire en ce moment une enquête dans l'habitation de ces malades complètera ultérieurement ces renseignements.

M. LABOULBÈNE dit avoir perdu deux malades de la fièvre typhoïde ayant présenté des conditions particulières, ces deux malades semblaient succomber à des accidents d'hémorrhagie interne; or l'autopsie a montré qu'ils avaient succombé tous deux à une perforation intestinale. Ils n'avaient pourtant présenté aucun des signes habituels de cette complication.

Anémie grave, dite essentielle pernicieuse. — M. FERRANT rapporte l'observation d'une malade qui a succombé à une anémie profonde, dite essentielle pernicieuse. Cette malade qui avait toujours joui d'une bonne santé, mais qui se trouvait dans de mauvaises conditions hygiéniques, est devenue enceinte. Au mois d'août, c'est-à-dire au cinquième mois de cette grossesse, elle fut prise de vomissements et d'une diarrhée incoercible. Elle entre, à cette époque, à l'hôpital Beaujon, déjà très-anémiée, dyspeptique, atteinte d'une diarrhée pernitante, très-pâle, offrant une décoloration de tous les tissus. Son ventre était peu sensible, mais les parois étaient d'une telle minceur qu'on percevait avec la plus grande facilité les mouvements du fœtus. On constatait un bruit de souffle au cœur et dans les gros vaisseaux du cou. Les autres organes paraissaient normaux. La diarrhée alla toujours en augmentant malgré tous les moyens employés pour la combattre; le 10 septembre la faiblesse, était extrême, la pâleur excessive, le pouls était accéléré; il y avait déjà de l'hydropisie. Le 17 septembre, elle fut soumise aux inhalations d'oxygène, le 18, elle accoucha d'un fœtus mort; elle perdit peu de sang, mais elle fut atteinte les jours suivants d'une leucorrhée extrêmement abondante, il ne survint d'ailleurs aucune complication imputable à la grossesse et à ses suites. Du 22 au 27 septembre, la température oscillait entre 38°,6 et 39°, le pouls entre 160 et 120; la pâleur était de plus en plus accentuée et tirait sur une teinte verdatre, la diarrhée continuait toujours. Le 28, nouvelle inhalation d'oxygène. Du 29 septembre au 10 octobre, la température monte à 40°, le pouls à 120, le nombre des respirations va diminuant, on constate de l'anasarque; pas d'albumine dans les urines. La voix devient de plus en plus faible. La diarrhée persiste toujours, la malade tombe souvent en syncope. L'examen du sang, pratiqué par M. Hayem, y révèle les caractères anatomiques de l'anémie extrême, pourtant avec les modifications qu'y détermine le traitement par les ferrugineux c'est-à-dire que les globules étaient très-rares, mais riches en hémoglobine. (Voyez comptes rendus de la Société de biologie, *Gazette des hôpitaux* n° du 7 novembre 1876.)

Le 11 octobre, on pratiqua la transfusion du sang à l'aide de l'appareil de M. Colin, on injecta 120 grammes de sang, l'opération fut faite le matin à dix heures. Peu après, la température tombait à 37°, le pouls à 84, le soir la température était remontée à 38°, puis à 40°; la malade meurt à onze heures du soir.

L'autopsie fut, pour ainsi dire, absolument négative, tous les organes étaient seulement profondément anémiés.

M. HÉRARD paraît plutôt porté à croire, qu'il s'agit, dans ce cas, d'une diarrhée chronique ayant amené consécutivement une anémie extrême et un état cachectique qu'à admettre, avec M. Ferrant, que l'anémie a précédé la diarrhée et en a été la cause première.

M. HAYEM fait observer que l'examen anatomique du sang, dans ce cas, n'a révélé que les caractères d'une anémie extrême. On sait que, dans ces cas, sous l'influence du traitement par le fer, les globules présentent une richesse hémoglobine se rapprochant de l'état normal, et que, dans certains cas même, la valeur de chaque globule pris isolément est supérieure à celle des globules d'un homme sain.

M. FERRANT n'a fait que poser une série de points d'interrogation relativement à cette malade, et ne donne pas cette observation comme un exemple indiscutable d'anémie essentielle pernicieuse. Toutefois, il fait observer que, chez elle, la diarrhée était récente alors qu'elle était déjà profondément anémiée.

M. HAYEM dit qu'au point de vue de l'état anatomique du sang et de la déglobulisation progressive, l'affection désignée sous le nom d'anémie pernicieuse progressive est encore un sujet à l'étude.

M. LABOULBÈNE demande dans quel état étaient, chez cette malade, les fibres du cœur? On a dit, en effet, que dans tous les cas d'anémie pernicieuse essentielle ces fibres présentaient des altérations spéciales.

M. FERRANT répond que les fibres cardiaques chez cette malade étaient simplement en voie de dégénérescence graisseuse.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital civil de Saint-Denis. — L'administration de l'hôpital civil de Saint-Denis (Seine) prévient les élèves de l'École de médecine de Paris que la place d'interne de l'hôpital de cette ville sera vacante à partir du 1er janvier 1877.

Elle invite, en conséquence, ceux qui voudraient concourir pour cette place à se faire inscrire à l'économat de l'établissement, chaque jour, de huit à cinq heures, jusqu'au 10 décembre inclusivement.

Les candidats devront justifier de seize inscriptions ou du titre d'externe des hôpitaux de Paris avec douze inscriptions.

A une date qui sera ultérieurement indiquée et après une convocation adressée à chaque candidat, il sera procédé en décembre prochain à un concours composé de trois épreuves.

1° Une épreuve écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ou externe. Cette épreuve sera éliminatrice.

2° Et de deux épreuves orales, l'une sur un sujet de clinique chirurgicale, la deuxième sur un sujet de clinique médicale.

L'interne nommé au concours entrera en fonctions le 1er janvier 1877. La durée de son internat est fixée à trois ans.

Cependant une quatrième année, sur la proposition de son chef de service, pourra lui être accordée par l'administration.

L'interne est logé dans l'établissement, nourri, chauffé, éclairé et reçoit un traitement de 500 francs par an.

— L'École de médecine de Lyon vient de faire une perte considérable en la personne du professeur Foltz, professeur d'anatomie.

— *Corps de santé militaire.* — MM. Meunier et Barthet, médecins-majors de première classe, viennent de prendre leur retraite.

MM. Papillon et Benoît, médecins-majors de deuxième classe, M. Pasquier, médecin aide-major de première classe et M. Gaucher, médecin aide-major de deuxième classe, sont reconnus démissionnaires.

M. Papillon entre comme professeur à la Faculté libre de médecine et de pharmacie en création à Lille.

— *Hôpital du Midi.* — M. le docteur Mauriac, reprendra ses leçons cliniques sur la syphilis, le jeudi 30 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Chaque leçon sera suivie d'instructions pratiques sur le traitement des maladies vénériennes.

Consultation externe le mardi et le vendredi. Revue des malades dans les salles, le mercredi.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide; Arseniate »; Phosphate »; Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal, Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal, Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : CLIN et Ce, 14, RUE RACINE, PARIS.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. FREMINEAU, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie*. Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. DOSE : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. ADULTES : Une cuillère à bouche. ENFANTS : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez DESNOIX et Ce, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Névralgies calmées à l'instant

même par les PILULES antinévralgiques du docteur CRONIER. — 3 fr. la boîte. — Dépôt : Paris, pharmacie LEVASSEUR, 23, rue de la Monnaie.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Maladies de la peau.

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LÉPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris. Se trouvent dans toutes les pharmacies.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLLET (*Chlorate de potasse*) contre les maladies de la gorge, de la voix et de la bouche.

Pharmacie DETHAN, faubourg Saint-Denis, 90, à Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Trois lectures, faites à la hâte, ont occupé la partie disponible de la séance pour le public : l'une de M. Kœberlé (de Strasbourg) sur l'hémostasie et les pinces hémostatiques, à l'égard desquelles l'éminent chirurgien a revendiqué la priorité; la seconde de M. le docteur Gayral (de Carignan), sur un mode d'insufflation pour le traitement des asphyxies, et la troisième de M. Proust sur un fait chirurgical dont il a déduit des enseignements utiles pour la connaissance des localisations cérébrales. Nous exposerons dans notre prochain numéro un résumé de cette intéressante observation. L'Académie s'est formée ensuite en comité secret pour s'occuper de graves intérêts. La séance publique annuelle a été fixée pour la deuxième séance du mois de janvier prochain. Nous avons d'ici là la perspective de plusieurs comités secrets, soit pour la lecture des rapports de prix en retard, soit pour l'étude et le débat des intérêts en question. Il ne s'agit pas moins que de savoir si l'Académie aura ou non un asile et quel sera cet asile... Où qu'il soit, nous le lui souhaitons plus digne d'elle que celui qu'elle occupe en ce moment.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. — Méthode abortive par l'émétique. — Traitement par les purgatifs salins. — Traitement par les toniques. — Traitement par les lotions froides.

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS D'HIVER.

J'ai aujourd'hui vingt-trois fièvres typhoïdes dans mes salles. Mes collègues en ont chacun à peu près autant. Des cas de maladie semblables existent dans tous les hôpitaux. C'est une épidémie considérable qui sévit à Paris en ce moment, et, pour mon compte, il y a vingt ans peut-être que je n'ai vu tant de malades typhoïdes à la fois.

L'occasion est propice pour étudier à la fois les modifications que l'âge imprime à cette maladie et le traitement qu'il convient de lui appliquer. Dans une prochaine leçon, je vous parlerai du diagnostic, mais aujourd'hui, en présence de tant de faits que l'on peut comparer, je ne vous parlerai que du traitement à employer ou plutôt des moyens de traitement auxquels j'accorde la préférence.

Le traitement de la fièvre typhoïde varie selon la forme et et la période de la maladie.

Eu égard à la période, je vous dirai d'abord que si l'on assiste au début de la maladie, il est possible de la *juguler*, d'en arrêter l'essor et d'en amoindrir la gravité. C'est le traitement abortif de la fièvre typhoïde.

Chez les adultes, le résultat s'obtient par la méthode des *saignées coup sur coup*, telle qu'elle a été réglée par M. Bouillaud ; mais chez les enfants, où la saignée ne me paraît guère praticable à haute dose, le moyen de juguler la fièvre typhoïde, *c'est l'emploi de l'émétique*.

Du premier au quatrième jour de la maladie, l'émétique manque rarement son effet. A partir du cinquième jour, les résultats sont moins bons, mais jusqu'au huitième ils sont encore satisfaisants.

La dose à employer est de 25 milligrammes jusqu'à dix ans et de 5 centigrammes après cet âge.

Il faut l'administrer en une seule fois dans 60 grammes d'eau sucrée, et après le premier vomissement, donner un verre d'eau tiède. On obtient ainsi plusieurs vomissements de matières glaireuses et bilieuses plus ou moins abondantes. Il y a quelquefois des selles liquides, mais ce n'est pas l'habitude.

Je dis un verre d'eau tiède, entendez-le bien, c'est un verre et non pas des quantités d'eau, car alors, vous empêcheriez l'effet vomitif et vous obtiendrez une action purgative. Vous auriez fait ce qu'on appelle l'*émétique en lavage*.

Sous l'influence de l'émétique ainsi employé, il se produira un état nauséeux, puis des vomissements bilieux accompagnés de pâleur, de chair de poule, de refroidissement cutané, suivi d'abaissement de la température profonde, et vous avez sous les yeux le diminutif du *mal de mer*.

Il y a là un effet du grand sympathique et des nerfs vaso-moteurs qui amène le resserrement des capillaires périphériques et profonds, avec pâleur et abaissement de la température. Cette action est facile à constater par le thermomètre, et sur les vingt-trois malades que je viens de vous faire voir, elle s'est produite avec netteté. Ici, il n'y a pas d'erreur possible, ce n'est pas moi qui affirme des opinions que vous pourriez contester. C'est le tracé thermique de la maladie qui parle. Moi je n'ai qu'à le signaler et tout commentaire est inutile.

Consultez les tracés et vous verrez combien ils diffèrent des tracés habituels d'une fièvre typhoïde condamnée à l'expectation. Le jour où le tartre stibié a été administré comme vomitif, la température tombe de 41 à 39 ou 38; si elle était à 40, elle peut tomber à 37 et rester abaissée pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il y a ce matin dans mes salles trois fièvres typhoïdes à 37 degrés, c'est-à-dire sans fièvre, mais la température ne tardera pas à remonter. La maladie continuera son cours atténué par la médication, vous donnant ainsi le spectacle d'une affection typhoïde sérieuse au quatre ou cinquième jour et n'ayant temporairement pas de fièvre.

C'est là la preuve éclatante des effets antipyrétiques du tartre stibié. Or c'est là une ressource immense au début de la fièvre typhoïde pour empêcher l'altération du sang qui résulte des hautes températures morbides, ressource prompte, immédiate, et qui est bien supérieure à l'action analogue de la digitale et du sulfate de quinine trop longue à se produire.

Le premier effet de l'émétique, donné comme traitement abortif de la fièvre typhoïde, est donc un effet réfrigérant, anti-pyrétique.

Un autre fait, non moins important, c'est l'action évacuante des mucosités, des saburres gastriques et de la bile corrompue et déjà putride de la cavité stomacale, dont l'absorption engendre la septicémie. En effet, ne l'oubliez jamais, ce que nous appelons aujourd'hui *fièvre typhoïde*, d'après un symptôme stupeur, qui n'existe souvent pas chez les enfants, n'est que la *synoque putride* de Galien et *la fièvre putride*, tiré de la nature du mal, de tous les médecins humoristes. Et ce n'est pas là un vain mot, comme ceux que créent tous les jours certains hommes sans idées qui ne s'occupent qu'à s'approprier le linge des autres en le démarquant. Ce mot de putridité du sang est devenu la septicémie, et la tendance scientifique actuelle est de considérer la fièvre typhoïde comme une *affection zymotique*, c'est-à-dire due à un ferment introduit du dehors et se multipliant à l'infini dans l'estomac, dans l'intestin et dans le sang, sous forme de bactéries, de bactéridies et autres infusoires les plus variés.

A cet égard, le tartre stibié, pris comme vomitif au début d'une maladie intestinale putride ou zymotique comme l'est la fièvre typhoïde, est appelé à rendre de grands services. Il débarrasse l'économie d'une matière fermentescible, qui est un poison dont l'action nocive augmente d'heure en heure et qu'il faut expulser à tout prix.

Une fois que ce double résultat a été atteint, le médecin qui voudra suivre mes préceptes devra faire pour l'intestin ce que je viens de dire à propos de l'estomac. Il faudra, par un sel alcalin, antiputride, évacuer de l'intestin les matières fermentescibles qui s'y trouvent. Tout ce qui en sortira sera autant de soustrait à la fermentation putride intestinale.

Il faut alors donner 30 grammes de sulfate de soude ou de sulfate de magnésie, un verre d'eau d'Hunyades, de Loëche ou de Birmenstorf, etc., pour obtenir quelques garde-robes. Le lavage de l'intestin par une solution alcaline exosmotique est très-efficace contre le développement des monades et infusoires stercoraux.

Une fois que la fièvre typhoïde a été attaquée de cette façon dans les trois ou quatre jours, elle s'arrête et finit comme un simple embarras gastrique fébrile, ou bien si elle continue sa marche avec les caractères typhiques bien accusés, elle est très-atténuée et infiniment moins grave.

Avec le traitement abortif, il faut donner du bouillon et de l'eau vineuse.

Quand, au contraire, la maladie est établie et arrivée au huitième ou au dixième jour, il n'y a plus à compter sur les bons effets de l'émétique, ce médicament est inutile, et il pourrait être nuisible si les malades étaient dans un état d'adynamie évident. Il faut y renoncer. C'est le moment de recourir aux évacuants ou aux toniques, selon l'indication.

Les évacuants, dans la fièvre typhoïde, ne doivent pas être prescrits comme médication exclusive. Je ne les conseille que sur des indications très-précises. En effet, si l'on abuse des évacuants, et si on les administre indistinctement à tous les malades, on voit souvent, très-souvent un ballonnement exagéré du ventre, qui refoule le diaphragme en haut et qui amène l'asphyxie.

Si les purgatifs salins sont souvent utiles, ils peuvent être quelquefois nuisibles, et il faut être réservé dans leur emploi, crainte du ballonnement du ventre par suite de la pneumatose intestinale.

Si l'on n'a pas à purger les malades, il faut prescrire les toniques, le vin et une alimentation légère.

C'est le moment de recourir au quinquina et au sulfate de quinine. Le quinquina en extrait se donne à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme en potion, selon l'âge des enfants, par cuillerées, dans les vingt-quatre heures.

Le sulfate de quinine ne doit être donné que s'il y a un fort paroxysme fébrile le soir et si la température axillaire dépasse 40 degrés. Alors, je les donne à la dose de 5, 10 et 15 centigrammes par jour dans un peu de café noir, selon l'âge des malades.

Avec le quinquina, il faut prescrire du vin en assez grande abondance. C'est un stimulant qui protége contre l'adynamie, un antiputride qui peut diminuer les fermentations intestinales, et un antiseptique qui lutte avantageusement contre la septicémie. Il faut le donner avec de l'eau ou de l'infusion d'angélique. Les enfants peuvent en prendre une demi-bouteille par jour avec moitié ou deux tiers d'eau. Si les enfants sont assez grands, j'en donne quelquefois une bouteille par vingt-quatre heures.

Joignez à cela du bouillon gras, un tiers ou un demi-litre pour alimenter les malades, et vous avez le résumé de mon traitement de la fièvre typhoïde dans les cas ordinaires.

Sans parler ici de toutes les complications de la fièvre typhoïde et du traitement qu'elles exigent, il en est une qui est si fréquente qu'elle fait partie de tous les cas un peu graves. Je veux parler de l'excès de température fébrile. C'est un fait toujours à rechercher, car il y a dans l'excès de chaleur, à côté des dangers de la maladie, un danger différent qui est quelquefois très-sérieux.

Dès que la température dépasse 40 degrés pendant plusieurs jours et si elle atteint 41 degrés le soir, les combustions moléculaires augmentent, le sang se charge de principes carbonés, irrite l'endocarde, forme facilement des thromboses et engendre cette endocardite végétante que j'ai fait connaître d'après l'étude de quatre cents observations. De cet état dépendent la plupart des congestions pulmonaires, des myocardites et des complications cérébrales qui compromettent la vie des malades.

On ne pourrait trop tôt agir par les antipyrétiques et par les réfrigérants sur cet excès de température, indice de l'activité des fermentations putrides. Le sulfate de quinine, la digitale et l'eau froide à l'extérieur sont les moyens que j'emploie dans ce but. Mais je préfère l'eau froide, et je vais dire pourquoi. On n'obtient d'abaissement sérieux de la température avec la digitale et la quinine qu'après plusieurs jours d'emploi. Or, il faut agir très-promptement. Les applications d'eau froide sur

le corps ont un effet immédiat. Sous ce rapport, le moyen est préférable.

Sous quelle forme devrez-vous employer l'eau froide? Il y a deux méthodes à cet égard, la méthode française et la méthode allemande. Celle-ci, qui porte le nom de Brand et qui a été employée en France par Liebermann et un grand nombre d'autres médecins, consiste à placer cinq ou six fois par jour les malades dans une baignoire d'eau froide à 18 ou 20 degrés pendant un quart d'heure.

Sous l'influence de cette réfrigération plusieurs fois répétée, la température s'abaisse, le cours de la maladie est enrayé, abrégé, et on obtient ainsi un grand nombre de guérisons qu'il n'était pas toujours facile d'espérer.

Seulement les guérisons sont-elles aussi nombreuses qu'on l'a dit? Guérit-on 175 malades sur 177? J'en doute et je ne puis m'empêcher de craindre qu'une erreur d'appréciation dans le diagnostic ait faussé ces résultats. Ce qui peut faire croire qu'il en est ainsi, c'est que tous ceux qui ont employé la méthode n'ont jamais eu de succès pareils.

De plus, l'emploi de bains froids si souvent répétés chez un adulte en état de prostration et d'adynamie est très-fatigant et très-pénible. Il n'est pas commode de mettre dans l'eau ni d'en sortir un malade qui ne peut s'aider. Ce sont des secousses plus que douloureuses, et ces soins abandonnés à des infirmiers d'hôpital deviennent parfois barbares. Ajoutez à cela qu'en temps d'épidémie comme celle d'aujourd'hui, s'il y a quinze malades dans une salle auxquels il faille donner des bains froids d'un quart d'heure, vous aurez quatre-vingt-dix bains à donner par jour, soit quatre-vingt-dix quarts d'heures, ou vingt-trois heures sur vingt-quatre employés à cette médication.

Cela devient impraticable. Dans nos hôpitaux, cette formule de la baignade appliquée aux fièvres typhoïdes est donc impossible, et, si l'on a recours à cette médication, on ne peut guère donner aux malades que deux ou trois bains au plus. En ville, c'est différent, on peut tout ce qui est utile. Si le remède est bon, il faut l'employer dans toute sa rigueur. Mais, selon moi, il n'a pas toutes les qualités qu'on lui attribue. Il a même des dangers sur lesquels on n'a pas assez discouru. Plus d'une pneumonie typhoïde en a été la conséquence, et quand il y a déjà des complications d'engouement pulmonaire, il n'est pas prudent de s'en servir sous peine de provoquer des hémoptysies.

Je l'ai employé bien des fois, il y a deux ou trois ans, dans ma salle, et je n'ai pas été absolument satisfait des résultats obtenus. Chez quelques enfants, la diminution de la fièvre et l'amélioration produite furent incontestables, mais dans d'autres cas, il en résulta des pneumonies mortelles. J'ai cru devoir y renoncer.

Mais, si les bains froids employés à la façon de Brand ont des inconvénients, qui empêchent de les admettre sans restriction, les affusions froides pratiquées selon la méthode française n'ont pas les mêmes dangers.

Depuis longtemps en France, vers 1830 et 1835, au temps de Récamier et de Gendrin, à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié, les fièvres typhoïdes graves étaient traitées par les affusions froides avec succès. C'est là sans doute où l'Allemagne est venue prendre l'idée qui devait conduire à la formule des bains froids répétés. Par ces affusions, on prétendait combattre l'intensité de la fièvre, et, en effet, la température de la peau diminuait d'une façon notable. Il n'y avait pas alors de thermomètre pour constater par des chiffres le degré d'abaissement de la température, et on ne pouvait s'en fier qu'à la main; mais si incertaine que fût l'indication, les médecins expérimentés savaient la découvrir.

Aujourd'hui, il y a un progrès réel qui permet à de jeunes médecins de savoir quand ils peuvent prescrire les réfrigérants extérieurs. C'est l'emploi du thermomètre. Au lieu de demander à la sensation que donne la chaleur morbide très-élevée, l'indication du bain, on la cherche dans un instrument qui ne trompe pas. Le thermomètre est-il à 40°,5 et 41 degrés, on doit prescrire les applications froides.

Comme je viens de vous le dire, c'est sous forme d'*affusions* qu'elles doivent être faites, et il faut les répéter trois ou quatre fois par jour.

Par ce moyen, on ne déplace, on ne secoue et on ne fatigue pas les enfants malades comme lorsqu'on veut les mettre au bain. Dans leur lit, sur le corps nu on passe une éponge mouillée, imbibée d'eau vinaigrée à 20 degrés. Après avoir mouillé légèrement et rapidement le devant du corps et des membres, on retourne les enfants pour laver le dos et on les essuie promptement.

Sous l'influence de cette lotion froide, la température baisse de 1 degré à 1 degré et demi, il se produit un bien-être réel et une amélioration du pouls et des autres symptômes. En continuant pendant plusieurs jours, on maintient la température à un degré qui n'a rien de dangereux, et s'il n'y a pas de complication pulmonaire, le moyen peut être continué pendant tout le cours de la maladie, jusqu'à descente de la température à 38 degrés. Il n'y a que les cas d'engouement pulmonaire considérable et de pneumonie qui doivent y faire renoncer.

Tel est, en résumé, le traitement que j'emploie dans les formes ordinaires inflammatoires, ataxiques, adynamiques de la fièvre typhoïde chez les enfants. Il ne s'applique qu'aux cas les plus habituels. Mais s'il y a d'autres complications que celles que je viens de signaler; si le cerveau, le cœur, les poumons sont affectés, s'il y a des épistaxis ou de l'hémorrhagie intestinale, de nouveaux moyens doivent être mis en usage, mais je n'en parlerai que dans une prochaine conférence. Pour aujourd'hui, je voulais, profitant des cas nombreux que vous avez observés dans notre première réunion, vous montrer le traitement de la fièvre typhoïde des enfants dans ce qu'il y a de plus simple et de plus habituel.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'anémie par affection cardiaque.

(Leçon recueillie par M. A. Gros, lauréat de l'École de médecine.)

Messieurs, il y a cinq à six semaines entrait dans le service de la clinique, au n° 5 de la salle Aillaud, un homme de cinquante ans, pâle et amaigri, qui n'accusait comme antécédents morbides que des rhumatismes multipliés, et comme phénomènes actuels qu'une double sensation de faiblesse et de dyspnée.

Notre attention se portant de suite vers le thorax, nous ne trouvâmes rien à l'auscultation pulmonaire; mais l'auscultation du cœur nous révéla trois bruits de souffle : deux à la base, dont un à chaque temps et un à la pointe, au premier temps. L'application de la main nous faisait constater une impulsion assez étendue; la pointe battait plus en dehors et plus haut qu'à l'état normal. La percussion nous donnait une matité assez considérable de la région précordiale. La vue ne nous faisait constater aucune voussure.

L'examen des artères nous montrait un pouls vibrant et bondissant assez régulier, très-nettement visible à la radiale quand on soulevait le bras, parfaitement visible aussi à la crurale. Dans cette dernière artère, on percevait très-distinctement le double bruit intermittent crural de Durosiez, c'est-à-dire un un souffle très-fort coïncidant avec l'expansion artérielle, suivi d'un petit souffle extrêmement léger.

Pas le moindre trouble apparent dans la circulation veineuse et capillaire, pas d'œdème des extrémités; les jambes étaient par contre d'une maigreur remarquable; pas de congestion dans les viscères.

Peu à peu, ces phénomènes se sont modifiés. Les bruits anormaux du cœur sont devenus moins intenses en même temps que l'impulsion cardiaque faiblissait et présentait quelques irrégularités. Il y a quelques jours, symptôme extrêmement grave et encore inexpliqué, les pulsations artérielles s'étaient affaiblies singulièrement dans les membres supérieurs pendant qu'elles conservaient leur force dans les membres inférieurs; il s'est montré un peu d'œdème des membres et du visage, un peu de congestion pulmonaire accusée par de gros râles sous-crépitants aux deux bases; la faiblesse générale, toujours remarquable, a encore augmenté; quelques accès d'oppression se sont manifestés, puis le malade, comme c'était prévu et annoncé, s'est éteint subitement.

A quelle affection avions-nous affaire? Le bruit de souffle cardiaque au second temps, le pouls bondissant de Corrigan, le bruit crural de Durosiez, ne permettaient pas de mettre en doute l'insuffisance aortique. La matité précordiale, l'étendue de l'impulsion et surtout la déviation de la pointe permettaient d'affirmer l'hypertrophie. Le bruit du premier temps à la base faisait penser à un rétrécissement; mais comme ce bruit n'était pas plus fort que celui du second temps, que l'examen des artères annonçait une vaste insuffisance et que c'est à nos yeux une loi que le rétrécissement varie en raison inverse de l'insuffisance, nous avons pensé qu'ici le rétrécissement aortique était minime et devait être relégué sur l'arrière-plan. Quant au bruit de la pointe, à cause des caractères du pouls, nous avons cru devoir le mettre sur le compte d'une insuffisance relative et non pas absolue de la mitrale. Notre diagnostic était donc : insuffisance aortique avec un peu de rétrécissement; hypertrophie du cœur consécutive à la lésion aortique; insuffisance relative de la mitrale par le fait de l'hypertrophie.

Ce sont là précisément les lésions que vous avez trouvées hier à l'autopsie. Des plaques calcaires étaient disséminées dans l'aorte et accumulées au niveau des valvules sygmoïdes qui étaient roides, rétractées, immobiles, ce qui constituait un léger rétrécissement et une vaste insuffisance; rien sur les autres points de l'endocarde; le cœur était le siége d'une hypertrophie notable sans altération graisseuse ; tous les autres organes, le cerveau, le foie, les reins, présentaient une congestion récente et surtout une remarquable atrophie qui vous a tous frappés et a paru étonner plusieurs d'entre vous.

Je n'insiste pas sur celles des lésions que nous avions annoncées pendant la vie; sur les liens intimes qu'elles vous montrent une fois de plus entre les altérations de l'orifice aortique et celles de l'aorte; sur le triple bruit que peut produire, que produit tôt ou tard l'insuffisance aortique sans qu'il y ait lésion multiple des orifices; mais je veux vous parler de celle que précisément nous n'avions pas annoncée : l'atrophie viscérale généralisée.

Ne vous y trompez pas, messieurs, c'est là une lésion consécutive de l'affection cardiaque. C'est la phase terminale d'une anémie qui commence par être simplement artérielle et qui, plus tard devenant générale, aboutit à un défaut graduel de nutrition dont l'atrophie est à la fois la conséquence et la preuve.

Si l'anémie est l'intermédiaire par lequel les affections du cœur produisent dans certains cas des atrophies viscérales, cette anémie de cause cardiaque mérite d'attirer notre attention.

Elle se montre à nous sous deux aspects qui, dans mon opinion, ne sont que deux degrés d'un même état. Dans le premier, il y a seulement anémie artérielle, diminution de la quantité de sang contenue dans les artères. c'est ce qu'on a coutume d'appeler diminution de la tension artérielle. Dans le second, que je considère comme l'extension du premier, d'artérielle qu'elle était l'anémie devient générale ; il y a diminution soit de la masse totale, soit de certains éléments du sang.

Etablissons d'abord l'existence, la progression et la cause prochaine de cette anémie, montrons ensuite qu'il ne faut pas l'exagérer et lui faire occuper la place des autres ; mais disons enfin quelle en est la gravité et quels moyens thérapeutiques il faut pour la combattre.

I

Dans les affections cardiaques, en même temps qu'une quantité exagérée de sang s'accumule dans le système veineux, une quantité insuffisante de sang pénètre dans le système artériel ; il y a donc ordinairement pléthore veineuse et anémie artérielle.

Mais, pour peu qu'on y regarde de près, on s'aperçoit que ces deux phénomènes, la pléthore veineuse et l'anémie artérielle, si étroitement liés entre eux, n'ont pas cependant, comme *a priori* on pourrait le croire, des relations constantes et toujours identiques. Chez certains malades, c'est la pléthore veineuse qui domine; chez d'autres, c'est l'anémie artérielle. De là deux aspects tout à fait différents que peuvent présenter les affections cardiaques : dans l'un, on remarque la rougeur des pommettes, le développement du visage et du nez, la bouffissure et la coloration rougeâtre de divers points de la peau ; dans l'autre, on est frappé par la pâleur remarquable que présentent les téguments.

Il y a même des cas où l'un de ces deux phénomènes peut se produire tout à fait séparement de l'autre, et, dans ceux de ces cas qui sont tout à fait incontestables, c'est l'anémie artérielle que l'on observe. C'est ainsi que notre malade nous offrait la plus belle anémie artérielle sans la moindre pléthore veineuse, excepté cependant les quelques jours qui ont précédé sa mort.

Il y a donc dans cette anémie artérielle quelque chose de spécial et qui aboutit à une anémie vraie, c'est-à-dire à une diminution de la quantité de sang renfermée dans l'organisme, puisque le sang a diminué dans les artères sans augmenter dans les veines. Nous en avons eu un surcroît de preuve dans cette atrophie de tous les viscères, c'est-à-dire du cerveau, des reins, de la rate et même du foie, que notre malade nous a offerts à un degré si remarquable. Pourquoi donc tous ces organes étaient-ils si manifestement atrophiés, si ce n'est parce qu'ils recevaient une quantité notoirement insuffisante de liquide nourricier?

L'anémie artérielle peut donc, dans les affections cardiaques, aboutir à une anémie vraie, c'est-à-dire à une diminution générale du sang, dont la conséquence extrême peut-être l'atrophie des viscères.

Cette anémie peut-elle porter plus spécialement sur certains éléments du sang? Oui, messieurs, au moins dans certains cas. En effet, certains sujets, atteints d'affection cardiaque, présentent une pâleur qui rappelle tout à fait celle de la chlorose, qui la rappelle même au point de faire commettre à des praticiens distingués les plus belles erreurs de diagnostic, et c'est en tombant moi-même dans une de ces erreurs que j'ai appris à la connaître.

On me dira, sans doute : Cette pâleur tient à l'anémie intense des vaisseaux capillaires, à la petite quantité de sang qui les traverse. Non, messieurs, l'anémie n'a pas la pâleur caractéristique de la chlorose ou de la diminution, non pas de la masse totale, mais des globules du sang. D'ailleurs, indépendamment de cette décoloration spéciale, qui a bien sa valeur clinique, la chlorose d'origine cardiaque est démontrée par l'analyse chimique. Lecanu, en effet, a trouvé que, dans les affections cardiaques, la proportion des globules était de 79 pour 1000 chez l'homme et de 59 chez la femme; ce dernier chiffre, vous le savez, ne représente pas tout à fait la moitié de la proportion normale. Les analyses de Becquerel et Rodier donnent, il est vrai, une moyenne plus élevée, de 110 environ; mais ces auteurs admettent l'hypertrophie simple, ce qui diminue la valeur de leurs observations. Ces études sont évidemment à poursuivre, mais elles ne deviendront bien profitables que si on fait le départ des affections cardiaques à forme anémique et des affections cardiaques à veinosité.

Quoi qu'il en soit, tenez pour certain que l'anémie artérielle peut aboutir dans certains cas à une anémie vraie, complète, et dans d'autres cas à une anémie globulaire.

Quelles sont les formes d'affections cardiaques qui produisent ces anémies? Ce sont les altérations de l'orifice aortique ou, pour mieux préciser, ce sont les insuffisances aortiques. Le rétrécissement aortique ne les produit pas s'il n'est accompagné d'insuffisance, à moins qu'il ne s'agisse d'un enfant ou d'un adolescent, sujets singulièrement prédisposés à toutes les chloroses.

Deux conditions peuvent être invoquées pour expliquer la production de l'anémie :

1° L'intervention, assez habituelle dans les cas d'insuffisance aortique, d'une lésion plus ou moins étendue de l'arbre artériel et de ses ramifications capillaires, ce qui peut diminuer la nutrition des organes par les entraves apportées à la circulation et aux échanges nutritifs.

Cette influence existe réellement, mais elle n'est pas suffisante, sans quoi l'anémie serait toujours proportionnelle à l'altération athéromateuse des artères, ce qui n'est pas.

2° Le changement apporté à l'impulsion circulatoire par la lésion cardiaque:

Il y a dans l'insuffisance aortique un mouvement de va-et-vient qui fait que le sang se balance pour ainsi dire plutôt que de progresser; une certaine somme de mouvement se perd et l'activité de la circulation diminue. Cette diminution, plus réelle encore qu'apparente, dans le mouvement circulatoire, doit nécessairement opérer une diminution dans toutes les fonctions nutritives, car le mouvement est une source féconde d'activité vitale.

Pour ce qui concerne les globnles, ils doivent devenir moins nombreux si le sang met plus de temps à se rendre aux organes de l'hématopoièse et à venir se soumettre à l'influence vivifiante des poumons.

OTOLOGIE

DE L'ÉCHANGE DES GAZ DANS LA CAISSE DU TYMPAN (1)

Par M. le docteur Loewenberg.

En cas d'obstruction de la trompe d'Eustache, cause très-fréquente de la surdité, la quantité d'air contenue dans la caisse et ses annexes subit une diminution, qui force la membrane du tympan et avec elle la chaîne des osselets, à s'enfoncer en dedans d'une façon sensible. L'insufflation d'air par la trompe d'Eustache est alors indispensable pour désobtruer ce canal, et pour rendre à l'oreille moyenne le volume d'air nécessaire.

On est unanime à attribuer cette diminution de l'air à une absorption, or, cette opinion est en contradiction avec la physique et la physiologie; une simple absorption ne saurait avoir lieu que si le sang était dépourvu de gaz; mais comme, au contraire, il en contient considérablement, il doit y avoir *échange par diffusion*, ayant pour conséquence la diminution du volume des gaz contenus dans l'oreille moyenne.

L'auteur utilise ces considérations physiologiques pour proposer *deux procédés nouveaux* destinés à prévenir cette diminution, ou, du moins, à la retarder :

1° L'insufflation d'*air ayant été inspiré et expiré*, alternativement quatre ou cinq fois, lequel doit rester inerte en présence des gaz du sang.

2° L'insufflation d'hydrogène. Ce gaz est éminemment réfractaire à l'échange respiratoire des poumons et peut servir également pour obtenir le but que poursuit l'auteur.

Les résultats thérapeutiques confirment les prévisions de l'auteur et corroborent, par conséquent, ses vues physiologiques; car les deux méthodes servent à obtenir une durée plus longue de l'amélioration due aux insufflations d'air, qui constituent le remède le plus universellement usité dans le traitement des affections si fréquentes de l'oreille moyenne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1875, dans le département du Calvados. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Deux lettres de candidature de MM. Parrot pour la section d'anatomie pathologique et Riche pour la section de pharmacie.

2° Une lettre de M. le docteur Vincent, de Guéret (Creuse), qui sollicite le titre de membre national correspondant.

3° Un travail de M. le docteur Brame (de Tours), sur le traitement du prolapsus utérin. (Commiss. : MM. Gosselin et Devilliers.)

4° Un travail de M. le docteur Déclat sur les applications de l'acide phénique et du phénate d'ammoniaque à la guérison de la fièvre typhoïde. (Commission : MM. Gubler et Hérard.)

5° Un travail de M. le docteur Lécard, médecin-major, sur la contagiosité du choléra épidémique et sa transmissibilité par transport humain. (Commission des épidémies.)

6° Une note de M. le docteur Le Duc (de Versailles), relative à la présentation faite dans la dernière séance, par M. Alphonse Guérin, d'un enfant présentant des pustules vaccinales ulcérées et ressemblant à des accidents syphilitiques primitifs. M. Le Duc dit avoir souvent l'occasion d'observer des cas analogues chez des enfants de divers âges et avoir obtenu la guérison à l'aide d'un pansement simple de lotions aromatiques et d'une médication interne antiscrofuleuse.

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences, dans la séance du 20 novembre 1876

PRÉSENTATIONS

M. LABOULBÈNE présente, au nom de M. le docteur Besnier, les rapports sur les maladies régnantes pour les trois derniers trimestres de l'année 1876.

M. LARREY présente : 1° au nom de M. le docteur Favre (de Lyon), trois brochures sur le daltonisme ; 2° au nom de M. le docteur Bedoin, une brochure sur la syphilis vaccinale.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance annuelle pour 1875 aura lieu le 16 janvier 1877.

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente : 1° au nom de M. le docteur Baréty (de Nice), un travail ayant pour titre : *du Rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre intermittente, du délire alcoolique et de certaines affections de la peau en rapport avec les traumatismes* ; 2° en son propre nom, un travail ayant pour titre : *Étude historique et critique sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.*

Voici les conclusions de ce travail :

La fièvre typhoïde est essentiellement contagieuse.

Il est douteux qu'elle puisse se développer en dehors de la contagion.

Comme dans le choléra, dans la fièvre typhoïde, les déjections des malades et réservoirs qui les reçoivent sont les principaux véhicules du contagium.

En désinfectant ces déjections, les linges qui en sont souillés, les réservoirs qui les reçoivent, on doit espérer de restreindre dans une proportion considérable le développement de la maladie, si l'on n'arrive pas à l'éteindre complétement.

Par contre, le versement dans les égouts des liquides, des vidanges, aussi incomplétement désinfectés qu'ils le sont à Paris, les concesions de communications permanentes entre les fosses d'aisances et les égouts qui communiquent librement eux-mêmes avec l'atmosphère des rues par de vastes soupiraux et avec l'atmosphère des habitations par les conduites d'eau ménagères, qui ne sont pas munis de soupapes, toutes ces circonstances constituent un danger imminent, incessant pour la santé publique. Ce danger est bien plus menaçant encore en temps d'épidémies typhoïdes et cholériques, car ces dispositions déplorables sont autant de voies ouvertes à la propagation de ces maladies.

Il faudrait : 1° comme on l'a fait à Bruxelles et en Angleterre, munir de soupapes les communications des égouts avec les rues et les maisons.

2° Ordonner une désinfection sérieuse, efficace de vidanges par les compagnies qui les enlèvent.

3° Recommander la désinfection des salles des malades, des linges qui leur ont servi et des réservoirs qui les reçoivent.

Il serait bien désirable qu'on pût adopter à Paris l'admirable organisation sanitaire qui fonctionne à Bruxelles ; chaque médecin qui constate un cas de fièvre contagieuse doit la déclarer avec l'indication de la maison infectée ; il consigne ce détail dans un bulletin, qu'il jette non affranchi dans le premier bureau de poste qu'il rencontre. Ces renseignements sont centralisés dans les mairies et sur un vaste plan en relief où chaque maison est indiquée, on marque avec une épingle à tête coloriée le plan de la maison infectée. La couleur de l'épingle désigne la nature de la maladie. On peut ainsi suivre avec une grande précision, la marche des épidémies ; on peut instituer une statistique exacte et complète, on peut organiser une prophylaxie efficace.

M. PASTEUR, à l'occasion de cette présentation, croit devoir citer trois cas de guérison de fièvres intermittentes par des injections sous-cutanées d'acide phénique ou de phénate d'ammoniaque.

LECTURES

M. KOEBERLÉ (de Strasbourg), lit un travail sur l'*hémostasie définitive par une compression exercée à l'aide des pinces hémostatiques.* Voici les conclusions de ce travail.

Mes pinces hémostatiques agissent d'après le principe d'une compression excessive et produisent ainsi l'hémostase définitive des vaisseaux divisés par dessication des parties pincées. Leur usage simplifie d'une manière notable la pratique des opérations chirurgicales.

Destinées, dans le principe, à produire simplement une hémostase temporaire et à faciliter l'hémostase définitive à l'aide de ligatures, je les ai employées depuis 1867, dans les opérations les plus variées, pour produire directement l'hémostase définitive, par une application de quelques minutes sur les vaisseaux divisés. Pour les gros vaisseaux, il est prudent de les laisser pendant quelques heures, un jour au plus.

On supprime ainsi d'une manière à peu près complète les ligatures, si toutefois on juge à propos d'en faire dans certaines circonstances. De toutes manières, l'emploi des pinces hémostatiques facilite l'application de ces ligatures et permet de restreindre autant que possible, la perte du sang et d'abréger la durée des opérations.

Après l'ablation des pinces, qui représentent en quelque sorte une ligature amovible à volonté, il ne reste aucun corps étranger dans les plaies.

On peut utiliser ces mêmes pinces pour l'hémostase temporaire, en comprimant en masse les parties molles de tous les organes minces, saillants, peu épais, en plaçant, deux de ces pinces à angle plus ou moins aigu, de manière à se toucher par leur extrémité.

L'application des pinces est d'une exécution facile, rapide, et peut dispenser du concours d'aides.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Richet, Alph. Guérin et Gosselin.)

M. GAIRAL présente un appareil à insufflation, qu'il désigne sous le nom d'aérophore et qui est destiné à injecter de l'air dans les poumons, pour combattre l'asphyxie des nouveau-nés (Com. : MM. Woillez et Depaul.

M. PROUST lit un travail ayant pour titre : *Contribution à l'étude des localisation cérébrales.* Il s'agit d'un cas d'enfoncement de la bosse pariétale gauche. Hemiplégie faciale droite, monoplégie brachiale droite, aphasie, trépanation. Diminution instantanée des accidents après l'opération. Leur disparition ultérieure, guérison.

Une commission est nommée pour examiner la communication de M. Proust et en faire le sujet d'un rapport.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Dictionnaire de botanique,** par H. BAILLON (1). — II. **Dictionnaire de chimie,** par Ad. WURTZ (2). — III. **Guide pratique pour servir à l'examen des caractères... que doivent présenter les préparations pharmaceutiques,** par LEPAGE et PATROUILLARD (3). — IV. **Instruction sur l'essai chimique des médicaments** (4). — V. **Procédés pratiques pour l'analyse des urines,** par DELEFOSSE (5).

I. Pendant que M. Baillon continue sa belle œuvre de l'*Histoire des plantes*, il trouve encore le temps de diriger une phalange de botanistes qui se livrent à la rédaction d'un nouveau dictionnaire de botanique. Edité par une maison de librairie, dont les dictionnaires ont un grand renom, le lecteur peut s'attendre tout d'abord, à trouver dans cette publication tous les soins et le luxe auxquels nous ont habitué les Hachette.

Nous avons déjà sous les yeux les deux premiers fascicules, et nous sommes tout d'abord frappés par les illustrations de M. Faguet.

Dans le premier fascicule, la physiologie végétale nous offre d'importants articles (absorption, accroissement, âge), traités avec un développement très-raisonnable, qui nous donnent l'état actuel de la science sur ces sujets. Le genre Agaric, dû à la plume de M. de Seynes, nous promet de très-bonnes étudess sur la science des champignons.

Le deuxième fascicule renferme d'intéressants articles : sur l'albi-

(1) Grand in-4°, prix des fascicules, 5 fr. Paris, Hachette et Ce.
(2) In-8, prix du fascicule, 3 fr. 50. — Paris. Hachette et Ce.
(3) In-8, prix, 4 fr. 50. Paris, Asselin.
(4) In-8, prix, 6 fr. Paris, C. Reinwald et Ce.
(5) In-8, prix, 2 fr. 50. Paris, J.-B. Baillière et fils.

nisme par M. Fournier; sur l'albumen, par M. de Lanessan; sur l'aleurone par M. Rafinesque; sur les algues, les aliments des plantes par M. de Lanessan; sur l'alternance des générations, par M. Dutailly; sur l'amidon, par M. Tison.

De très-bonnes notices familiarisent avec l'histoire de la botanique. Le *Dictionnaire de botanique* ne quittera plus le laboratoire du savant, mais il prendra place chez l'homme du monde, auprès des Bouillet et du Littré.

II. Un nouveau fascicule du *Dictionnaire de chimie* nous offre les dix premières feuilles du troisième volume. Trois grandes études dominent ce fascicule : l'étude du sucre et son industrie, l'étude du suif et du suint, et enfin celle de l'acide sulfurique. Ce ne sont pas de simples articles, mais de véritables monographies. Même richesse d'illustrations; le fascicule se termine par la 715me figure.

III. Il y a une dizaine d'années, M. Lepage avait publié sous le titre : *Essai sur les caractères physiques, organoleptiques et chimiques que doivent présenter les principales préparations pharmaceutiques officinales*, un opuscule qui fut très-bien accueilli par le monde pharmaceutique. C'est cet ancien travail très-perfectionné, et mis d'accord avec la nouvelle édition du codex, que M. Lepage nous présente aujourd'hui en collaboration avec M. Patrouillard, ancien préparateur des travaux chimiques à l'École supérieure des pharmacie de Paris.

Le nouvel ouvrage a pour but de familiariser le praticien avec les caractères que doit présenter un médicament *bien préparé*. Les moyens d'essai indiqués sont à la portée du plus modeste laboratoire.

Le *Guide* de MM. Lepage et Patrouillard est divisé en deux parties : dans la première, il est traité par ordre alphabétique des préparations spécialement pharmaceutiques; dans la deuxième, des produits ou médicaments exclusivement chimiques, en suivant le même ordre.

En résumé, bon livre et d'une utilité incontestable.

IV. Nous en dirons volontiers de même de l'*Instruction sur l'essai chimique des médicaments* que M. Strohl, fait connaître aux savants français. M. Strohl professeur agrégé à l'École de pharmacie de Nancy, n'est pas inutilement sur la frontière. Il y a quelque temps, il nous faisait connaître un très-intéressant *Guide pour l'analyse de l'eau*, du professeur Reichard (d'Iéna); aujourd'hui nous lui devrons de connaître l'œuvre de M. Schmid et Wolfrum.

Dans une série de Tableaux, nous trouvons les caractères propres à guider dans l'essai chimique des médicaments. Un premier tableau nous présente les réactifs, leurs noms dans la pharmacopée allemande et leur mode d'emploi. A ce premier tableau succède la partie expérimentale, dans laquelle les auteurs décrivent, pour tous les médicaments à essayer, la méthode d'essai, le résultat de l'essai et enfin la nature du médicament essayé, qu'il soit pur ou qu'il renferme des impuretés.

V. La question d'analyse est dans l'air, car voici encore un livre que M. Delefosse publie sous le titre de *Procédés pratiques pour l'analyse des urines.*

L'auteur a pensé, et le lecteur partagera son opinion, qu'un précis pratique qui contiendrait pour la constatation de chaque principe normal ou anormal des urines, un procédé simple et efficace, ne serait pas inutile aux praticiens des villes, et plus encore à la classe nombreuse des médecins de campagne.

Aucune théorie, ni appréciation pathologique après avoir examiné tous les procédés connus par l'analyse quantitative de chaque principe, M. Delefosse choisit celui qui, tout en donnant pour ce principe des appréciations aussi exactes que le comportent des analyses de cabinet, permet de n'employer que des instruments simples ou des solutions titrées, faciles à se procurer et d'un coût modique.

Soixante-huit figures font connaître les procédés d'Esbach, pour l'analyse de l'urine, les instruments et appareils, les matières étrangères au microscope, l'urée, la créatine, l'acide urique, les urates et phosphates, les cristaux d'oxalates de chaux, les corpuscules sanguins, pus, mucus, cellules épithéliales, muguet, cellules cancéreuses et champignons. Enfin les moules urinifères, les exsudats des reins et les spermatozoaires complètent ce petit atlas annexe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour le prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Schwartz et Henriet.

— Par suite de la mise en disponibilité pour raison de santé, de M. Meunier, chirurgien à Saint-Antoine, les mutations suivantes ont lieu parmi les chirurgiens des hôpitaux.

M. Le Dentu passe de la Salpêtrière à Saint-Antoine; — M. Périer passe de Lourcine à la Salpêtrière; — M. Th. Anger passe de Bicêtre à Lourcine; — M. Terrier passe du Bureau central à Bicêtre.

— *Hôpital de la Charité.* — M. Le professeur Trélat reprendra ses leçons cliniques le jeudi, 30 novembre à dix heures du matin (amphithéâtre du 2e étage), et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Louis de Molènes, interne des hôpitaux.

— *École pratique des hautes études.* — M. le professeur Frémy, ouvrira son laboratoire de recherches et de manipulations chimiques, le 1er décembre 1876. Les manipulations auront lieu tous les jours de onze heures du matin à cinq heures du soir.

Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 140. — SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1876. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Enfoncement de la bosse pariétale gauche. — Hémiplégie faciale droite. — Monoplégie brachiale droite. — Trépanation. — Diminution instantanée des accidents après l'opération. — Leur disparition ultérieure. — Guérison.

C'est sous ce titre, qui est presque un sommaire, que M. le docteur Proust a communiqué, mardi dernier, à l'Académie de médecine l'observation très-intéressante dont nous pouvons aujourd'hui, grâce à son obligeance, publier un résumé qui en fera connaître suffisamment les principales circonstances, ainsi que les déductions pratiques et physiologiques importantes qui en ressortent.

Un jeune homme de dix-neuf ans entra le 24 octobre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Proust. Il était atteint d'une hémiplégie faciale droite, limitée aux muscles innervés par le facial inférieur; le frontal et l'orbiculaire de la paupière droite se contractaient d'une façon normale.

La langue était déviée à droite; la luette à gauche; la sensibilité du pharynx et du voile du palais était intacte.

Il y avait paralysie incomplète du mouvement du bras droit, mais la sensibilité n'y était point altérée. Toutefois, quelques fourmillements existaient dans la main, particulièrement à l'extrémité des doigts. La main offrait surtout une maladresse remarquable. Les muscles paralysés répondaient énergiquement à la faradisation.

Le malade présentait de l'hébétude, un peu d'assoupissement et une assez grande indifférence à ce qui se passait autour de lui. Cependant son intelligence ne paraissait pas assez altérée pour expliquer le trouble qu'il avait dans la faculté d'affirmer ses idées, la difficulté avec laquelle il trouvait ses mots, qu'il employait souvent l'un pour l'autre; il avait donc un certain degré d'aphasie.

Le membre inférieur droit et tout le côté gauche étaient indemnes. On ne trouva aucune trace d'altération visuelle ou auditive. Il n'y avait pas plus de 52 pulsations et la température ne dépassait pas 37 degrés.

Hémiplégie faciale droite limitée au facial inférieur. Parésie du membre supérieur droit. Un certain degré d'aphasie. Tels sont les seuls phénomènes symptomatiques d'origine nerveuse que présentait le malade.

On constatait, en outre, sur la région pariétale gauche, une plaie oblique de haut en bas, et d'avant en arrière, de 3 centimètres de longueur; elle est située verticalement à 9 centimètres au-dessus du conduit auditif; elle siége au niveau de la bosse pariétale.

La plaie résultait de l'accident suivant : le 8 octobre, ce garçon étant ivre, avait, dans une lutte, reçu sur la tête, du côté gauche, un violent coup de sabre-bayonnette. Le sang s'échappa presque aussitôt en abondance, puis, quelques instants plus tard, l'individu perdait connaissance durant un quart d'heure environ.

Le jour suivant, nouvelle perte de connaissance, également très-courte. Pendant toute la journée, un peu d'étourdissement, de la lourdeur, mais il ne ressentit aucun trouble ni dans les mouvements ni dans la parole. Il avait été conduit à Mazas. Le 17, quand il quitta la prison, il était dans un état tout à fait satisfaisant. Ce ne fut que le 19 ou 20 octobre, c'est-à-dire onze jours après son accident, qu'apparurent les phénomènes constatés au moment de son entrée à l'hôpital.

D'abord, il eut de la peine à trouver ses mots; puis l'embarras de la parole s'accrut graduellement; la main droite perdit sa force. D'après son récit, il n'eut que très-peu de douleurs, pas de vomissements, aucune convulsion et pas de contracture.

La localisation de la paralysie, siégeant du côté opposé de la plaie du cuir chevelu, faisait évidemment admettre l'existence, sur un point de la surface du cerveau en rapport avec le pariétal, d'une compression ou d'une irritation quelconque; et, comme les phénomènes ne s'étaient manifestés que plus de dix jours après l'accident, M. Proust pensa que la compression ou l'irritation étaient le résultat d'un travail inflammatoire secondaire provoqué par un enfoncement du crâne.

Dans cette situation, M. Proust réclama l'intervention chirurgicale; et, après une exploration minutieuse faite par M. Terrillon, la trépanation fut décidée.

L'opération eut lieu le 27. A peine était-elle terminée, le malade n'était pas encore pansé, que voulant de nouveau préciser le degré des phénomènes morbides constatés précédemment, on fut frappé d'une amélioration évidente presque instantanée.

L'hémiplégie faciale n'était pas très-sensiblement diminuée, mais la parésie du bras était beaucoup moins intense; les troubles paralytiques avaient notablement diminué.

Il en était de même de l'aphasie. Le malade pouvait trouver

ses mots facilement, il put même compter depuis quatre-vingt-dix jusques à quatre-vingt-dix-sept très-distinctement, ce qu'il ne pouvait faire précédemment; l'hébétude avait presque complétement disparu.

L'amélioration se poursuivit, et, à l'exception d'un érysipèle qui disparut le 9 novembre, les suites de l'opération furent entièrement satisfaisantes. Le malade est aujourd'hui entièrement guéri.

M. Proust déduit de ce fait deux sortes de conclusions. Des conclusions pratiques et des conclusions s'appliquant à la physiologie pathologique.

Au point de vue thérapeutique et pratique, la présence probable d'une inflammation dans la partie des méninges en rapport avec la partie du crâne enfoncé indiquait immédiatement la trépanation. La temporisation eût été de l'audace, dit M. Proust; la hardiesse thérapeutique, l'action rapide, étaient sages et prudentes.

MM. Proust et Terrillon ont institué une série d'expériences ayant pour but de préciser le point des circonvolutions cérébrales qui avait été irrité. Ils sont arrivés à cette conclusion, que, la partie immédiatement lésée devait être la circonvolution pariétale ascendante à la hauteur de la seconde circonvolution frontale, et que la circonvolution frontale ascendante, les deuxième et troisième circonvolutions frontales devaient être intéressées secondairement par troubles nutritifs du voisinage. Ce résultat confirme ceux d'expériences faites récemment sur les animaux supérieurs et les autopsies d'un certain nombre de malades ayant succombé à des ramollissements superficiels du cerveau. (Charcot.)

Un de ces derniers faits qui confirme la doctrine des localisations cérébrales, personnel à M. Proust, a été publié, il y a deux mois, dans les *Archives générales de médecine*, et les pièces ont été présentées à la Société anatomique.

Les fissures sans fissure.

Nous avions déjà les varioles sans variole, les scarlatines sans scarlatine, les tremblements sans tremblement (dont M. Charcot nous entretenait dans l'une de ses dernières conférences). A côté de ces anomalies ou de ces états pathologiques frustes, comme on dit en empruntant cette expression à la numismatique, et dont nous pourrions rappeler bien d'autres exemples, aurions-nous à inscrire une nouvelle espèce, celle des fissures sans fissure? Malgré son apparence paradoxale, la question vaut peut-être la peine d'être posée.

Il y a quelques jours, nous entrions dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu au moment où M. Le Dentu, qui supplée M. le professeur Richet pour ce semestre, allait opérer une femme atteinte de fissure anale. Ici les deux éléments de la maladie désignée communément sous ce nom, la contracture douloureuse du sphincter et la fissure, se trouvaient simultanément. C'était là un cas classique. Ce n'est pas de celui-là que nous voulons nous occuper. Mais à l'occasion de ce fait, M. Le Dentu entretenait son auditoire de certains faits qu'il a eu l'occasion d'observer et dans lesquels il n'y avait eu que contracture douloureuse du sphincter, sans fissure à la marge de l'anus. En présence de ces cas où la fissure avait été cherchée vainement, voulant se rendre compte de ce qui, dans ces cas et dans d'autres analogues, avait pu produire la contracture, M. Le Dentu a exprimé la pensée que, dans quelques-uns, la contracture pouvait être attribuée à une diathèse hystérique ou à une diathèse rhumatismale, dans d'autres circonstances, à l'influence des hémorroïdes ou à la présence, dans le voisinage, d'une phlegmasie ou d'une tumeur. Dans un fait qu'il a vu avec M. Théoph. Anger, c'était un catarrhe vésical qui avait été le point de départ probable de la contracture du sphincter anal. Dans un autre cas, après avoir cherché longtemps vainement la fissure, chez une femme qui présentait, d'ailleurs, tous les symptômes de la contracture, M. Le Dentu constata l'existence d'une tumeur utérine qui comprimait le rectum.

M. Maisonneuve, dans sa *Clinique chirurgicale*, rapporte que sur le très-grand nombre de cas où il a dû pratiquer la dilatation forcée pour des fissures anales vraies, présumées ou réputées telles, il s'en était trouvé un certain nombre sans fissure, et où la contracture, existant seule, était soit le résultat d'hémorrhoïdes, soit le fait seul d'une constipation opiniâtre, soit la conséquence d'une dysentérie chronique avec ténesme, ainsi qu'il en cite un exemple remarquable.

D'un autre côté, si l'on consulte l'article que M. Gosselin a écrit sur les fissures anales pour le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, on y voit qu'il admet deux variétés de fissures : l'une qu'il désigne sous le nom de fissure tolérante, pour exprimer ce fait que la maladie est peu douloureuse et que le malade supporte assez facilement le contact du doigt, et qui existe sans contracture, sans autre résistance à l'introduction du doigt que celle qu'oppose la contraction normale du sphincter chez les personnes en état de santé; et l'autre, qu'il appelle fissure intolérante, qui répond à la description classique de la fissure type de Boyer, avec la contracture comme élément essentiel.

En résumé, comme on le voit, d'une part: contractures sans fissure, d'autre part fissures sans contracture et enfin fissures avec contracture. Que conclure de là? C'est que, sous la dénomination de fissure anale qui a fini, avec l'usage, par devenir une sorte d'appellation générique, on a désigné tantôt un état complexe composé de deux éléments principaux, qui peuvent se présenter séparément, tantôt un état plus simple constitué par l'un de ces éléments seulement, et que, par une extension abusive, continuant à désigner indûment par le même nom chacun de ces états, alors même qu'ils constituent, en réalité, des faits pathologiques distincts, on arrive à cette idée paradoxale de considérer comme une fissure une lésion à laquelle la fissure n'a rien à faire. D'où le titre que nous avons donné à cet article de *fissures sans fissure*, non pour le recommander, — tant s'en faut, — mais pour montrer au contraire, par son absurdité même, la nécessité d'adopter désormais des appellations différentes pour les faits pathologiques distincts.

Traitement de la syphilis par les fumigations de calomel.

Il y a un an environ, M. le docteur Horteloup communiquait à la Société de médecine de Paris, le résultat de quelques recherches sur l'usage des fumigations de calomel, dans le traitement de la syphilis, qui l'avait conduit à formuler ces conclusions : que les fumigations peuvent être employées, soit seules contre les manifestations ulcéreuses précoces, plaques muqueuses, impétigo, ecthyma suppuré; soit associées à l'iodure de potassium contre les accidents plus tardifs, syphilide tuberculeuse, ulcéreuse, pustule crustacée, ecthyma profond.

La continuation de ces essais n'a fait que confirmer dans l'esprit de notre confrère, l'exactitude de ces deux propositions. Comme des questions de cette nature ne se résolvent que par des faits et que placer ces faits, sous les yeux des praticiens est le meilleur moyen de les mettre à même de juger, voici, en substance, un des faits recueillis par M. Guillermet, in-

terne du service, d'après la relation qu'il en a publiée dans les *Annales de dermatologie*.

Une femme de vingt et un ans, Joséphine P... est entrée dans le service de M. Horteloup à l'hôpital de Lourcine présentant les symptômes suivants d'une syphilis dont le début paraissait remonter à deux ans.

Ce qui frappait d'abord l'attention, c'était l'aspect du visage hideusement défiguré par une syphilide papuleuse hypertrophique.

On voyait sur le front et sur les ailes du nez un groupe de papules grosses comme des framboises, pressées les unes contre les autres, un autre groupe aussi confluent sur la région temporale gauche et quelques papules plus discrètes, isolées sur les joues et le menton; enfin, sur la lèvre inférieure une masse surélevée, ulcérée, couverte d'une croûte noire. Toutes ces papules étaient violacées, très-vasculaires. On voyait, en outre, sur le dos, des papules semblables groupées ou isolées, à divers degrés d'évolution, depuis la papule sèche jusqu'à la papule ulcérée; sous la clavicule droite, un grand îlot de papules moins saillantes; à gauche, deux larges plaques cicatrisées; entre tous ces groupes, une multitude de papules disséminées. Des lésions analogues existaient sur les membres supérieurs; à la jambe gauche existait un ulcère grisâtre et sanieux, très-douloureux, qui gênait la marche. Les organes génitaux ne présentaient ni plaques muqueuses, ni cicatrices, on ne constatait qu'une vaginite intense.

M. Horteloup ordonna à cette malade 1 gramme d'iodure de potassium par jour, et il la soumit aux fumigations de calomel, à la dose de 1 gramme 25.

Voici comment furent exécutées les fumigations. La malade déshabillée est assise sur une chaise basse percée de trous. Entre les pieds de la chaise est placée une lampe à alcool vaporisant le calomel contenu dans une capsule de porcelaine, laquelle est entourée d'une sorte de gouttière remplie d'eau bouillante; une grosse couverture, ne laissant passer que la tête, recouvre le tout. Les vapeurs de calomel et d'eau entourent la malade et lui procurent une sudation abondante; de temps en temps elle entr'ouvre la couverture pour aspirer largement la vapeur. Au bout de vingt-cinq minutes, la malade, enveloppée de sa couverture, retourne à son lit où elle reste ainsi pendant une heure. Pendant la journée, l'ulcère de la jambe était pansé avec du sparadrap de Vigo.

Ce traitement fut suivi, sans autre interruption que les époques menstruelles, pendant quatre mois pleins, du 1er août jusqu'à la fin de novembre. Le huitième jour du traitement, la dose de calomel fut portée à 1 gr. 50. Du 15 au 20 août, les papules du dos commencèrent à s'effacer et à décroître; l'ulcère de la jambe était cicatrisé.

Le 24 août, la dose du calomel fut portée à 3 gr. 25, maximum qu'il n'a pas été nécessaire de dépasser.

Le 25 septembre, les papules de la face étaient entièrement aplaties, remplacées par des macules violacées, sans aucune saillie. Les papules ulcérées du menton avaient disparu dans les premiers jours de septembre.

A partir du mois d'octobre, les fumigations ne furent plus administrées que tous les deux jours, et la dose d'iodure fut portée à 2 grammes par jour.

En octobre et novembre, M. Horteloup fit faire une quinzaine de badigeonnages légers de teinture d'iode sur les macules du front et de la face, ce qui les fit disparaître presque complétement. Le 30 novembre, toute médication spécifique avait cessé; la malade pouvait être considérée comme guérie.

Revue plus de deux mois après; Joséphine P... a été trouvée dans un état de santé parfait, engraissée et ne présentant plus que quelques tâches brunâtres.

C'est là, comme on le voit, un résultat heureux d'une tentative nouvelle de réhabilitation d'une vieille méthode, dont l'origine remonte aux premiers temps de l'histoire de la syphilis, méthode qui n'a été abandonnée, ou tout au moins considérablement négligée en France, qu'à cause des appareils spéciaux qu'elle nécessite et des difficultés ou plutôt des embarras que crée son administration; peut-être aussi à cause des effets irritants que provoquaient les vapeurs de cinabre, particulièrement appliquées sous cette forme. M. Horteloup pense que ce mode d'emploi du calomel, tel qu'il est en usage en Angleterre, doit être préféré désormais à l'emploi du cinabre et qu'il constitue une méthode efficace et d'une administration facile.

Dr Brochin.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS. — M. Tim. Holmes.

Leçons sur le traitement des anévrysmes (1).

(Traduites de l'anglais par le Dr C. Caussidou.)

II

La préparation de sir Astley Cooper nous montre tout le danger de cette inflammation, même quand elle n'est pas arrivée à ce point de produire la rupture. La tumeur, enflammée et augmentée de volume, presse à ce point le pharynx qu'il admet à peine une bougie ordinaire et sur le larynx au point de fermer la glotte, et a amené une inflammation de la trachée, avec dépôt de lymphe coagulée sur sa surface muqueuse. L'artère, dans ce cas, était complétement fermée par des caillots au-dessus et au-dessous de la ligature. L'état du caillot dans le sac à l'état frais n'est pas mentionné dans la description d'Astley Cooper, mais dans la préparation il paraît assez ferme; et il y a peu de raisons pour attribuer l'inflammation étendue qui suivit l'opération à une action irritante quelconque du caillot, quand il y a une cause aussi palpable et aussi certainement suffisante dans la dissection qui avait été faite au voisinage immédiat du sac, et dans les complications dont sont susceptibles les plaies qui suppurent. En réalité, pourquoi des caillots mous exerceraient-ils une action irritante quelconque sur les tissus du sac? Nous les voyons constamment dans toutes les parties du corps rester complétement inoffensifs, *passifs*, dans un sens différent de celui de Broca, pendant de longs espaces de temps, et puis disparaître lentement. Nous voyons des sacs d'anévrysme, soumis à la compression, rester mous, semi-fluctuants, presque sans pulsations, puis ils deviennent graduellement durs, les pulsations disparaissent, et enfin ils se rétrécissent rapidement.

Peut-on douter qu'en pareil cas une grande partie du sac s'est d'abord remplie de caillots mous, qui ont graduellement été remplacés par de la fibrine stratifiée? Broca et beaucoup d'autres ont cité, sans doute, des exemples d'anévrysmes qui se sont terminés finalement par suite d'inflammation, et ces anévrysmes enflammés ont été trouvés plus ou moins remplis de caillots. Nous devons tous avoir vu de tels exemples, qui ne sont pas rares dans les anévrysmes volumineux de n'importe quelle région, et surtout dans le thorax. Mais le rapport de cause à effet est moins évident. En étudiant de semblables cas (dont l'un s'est présenté dans ma clientèle il y a peu de temps), il m'a semblé que l'inflammation avait été provoquée

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 novembre.

par des causes accidentelles agissant sur des tissus rendus très-irritables par suite de la pression exercée par un sac en voie d'accroissement; que les pulsations ne diminuaient que lorsque l'inflammation avait manifestement commencé; en un mot, que la coagulation était non pas la cause, mais le résultat de l'inflammation. Le cou est une région où l'inflammation du tissu cellulaire est susceptible de se propager rapidement, et de causer une large infiltration, de sorte que ce phlegmon traumatique, après la ligature de la carotide, produit bientôt une compression funeste sur les parties environnantes.

Que je me trompe ou non sur ce point, il n'en reste pas moins le fait que la ligature de la carotide, près du sac anévrysmal, est souvent suivie de l'inflammation de ce dernier, — point mis en évidence par plusieurs exemples connus, parmi lesquels je puis rappeler le fait cité par M. Vincent dans le volume X des *Transactions médico-chirurgicales*, et dont j'ai ici une préparation provenant du Musée de l'hôpital Saint-Barthélemy. Dans ce cas, comme dans tant d'autres, les pulsations persistèrent quelque temps après la ligature. L'inflammation commença, sans doute possible, dans la plaie, et M. Vincent dit explicitement que « le sac anévrysmal était contracté sur un caillot résistant, et que sa surface interne ne portait pas d'inflammation. »

Le premier cas d'Astley Cooper fut donc un insuccès; mais le même volume contient son second cas qui réussit. Ce fut le premier exemple d'un résultat complétement satisfaisant pour anévrysme de la carotide; car, bien qu'un chirurgien suédois ait lié la carotide en 1807 (c'est-à-dire entre les deux opérations d'Astley Cooper, qui furent faites en 1805 et en 1808) pour une tumeur pulsatile située derrière l'oreille, la nature de la tumeur ne semble pas établie, et il y eut une récidive quinze ans après.

Dans le cas dont voici la pièce, on crut que l'anévrysme siégeait sur la carotide interne et non sur la carotide primitive; et il est remarquable que la ligature n'établit pas complétement les pulsations, bien que l'artère eut été liée avec deux fils entre lesquels on la coupa.

Le malade survécut treize ans à l'opération et mourut d'apoplexie. On rend compte de la dissection des parties après injection dans les *Guy's Hospital Reports*, et je puis vous montrer cette intéressante préparation venant du musée de l'hôpital Saint-Thomas. Cependant l'intérêt de la préparation elle-même est surtout historique. Au point de vue anatomique, elle a été gâtée par l'insuccès de l'injection. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'apparence des parties concorde avec l'opinion d'Astley Cooper, que l'anévrysme était situé au-dessus de la bifurcation de la carotide, et que son siége précis était la carotide interne. Les deux autres cas de ligature de la carotide primitive pour anévrysme de la carotide interne sont rapportés par M. Porter (*On aneurism*, p. 151) et par M. Syme (*Lond. and. Edimb. Monthly journ.*, nov. 1843) et peuvent être comparés au précédent.

Les faits d'opération d'Hunter pour anévrysme de la carotide se trouvent surtout dans les travaux de Pilz (*Langenbeck Archiv.*, vol. IX), et Léon Le Fort (*Gaz. hebd.*, 1868) qui embrassent et continuent ceux de leurs devanciers comme Norris, Norman, Chevers, Wood et autres. La première collection contient 87 cas, sur lesquels 31 moururent; il n'y a pas de renseignements sur eux. Je ne crois pas que ces détails de statistique aient une grande valeur pour juger les points de pratique; mais j'appelle simplement l'attention sur ce fait, qui s'accorde en général avec les résultats de recherches plus limitées, pour montrer que l'opération n'est en aucune façon aussi exempte de dangers, quand elle est employée pour anévrysme, qu'on a bien voulu le dire. Le danger ne résulte pas exclusivement de l'opération, ou surtout d'elle, mais des conditions de l'artère et très-probablement de l'état morbide du cerveau, qui accompagne souvent l'anévrysme de la carotide, et qui est révélé par les symptômes cérébraux qui se montrent si souvent. Du moins, il faut remarquer que l'opération n'a été suivie qu'une seule fois de mort sur trente cas où on l'avait faite pour épilepsie, mal de tête ou autres symptômes nerveux, et dans lesquels, très-probablement, l'artère était saine et la nutrition de l'encéphale n'était pas sérieusement entravée.

Le travail de M. Le Fort ne donne ni renseignements, ni détails sur les cas desquels il tire ses conclusions; mais il semble être le produit de recherches sérieuses, et son objet semble en quelque sorte, plus critique que ne l'est celui du chirurgien allemand. Il dit que, en exceptant toutes les erreurs de diagnostic et les observations imparfaites, il reste cinquante-trois cas dans lesquels les notes sont suffisamment précises, pour avoir idée du siége exact de l'anévrysme; trente-cinq cas siégeaient sur la carotide primitive, six sur la carotide interne et douze sur la carotide externe ou sur ses branches.

Il dit que sur les trente-cinq cas d'anévrysme de la carotide primitive, plus de la moitié se sont terminés fatalement, car dix-sept malades moururent, et chez l'un, l'anévrysme récidiva. M. Le Fort appelle également l'attention sur la fréquence de la suppuration du sac après la ligature. Ce résultat se montra huit fois, et, dans trois cas, fut cause d'hémorrhagie mortelle. M. Le Fort, en réalité, ne trouve que dix cas de guérison après cette opération (il ne tient pas compte d'une observation); et dans la moitié de ces cas, il survient des complications qui mirent en péril la vie du malade: menaces de paralysie, hémorrhagie, suppuration, etc.

Le tableau de Pilz donne cinquante anévrysmes de la carotide primitive (ou plutôt cinquante cas dans lesquels on ne dit pas que l'anévrysme ne siégeait pas au-dessus de la bifurcation), avec dix-sept morts et deux récidives. Dans nos tables d'hôpital, cinq cas sur neuf se sont terminés fatalement.

Si c'est la peinture exacte (et je ne vois aucune raison d'en douter), de l'expérience des chirurgiens sur l'opération de Hunter, pour anévrysmes de la carotide primitive, qu'en doit-on conclure? M. Le Fort dit qu'on ne peut éviter les dangers résultant de l'oblitération de l'artère, puisque cette oblitération est nécessaire pour obtenir la guérison; mais qu'on peut obvier aux dangers qui dépendent de la suppuration du sac en ayant recours à l'opération ancienne, c'est-à-dire qu'après avoir lié le bout central, on incise le sac, on extrait les caillots et on lie le bout périphérique; et il parle en termes généraux d'un chirurgien de Leeds, qui adopta cette manière de faire, mais il n'indique pas le résultat obtenu.

Il est clair cependant, d'après plusieurs observations que je vous ai citées et d'autres que j'aurai à citer plus tard, que la guérison par la compression ne nécessite pas le moins du monde, l'oblitération de l'artère; et j'espère que, eu égard au nombre relativement considérable de cas dans lesquels la compression obtenue par un moyen ou par un autre a réussi, et en particulier, à la possibilité bien prouvée d'y accoutumer les malades malgré de vives douleurs au début, les chirurgient recourront d'une manière plus générale à cette méthode et la poursuivront avec plus de patience.

Les faits que je vous ai apportés, pris dans des publications, et qui ne peuvent être accusés de présenter une opération sous un jour trop favorable, prouvent suffisamment combien

est grand le danger qui résulte de la ligature de la carotide primitive par la méthode de Hunter ou plutôt d'Anel, pour anévrysme du tronc de ce vaisseau. Ce danger, évidemment, s'accroît, plus la tumeur occupe un point moins élevé ; et ce danger résulte à la fois des plus grandes difficultés de l'opération et de la proximité entre le sac et la ligature.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

LECTURE

M. Koeberlé (de Strasbourg), lit un travail intitulé : *de l'Hémostase définitive par compression excessive à l'aide des pinces hémostatiques,* travail déjà lu la veille à la séance de l'Académie de médecine. (Voir *Gaz. des hôp.* du 30 nov.)

M. Tillaux répond qu'il a été démontré par M. Verneuil que l'emploi de cette méthode est déjà très-ancienne et bien antérieure aux essais qu'en a faits M. Kœberlé. Mais il pense qu'il faut en restreindre l'emploi. Très-bon pour combattre les hémorrhagies qui se produisent au cours d'une opération, il ne faut pas le rendre définitif ; il vaut mieux, selon lui, remplacer à la fin les pinces par la ligature ou mieux encore par la torsion.

RAPPORTS

M. Desprès fait plusieurs rapports verbaux sur des travaux adressés à la Société par MM. Devals (de Bordeaux) et Bertin (de Gray).

Le premier a envoyé deux observations relatives à la *prédisposition aux fractures, observée chez des sujets atteints de maladies des centres nerveux*, et une observation de *kyste congénital du cou*, Les deux premières observations seront déposées aux archives ; la dernière, courte et très intéressante, est renvoyée au comité de publication.

M. Bertin a fait connaître deux nouveaux cas de *manifestations rhumatismales chez un malade opéré de la pierre par la taille*, et un fait d'*expulsion naturelle par un abcès périnéal d'un calcul de la vessie.* Cette observation est renvoyée au comité de publication ; les premières seront déposées aux archives.

COMMUNICATIONS

Suture tendineuse par anastomose. — M. Duplay présente une malade, âgée de trente-six ans, qui en faisant une chute, avait eu le pouce droit pris et tiraillé dans un paquet de cannes qu'elle portait. Le pouce était resté fléchi dans la paume de la main, et ne pouvait être relevé. M. Duplay vit la malade six semaines après l'accident. Le long extenseur du pouce ne remplissait plus sa fonction ; le long abducteur avait conservé ses mouvements, mais le court fléchisseur n'agissait plus que très-peu. A la face dorsale, au niveau de la tabatière anatomique, existait une petite saillie douloureuse qui semblait se mouvoir dans les flexions exagérées du pouce. M. Duplay porta le diagnostic de rupture sous-cutanée du tendon du long extenseur du pouce. Le 14 septembre, ayant découvert le bout périphérique du tendon, il dut prolonger l'incision jusque vers le milieu de l'avant-bras pour trouver le bout central, mais il ne put les rapprocher à plus de 6 centimètres. Il fit alors une boutonnière à travers le tendon du premier radial externe et y introduisit l'extrémité rompue du tendon, qu'il sutura avec un fil d'argent. La main fut maintenue immobile à l'aide d'une suture plâtrée palmaire. Il y eut quelques menaces de phlegmon qui cédèrent après que les sutures superficielles eurent été enlevées. Le 6 octobre, l'appareil plâtré fut également enlevé. Il y avait de la raideur et du gonflement des doigts, qui avaient disparu peu de jours après, et le pouce commençait à se relever. Le 30 octobre, la suture métallique fut enlevée. Aujourd'hui il reste encore un peu de raideur de la main, mais la malade déclare qu'avant l'accident elle ne pouvait pas étendre complétement les doigts.

M. Tillaux a communiqué cette année un fait analogue. Il avait fait la suture des tendons de l'annulaire et du petit doigt avec celui du médius ; et, il y a huit jours, il a fait, à l'hôpital Lariboisière, une opération identique à celle de M. Duplay. On s'est demandé si, dans les opérations du suture tendineuse, les deux extrémités se suturent réellement, où si elles se soudent à la partie profonde de la peau qui servirait d'intermédiaire. M. Notta a fait cette opération à Lisieux, et les tendons glissaient parfaitement sous la peau, qui n'avait contracté avec eux aucune adhérence.

M. Pozzi présente un malade auquel il a fait, dans le service de M. Broca, la section du maxillaire inférieur pour remédier à une ankylose de l'articulation temporo-maxillaire ayant succédé à une arthrite. Il s'est produit une pseudarthrose, qui permet à l'opéré de manger. Ce fait a déjà été relaté dans la *Gazette des hôpitaux*, à l'occasion de la clinique de M. le professeur Broca. (Commis. : MM. Perrin, Le Dentu et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. Chauvel présente des calculs auxquels il a donné le nom de *uro-stéariques*, qu'il a recueillis à l'autopsie d'une malade de son service, qui avait succombé à un cancer du rectum. Ces calculs, d'une consistance molle avec une enveloppe solide, sont formés par une matière graisseuse et sont observés très-rarement.

RAPPORT

M. Panas fait un rapport sur deux opérations d'*ectropion* communiquée par M. Brière (du Havre). Ces observations sont renvoyées au comité de publication.

COMMISSION

MM. Paulet, Lucas-Championnière, Guéniot, Magitot et Giraud-Teulon sont nommés membres d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre correspondant national. La Société décide que cinq places seront accordées.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis (1).

Par M. le docteur Péan.

Comme M. Péan a soin de nous l'indiquer dans sa préface, il s'est efforcé d'atteindre un double but : 1° exposer ses idées sur certaines questions de pathologie chirurgicale ; 2° donner un compte rendu exact de sa pratique hospitalière.

Nous ne discuterons point les mérites ou les défauts d'une telle conception.

On ne peut guère s'attendre à rencontrer dans cet ouvrage la disposition classique des traités de pathologie. L'auteur a dû se plier à toutes les exigences de l'observation courante et consacrer des chapitres parfois assez longs à des questions qui ne semblent présenter qu'un intérêt secondaire. Malgré cela, il a réussi à tourner la plus grande partie des difficultés. Ayant à classer plus de 800 observations de toute nature, il a su les disposer avec assez de méthode pour que le lecteur puisse trouver sans difficulté le sujet qui l'intéresse.

Au point de vue scientifique et pratique, un tel recueil est destiné à rendre de grands service.

Jetons un coup d'œil sur chacune des parties de cet important travail.

(1) Un volume in-8°. Prix, 20 fr. — Paris, Germer-Baillière.

Dans la première, M. Péan s'est occupé d'élucider un certain nombre de questions. Il ne s'est point localisé, comme on le fait quelquefois dans tel ou tel département de la chirurgie. Il semble, au contraire, avoir abordé à dessein les différentes branches de l'art : médecine opératoire, pathologie générale, chirurgie spéciale, etc. Chaque fois qu'un malade intéressant s'est présenté dans son service, il en a entretenu longuement ses élèves, leur montrant les particularités de ce cas, sa rareté, etc., discutant avec eux les questions que l'on pouvait soulever à propos de lui.

C'est ainsi que l'auteur aborde successivement la pathologie générale et décrit les hypertrophies papillaires à la langue et sur le tégument externe; la médecine opératoire proprement dite. Dans sa quatrième leçon : Considérations pratiques sur la staphylorrhaphie, il s'attache à réfuter les objections que l'on a faites à cette opération, énumère les instruments qu'il emploie, les précautions qu'il prend pendant son exécution.

« Il résulte de tous ces faits, ajoute-t-il en terminant, qu'il faut pratiquer la staphylorrhaphie de bonne heure, afin de corriger ce qui, chez l'enfant, tient à l'habitude plutôt qu'à la disposition des organes. »

Nous ne pouvons passer en revue les douze leçons que renferme cette partie de l'ouvrage, il nous suffira de citer quelques-uns des titres pour montrer que l'auteur a fait tous ses efforts pour ne pas tomber dans la banalité.

A propos de la chirurgie pure, nous trouvons : des *Considérations sur le mécanisme des luxations de l'épaule et leur traitement rationnel*; une bonne étude *sur les exostoses ostéo-cartilagineuses*, et en particulier sur celles des longs membres; une leçon sur les *affections bénignes douloureuses de la mamelle*, etc.

En ophthalmologie, M. Péan étudie *l'éléphantiasis des paupières, l'héméralopie, les divers procédés d'extraction de la cataracte.* Dans cette dernière leçon, il décrit un procédé qui lui appartient et qu'il met en pratique depuis longtemps : la section de la cornée sur conducteur et avec un couteau courbe. Cette leçon ne manque pas d'intérêt. Quel que soit le jugement qu'on porte sur la méthode elle-même, on est obligé de reconnaître que l'auteur a étudié consciencieusement l'opération, qu'il a obéi au désir extrêmement louable de la rendre plus facile, ou comme il le dit, « accessible aux praticiens qui n'ont eu ni le temps ni l'occasion de faire une étude spéciale de la chirurgie oculaire. »

Un autre chapitre est consacré à l'étude des calculs vésicaux des adolescents. Nous signalerons plusieurs remarques fort intéressantes à propos de la rareté des calculs à cet âge, de leur origine la plus commune (introduction de corps étrangers dans la vessie), de leur diagnostic, etc.

Cette première partie renferme quatre planches coloriées, dont une représente un papillome de la langue et les trois autres des gommes des lèvres à leurs différentes périodes, et un grand nombre de gravures sur bois fort bien faites, qui ajoutent beaucoup d'intérêt au texte lui-même.

La seconde partie de l'ouvrage renferme surtout des observations et quelques considérations cliniques à propos de certaines d'entre elles. M. Péan place au commencement de chaque chapitre un résumé statistique fort intéressant. Beaucoup d'observations sont placées dans des tableaux synoptiques très-commodes pour faire voir l'ensemble des faits. Cette partie de l'ouvrage est un simple catalogue, si l'on veut, mais un catalogue très-complet et disposé de telle manière que rien d'intéressant ne peut passer inaperçu.

La troisième partie, renfermant également de nombreux tableaux, nous montre les résultats des gastrotomies pratiquées à Paris par M. le docteur Péan depuis 1864.

Lorsque, pour la première fois, l'éminent chirurgien eut le courage de faire à Paris une ovariotomie, on doit se souvenir que cette opération était proscrite par la plupart des chirurgiens français, que les rares succès obtenus en Angleterre étaient, sinon discutés, du moins considérés comme de brillantes éventualités insuffisantes pour fixer la science. Bientôt, des succès indiscutables obtenus à la suite d'opérations pratiquées par M. Péan, devant une assistance inquiète ou même hostile, montrèrent que la réserve pusillanime observée jusqu'alors n'était plus justifiable; et lorsque l'auteur posa hardiment au monde savant cette question difficile : *l'ovariotomie peut-elle être pratiquée à Paris avec quelques chances de succès?* Tous les chirurgiens dont l'opinion n'était pas faite d'avance y répondirent, comme lui, par l'affirmative (1).

Non-seulement M. Péan pratiqua dès cette époque l'ovariotomie avec un succès au moins égal à celui des Baker-Brown, des Spencer Wells, des Kœberlé, etc., mais il étendit considérablement le champ de la gastrotomie et, le premier, il transporta dans la pratique de la grande chirurgie d'autres opérations qui, avant lui, n'avaient été pratiquées qu'accidentellement et dans des circonstances imprévues : nous voulons parler de l'hystérotomie pratiquée par la voie abdominale et de la splénotomie.

Cette dernière opération, pratiquée en 1867 pour une hypertrophie de la rate, eut un plein succès. Depuis lors, un second cas s'est présenté; le chirurgien, encouragé par sa première tentative, n'a pas résisté à enlever une rate énorme produisant des accidents de compression tels, qu'ils eussent certainement amené la mort à courte échéance (2). Cette fois encore, le succès a répondu à cette opération hardie, mais rationnelle.

Il ne nous reste que peu de choses à dire de la quatrième partie de l'ouvrage en question. C'est la monographie sur la forcipressure publiée en 1874, sous la direction de M. Péan, par deux de ses internes, MM. Deny et Exchaquet.

Depuis plus de dix ans, M. Péan s'est attaché à démontrer, dans son enseignement oral et sa pratique hospitalière, que la ligature peut être supprimée dans les opérations, et qu'elle est avantageusement remplacée par l'usage des pinces hémostatiques. Mais c'est surtout depuis le perfectionnement qu'il a apporté à ces instruments que le maniement en a été rendu plus facile. A ce titre, les leçons sur la forcipressure, recueillies par MM. Deny et Exchaquet, et publiées dans cette quatrième partie offrent le plus grand intérêt, surtout pour ceux qui ne sont pas à même de suivre la pratique de ce chirurgien.

En résumé, l'ouvrage de M. le docteur Péan est doublement intéressant :

1° Au point de vue pratique, par la multiplicité des faits et des renseignements qu'il renferme;

2° Comme travail d'ensemble, servant à montrer l'état de la grande chirurgie dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle, substitution de la forcipressure aux différentes ligatures dans les opérations de l'ovariotomie à Paris; établissement définitif de l'hystérotomie abdominale et peut-être de la splénotomie dans la pratique chirurgicale. Tels sont les faits nouveaux que renferme ce recueil. Après cela, que l'auteur se plaigne lui-même de quelques imperfections, c'est une réserve modeste que nous ne saurions lui reprocher, mais qui ne devra certainement pas l'empêcher de nous donner, dans un avenir prochain, le second volume qu'il nous promet.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

311. Badin. De l'albuminurie consécutive aux applications de teinture d'iode chez l'enfant.

312. Cassagne. Traitement de la fièvre typhoïde.

313. Magnin. Recherches géologiques, botaniques et statistiques sur l'impaludisme dans les Dombes et le miasme paludéen.

314. Brigault. Considération sur l'asthme produit par une éruption d'urticaire dans les bronches.

---

(1) Il me paraît bon de faire remarquer, aujourd'hui surtout que la presse médicale étrangère enregistre tant de déclamations plus ou moins désintéressées sur l'état de décadence de la chirurgie française, que la voie tracée par M. Péan a été brillamment suivie, que beaucoup de chirurgiens pratiquent, dans les cas simples, bien entendu, l'ovariotomie comme une opération courante. Les succès obtenus par MM. Benjamin Anger, Terrier, Duplay, etc., montrent que M. Péan avait raison d'affirmer, il y a douze ans, que l'ovariotomie pourrait être tentée à Paris avec de grandes chances de succès.

(2) Voir Académie de médecine, 1876.

315. Rivière. Des tumeurs du maxillaire inférieur.
316. Dulong. Contribution à l'étude des gommes sous-cutanées.
317. Gœbel. De quelques complications du côté de l'ombilic dans la péritonite tuberculeuse.
318. Lefebvre. Des paralysies traumatiques des membres inférieurs consécutives à l'accouchement laborieux.
319. Rœser. Du pemphigus chez les nouveau-nés.
320. Balme. De l'epididymite syphilitique, précédée de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire.
321. Ribard (S.). De la thrombose du tronc basilaire.
322. Andral. Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des eaux sulfureuses d'Eaux-Bonnes.
323. Ardoin. De quelques nouveaux médicaments anti-pyrétiques.
324. Wemaere. Du jaborandi, applications thérapeutiques, son emploi dans la pleurésie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons que M. le ministre de l'intérieur vient de notifier à M. le préfet de la Seine une décision, en date du 15 novembre 1876, portant :

1° Que des conférences cliniques de pathologie mentale pourront être ouvertes à l'asile Sainte-Anne et dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière ;

2° Que ceux qui voudront suivre ces conférences devront se pourvoir préalablement d'une autorisation du directeur de l'établissement, laquelle sera délivrée : aux élèves en médecine, sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine, attestant que le titulaire a subi avec succès le troisième examen de fin d'année, — aux médecins et aux magistrats, sur la présentation de leur carte personnelle, — aux avocats sur le vu d'un certificat délivré au secrétariat général du ministère de la justice.

Nous tenons de bonne source que la réouverture de ces conférences est due à l'intervention de M. le professeur Robin, de MM. les docteurs Liouville, Clémenceau, Thulié et à l'esprit libéral de M. de Marcère, ministre de l'intérieur qui a facilement compris que cet enseignement professé antérieurement par Pinel, Esquirol, Ferrus, Félix Voisin, Baillarger et Falret n'avait jamais porté atteinte à la morale.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur William Regnauld. Notre regretté confrère a succombé victime de son dévouement, en donnant ses soins à deux enfants et leur mère qui ont eux-mêmes succombé aux atteintes de la diphthérie.

M. le docteur Perot, son ami, est à son tour très-gravement atteint de cette maladie qu'il a contractée en lui prodiguant ses soins.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bordes étudiant en médecine, décédé à l'hôpital de la Charité.

— Par décret en date du 27 novembre 1876, l'article 1er du décret du 6 mars 1875, est rapporté dans sa disposition qui a soumis à la juridiction du conseil des prud'hommes du Havre, les pharmaciens, les droguistes et les herboristes.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Ont été proclamés lauréats de l'École : Première année. — Premier prix : M. Manisolle. — Deuxième prix, *ex æquo* : MM. Ribes, Danges. — Mentions honorables : MM. Adgieras, Coste.

Deuxième année. — Premier prix : M. Imbert. — Deuxième prix, *ex æquo* : MM. Vaseilhes, Jouannet. — Mentions honorables : MM. Gagnon, Heulz.

Troisième année. — Premier prix : M. de Brun-du-Bois-Noir. — Deuxième prix : M. Bourgade.

Prix *Fleury* (médaille d'or), décerné à l'élève qui a recueilli le plus grand nombre d'observations au lit des malades :

M. de Brun-du-Bois-Noir, déjà nommé. — Mention honorable : M. Heulz, déjà nommé.

Prix des hospices : M. de Brun-du-Bois-Noir, trois fois nommé. — Mentions honorables : MM. Heulz, Imbert, déjà nommés.

Élèves en pharmacie. — *Prix de laboratoire* : M. Serve.

Prix des travaux pratiques : MM. Maton, Passelaigue.

— M. Claude Bernard commencera son cours au Collège de France, le mercredi 6 décembre à dix heures et demie, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

— M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, commencera son cours le mardi 5 décembre, à 3 heures et demie, et le continuera, à la même heure, le mardi et le jeudi.

M. Ranvier traitera de l'histologie du système nerveux.

— Par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, M. le docteur Bertillon n'a pu, comme il l'espérait, commencer son cours de démographie et de géographie médicale le mardi 28 novembre dans la salle des séances de la Société d'anthropologie.

L'ouverture de ce cours aura lieu samedi 2 décembre, à trois heures, au rez-de-chaussée de l'École pratique, amphithéâtre n° 2. Le cours continuera le mardi et le samedi de chaque semaine et, jusqu'à avis contraire, à la même heure (de trois à quatre heures) et dans le même amphithéâtre.

— M. le docteur Landolt commencera son cours public sur les maladies des yeux le samedi 2 décembre, à une heure, à sa clinique, 5, rue du Pont-de-Lodi, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux, par le docteur Mauriac. — In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

B. — *Convulsions épileptiformes dans l'alcoolisme chronique.* Si l'attaque franche d'épilepsie alcoolique a pu s'observer dans le cours de l'alcoolisme aigu et revêtir tous les caractères qui viennent d'être exposés, il faut reconnaître qu'on la rencontre également au seuil de l'alcoolisme chronique. Elle peut même, dans certains cas, indiquer l'heure précise de l'inauguration de cet état. Mais ce que l'on constate le plus souvent dans l'alcoolisme chronique et ce qu'il importe de préciser cliniquement, ce sont les convulsions épileptiformes. Je ne peux pas détacher toutefois de l'alcoolisme chronique la description de ces accidents particuliers, si différents de l'épilepsie, sans esquisser au préalable le portrait rapide de l'alcoolisé chronique.

Le malade est le plus habituellement âgé de quarante à cinquante-cinq ans. Il a du tremblement des mains, des lèvres et de la langue, surtout le matin, ou lorsqu'il s'est appliqué à un travail quelconque ; il sent que ses forces générales diminuent et la nécessité de se donner du ton s'impose à lui. Il éprouve avant de s'endormir des fourmillements aux pieds ou aux jambes, des contractures et des crampes dans les mollets, puis les fourmillements apparaissent inopinément dans le jour, avec une intensité très-variable, visitent parfois la région lombaire et envahissent même les bras. Il vacille, s'il reste debout, s'il se met en marche ou s'il est fatigué ; il croit manquer souvent de solidité et il accuse ses genoux de ployer sous lui ; il devient maladroit, laisse tomber les objets, ne possède plus qu'une sensibilité émoussée au bout des doigts et une sensibilité presque éteinte aux orteils ; tantôt il lui semble qu'il va choir, sans faire de chute, et tantôt il recourt à un point d'appui pour ne pas tomber. Il a les pupilles dilatées et moins sensibles à la lumière qu'à l'état normal ; il voit les objets trembler sous ses yeux, et il affirme que les contours de ces objets sont indécis d'abord, puis lumineux, plus tard noirs et opaques, que la lecture lui est difficile, que les caractères d'imprimerie se meuvent, se confondent et paraissant danser. Il aperçoit, le soir, des petits animaux courant dans sa chambre, et il en est qui se mettent tout à coup à grossir et à se rapetisser, à s'approcher de son lit et à s'éloigner ; il voit des ombres, des têtes humaines énormes et d'une repoussante laideur, des fantômes, des spectres, des cordes, des réchauds, des instruments de supplice et il entend des bruits indistincts, inquiétants, terrifiants. Il dort très-peu et très-mal, fait des rêves pénibles, s'afflige et a peur dans l'obscurité, allume une bougie ou une veilleuse et finit par s'assoupir. Il a des étourdissements qui peuvent parfois déterminer une chute, mais qui n'entraînent jamais de symptômes apoplectiformes, n'annoncent aucunement l'invasion soudaine d'une nouvelle série d'accidents et contre-indiquent l'usage des émissions sanguines ; il s'affaiblit davantage encore, décline intellectuellement, perd la mémoire, fait des confusions étranges et n'a plus en toute chose qu'une volonté flottante et débile ; il présente des anesthésies partielles qui remontent alors aux parties supérieures du corps ; il commence à avoir du dégoût pour les aliments, son appétit diminue capricieusement, et s'éteint par degrés, ses digestions se troublent, et dans des vomiturations qui se produisent le matin, et qui coïncident avec une sorte de tension épigastrique douloureuse, il rejette un liquide acide, filant et bilieux. Sa langue se fendille, et son pharynx rougit et se dessèche. Il subit des souffrances nocturnes de plus en plus vives et il les compare à des tiraillements, à des coupures et à des brûlures ; il s'amaigrit, et sa peau se parchemine et prend une teinte grise un peu terreuse. Il se préoccupe alors de sa santé, analyse son état de souffrance, est très-surpris de tout ce qu'il éprouve du côté du tube digestif, devient sombre et soupçonneux, et se trouve ainsi conduit aux idées d'empoisonnement, au refus d'aliments, à la panophobie, à la sensiblerie et à une certaine attitude gémisseuse spéciale.

Enfin, comme si tant de châtiments ne devaient pas suffire encore, l'alcoolisé chronique, en parcourant sa triste carrière d'ivrogne, ressent de temps à autre dans les membres inférieurs, et de préférence vers les muscles des mollets et les fléchisseurs des jambes, des secousses convulsives subites, plus ou moins durables et plus ou moins douloureuses, qu'il compare à des secousses électriques, et il est frappé en outre de convulsions épileptiformes qui, quoi qu'en ait dit Magnus Huss, ne passent pas à la longue à l'épilepsie confirmée.

Ces convulsions rappellent un peu la chorée et présentent parfois quelques points de ressemblance avec l'hystérie. Leur apparition n'a rien de fixe, rien de défini et rien de périodique. Annoncées quelquefois par un sentiment quasi-vertigi-

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 14, 23 et 28 novembre.

neux et par un début vague d'état hallucinatoire imparfait, puis précédées ordinairement d'une sorte de pesanteur de tête, dont les malades ne rendent compte que d'une manière confuse, ces convulsions ne sont jamais continues, se manifestent par accès irréguliers, se succèdent à des intervalles très-variables et sont suivies de prostration profonde, avec affaiblissement des sens et diminution de la liberté morale. Au moment où la convulsion épileptiforme éclate, le malade conserve le plus souvent une demi-conscience de ce qui se dit et se fait autour de lui. Dans quelques cas graves, il perd complétement connaissance.

On le voit, ces convulsions épileptiformes ne sont point du tout épileptiques. Quelques médecins ont pensé que dans l'alcoolisme chronique la convulsion épileptiforme pouvait se justifier par l'ingestion préalable habituelle et en excès du vin ou de l'eau-de-vie, mais que la convulsion chez les absinthisés se rapprochait beaucoup au contraire de la franche attaque d'épilepsie et était même dans beaucoup de cas une véritable attaque d'épilepsie. Cela reviendrait à dire qu'un accident convulsif étant donné, tout clinicien doit pouvoir reconnaître aussitôt, d'après les caractères particuliers de la crise, quel a été le liquide alcoolique qu'a bu son malade? Cette finesse de diagnostic différentiel est séduisante, mais foncièrement inexacte. C'est une simple vue de l'eprit.

On se fait en général une idée très-fausse de ce que boit l'ouvrier à Paris, et l'on admet sans examen qu'il consomme considérablement d'absinthe. J'avais moi-même partagé jadis cette opinion préconçue, mais depuis que j'ai vu défiler en moyenne 52,000 individus par an, au dépôt de la préfecture, et que j'ai eu à constater un nombre vraiment immense d'accidents alcooliques et épileptiques, je me suis bien vite aperçu que, dans un but d'ailleurs très-louable, on avait singulièrement calomnié l'absinthe.

Qu'on le sache bien : à Paris, l'ouvrier boit du vin rouge, et rien que du vin rouge. C'est tout à fait à titre exceptionnel qu'il consent à faire usage d'autre chose.

Les femmes, les cochers et les chiffonniers boivent de préférence du vin blanc et de l'eau-de-vie. Quant à l'absinthe, elle est recherchée surtout par les petits employés, les sous-officiers des corps sédentaires, les commis, les contre-maîtres d'ateliers, les conducteurs de travaux, les représentants de maisons de commerce, les agents « qui font la place », les artistes de bas étage, les déclassés de la plupart des professions, les entremetteurs d'affaires, les irréguliers de la bourse, de la presse, des théâtres et de la galanterie, les mécontents à existence problématique, les philosophes et les poëtes incompris, les aventuriers et les escrocs. Or, même en réunissant tous ces éléments interlopes de la population, on n'arrive qu'à un chiffre heureusement très-faible, eu égard aux masses compactes de la classe ouvrière, laquelle, je le répète, ne consomme que du vin rouge.

A propos du vin rouge, il règne un singulier préjugé. Lorsqu'un ouvrier est atteint des signes les plus accablants de l'alcoolisme aigu, subaigu ou chronique, et qu'il vient à être cliniquement interrogé et examiné, il manque rarement d'affirmer qu'il ne boit « jamais d'alcool, ni d'absinthe, et qu'il est donc très-sobre, puisqu'il ne boit que du vin rouge.» On questionne son père, sa femme ou sa maîtresse, et l'on apprend « qu'il est très-rangé et qu'il ne boit pas d'alcool. » Et, cependant, toute la symptomatologie alcoolique est là, sous les yeux du médecin ! L'explication de ce fait est aussi simple qu'inattendue: pour l'ouvrier et pour les membres de sa famille, boire du vin rouge, ce n'est pas boire; mais prendre du vin blanc, de l'eau-de-vie ou de l'absinthe, c'est « s'abandonner à l'alcool, se déranger et perdre sa santé. » Cette innocuité supposée du vin rouge fait délivrer à l'ivrogne le plus invétéré un brevet de sobriété exemplaire. Or, sait-on ce que consomme en moyenne cet ouvrier si sobre, que l'on surprend cependant en flagrant délit d'alcoolisme ? Trois litres de vin rouge par jour. Il s'alcoolise sans le savoir et tire vanité d'une vertu bien relative. Au demeurant, il lui faut plus d'argent pour nourrir son vice que pour élever quatre enfants. Il le sait si bien, cet homme sobre, qu'il s'impose une famille restreinte. Et voilà comment a baissé le chiffre de la population et comment nous nous sommes laissé battre par la Prusse. En France, nous n'avons pas assez d'enfants. L'égoïsme conduit à la stérilité volontaire, et la stérilité volontaire mène tout droit à l'appauvrissement national.

C. — *Epilepsie alcoolique larvée.* — Dans la catégorie si nombreuse des prédisposés à l'aliénation mentale et aux névroses, j'ai déjà rencontré quelques individus pouvant commettre de grands excès alcooliques, sans jamais éprouver les phénomènes obligés de l'ivresse ni les signes physiques les plus habituels de l'intoxication alcoolique. Ils offrent au poison une résistance exceptionnelle qu'ils sont évidemment forcés d'aller puiser dans des conditions pathologiques latentes. Susceptibles, irascibles, emportés, violents, ils vivent dans une sorte d'agacement permanent, dépensent une activité extraordinaire dans tout ce qu'ils font, sont mécontents de tout, récriminent contre tout le monde, veulent tout détruire et ne proposent rien à la place, se reposent à peine, mangent peu et dorment mal. Ils ne dépérissent pas, bien que leur existence physiologique soit presque un défi porté aux lois biologiques et aux règles hygiéniques. Ils passent pour être fort difficiles à vivre, pour avoir « le caractère mal fait ou l'esprit de travers » ; et de fait, ils n'usurpent pas cette réputation. Ces individus, que Morel avait déja remarqués, boivent d'une façon continue, à peu près en tout temps, et absorbent des quantités considérables, inexplicables même, de vin, de bière ou de liqueurs diverses, et ne sont point influencés en apparence par de tels excès, *alors même qu'ils viennent à les continuer pendant longtemps*, ce que l'on peut observer dans certains cas vraiment surprenants. Si l'on se met à fouiller dans la vie de ces buveurs émérites, qui ne sont ni alcoolisés chroniques, ni dipsomanes, on remarque qu'ils ont les mêmes instincts, les mêmes tendances, les mêmes colères, les mêmes perversions, les mêmes impulsions et les mêmes fascinations morbides et criminelles que les épileptiques larvés, mais avec cette différence qu'ils ne délirent pas et qu'ils ne sont jamais hallucinés. Ils commettent des actes pervers, honteux ou cruels, et ils les raisonnent à leur guise, en ayant soin d'ajouter ces paroles presque invariables : « Oui, j'ai fait telle chose, mais cela ne prouve pas que je sois fou. En quoi suis-je fou ? Prouvez-moi donc que je suis fou ? » Ils sont compromettants, malfaisants et dangereux, et, drapés dans leur opposition systématique à tout, ils sont effectivement pourvus d'une lucidité qui en impose. En cherchant constamment à discuter, à guerroyer même, avec le médecin qui a mission de les interroger et de statuer sur leur état mental, ils font preuve de mauvaise foi, d'astuce et d'outrecuidance. La menace d'un scandale dans la presse, d'une poursuite judiciaire ou d'une demande d'indemnité énorme font nécessairement partie de leurs moyens de défense et n'intimident personne.

Je n'ai jamais vu un jésuitisme pathologique comparable à celui que présentent ces malades masqués. Ils ne sont ni convulsifs, ni alcooliques, ni délirants, et, cependant, ils sont épi-

leptiques moins les accidents comitiaux, alcooliques moins l'intoxication, et délirants moins la déraison ! Je les désignerai jusqu'à plus ample informé sous l'appellation d'épileptiques alcooliques larvés, tout en n'ignorant pas que d'autres les considéreraient à ma place comme des ivrognes, des aliénés héréditaires, des maniaques sans délire, des monomanes raisonnants, des fous lucides, peut-être même comme des fous avec conscience. Ce que je sais et ce que j'affirme, c'est qu'ils portent en apparence le cachet de l'épilepsie. Je ne saurais un seul instant les confondre avec les dipsomanes, malades bien peu étudiés encore, mais que chacun se flatte volontiers de connaître.

Le dipsomane est un individu habituellement sobre, qui, sous l'influence de cause déprimantes variées ou simplement morbides, subit tout à coup d'une manière paroxystique, un maladif entraînement à faire excès des liqueurs fortes. Il a conscience de son irrésistible besoin de boire et le déplore, fait des promesses, ne consomme même plus que de l'eau, puis retombe dans un nouvel accès, court au café et n'arrive pas toujours à se griser, tant il offre parfois de résistance à l'alcool. Il boit partout, vend tout ce qu'il possède pour boire, vole plutôt que de ne plus boire, puis s'afflige, se fait honte à lui-même, vomit et se rétablit. D'autres rechutes surviennent. Il est incurable, mais n'est généralement pas dangereux.

L'épileptique alcoolique larvé, au contraire, est un buveur presque continu ou continu ; il est irritable, partial, méchant, impulsif et dénué de tout sens moral. Ses actes pervers sont subits et imprévus. Il se fait haïr partout où il passe, comparaît souvent devant les tribunaux, réclame, se pose en victime et s'entend condamner. On questionne, en effet, tous les témoins sur les habitudes du prévenu et on leur demande s'ils l'ont vu ivre bien souvent? Ils répondent invariablement qu'il buvait, mais qu'il ne se grisait jamais. L'absence d'iv resse tourne contre lui, et il paraît plus foncièrement malfaisant qu'un autre. La justice, qui ne saurait élever l'ivresse au rang des excuses, se sent néanmoins portée à la sévérité vis-à-vis d'un homme qui semble avoir forgé de toute pièce sa propre culpabilité, au lieu d'en avoir emprunté les éléments originels à une libation exagérée.

Ces sortes de malades, qui ne sont pas encore nosologiquement classés, sont rares. Ils créent de véritables embarras et de lourdes responsabilités. Si le médecin les place dans un établissement d'aliénés, ils ne tardent pas à sortir et s'attaquent alors à lui. S'il les laisse passer en justice, il est obligé en conscience de faire entendre quelques paroles de sincère atténuation, et il n'est pas toujours cru. S'il les fait rendre à la liberté, il peut craindre d'être pour quelque chose dans le crime qui sera peut-être accompli le lendemain.

Je signale simplement en passant un point d'étude pour l'avenir. La question est délicate et importante. J'appelle sur elle toutes les méditations des observateurs.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

De l'anémie par affection cardiaque (1).

(Leçon recueillie par M. A. Gros, lauréat de l'École de médecine.)

II

Si l'anémie cardiaque est certaine, si vous en avez constaté l'existence et que vous en compreniez la production, il ne faut cependant pas en exagérer l'importance et placer sous sa dépendance directe et nécessaire toutes les anémies qui surviennent pendant le cours des affections cardiaques. La maladie du cœur ne met pas à l'abri des influences diverses qui déterminent l'appauvrissement du sang, et elle peut se produire chez les chlorotiques comme chez les autres sujets. Une même influence, une même diathèse, le rhumatisme et la goutte, ou, pour tout exprimer en un mot, l'arthritis, cause principale des affections cardiaques, est aussi cause fréquente de chlorose et d'anémie. On n'admettra donc ici la chlorose d'emblée que chez les jeunes filles, dans les cas où ces signes prédominent sur ceux de l'affection cardiaque et déterminent notamment de beaux bruits dans les vaisseaux du cou. On n'admettra la chlorose cardiaque que si la chlorose paraît subordonnée dans sa marche à la lésion cardiaque elle-même. Tenez compte aussi des antécédents et de l'étiologie. Quand une femme d'un certain âge vous présente le faciès chlorotique, si surtout cette femme appartient à une famille où règne l'arthritis, ne vous bornez pas à rechercher les bruits vasculaires de la chlorose ni le souffle au premier temps du cœur, et n'éliminez la chlorose cardiaque que dans les cas où vous ne trouvez pas de souffle cardiaque au deuxième temps et à la base.

Ainsi donc vous admettrez l'anémie d'origine cardiaque, mais vous n'en mettrez pas partout. Par exemple, vous n'imiterez pas Virchow, qui a placé le point de départ de la chlorose commune dans un arrêt de développement du cœur et des gros vaisseaux et proposé sérieusement de la traiter par des applications de glace sur la région précordiale.

Il est une autre anémie dont les rapports avec un état cardiaque sont moins contestables. Je veux parler de cette anémie décrite en 1868 par Biermer, de Dresde, sous le nom de pernicieuse progressive et, d'après lui, accompagnée d'une dégénérescence graisseuse du cœur. Que cette coïncidence entre une anémie grave et une altération graisseuse du cœur soit un fait acquis à la science, c'est ce qu'on ne saurait aujourd'hui nier ; ce serait s'inscrire contre les témoignages de Gusserow, de Ponfick, de Fede et d'autres encore, dont la liste déjà nombreuse s'augmentera sans doute chaque jour. Mais ne vous hâtez pas de croire que l'altération graisseuse du cœur est la cause nécessaire et principale de cette anémie : d'abord la coïncidence n'est pas constante, d'après Lebert, et ensuite le serait-elle qu'il faudrait, pour admettre la filiation, constater la même anémie à la suite des autres stéatoses cardiaques, ce qui n'est pas, comme plusieurs alcoolisés nous en ont fourni la preuve.

L'opinion qui me paraît la plus probable, c'est qu'une même influence morbide produit simultanément les deux lésions. L'anémie dite pernicieuse a été surtout signalée chez les femmes en couches. Or, d'un autre côté, l'état puerpéral produit l'altération graisseuse du cœur par le moyen d'une myocardite, comme l'a démontré le docteur Maurice Coste, chef interne de nos hôpitaux. Une autre cause d'anémie profonde, mais moins pernicieuse que d'autres, est l'impaludisme, affection qui produit aussi la myocardite, comme notre ancien interne, le docteur Albenois, a fortement contribué à le prouver.

Règle générale, les affections graves, infectieuses ou pyrétiques peuvent déterminer simultanément une anémie plus ou moins profonde et une altération graisseuse du cœur par l'intermédiaire d'une myocardite. Des exemples de l'évolution isolée des deux affections ou de la persistance de l'une quand l'autre s'amende, exemples qui ne sont pas rares dans les cas d'impaludisme, nous permettent de ne pas les allier, de ne pas, pour ainsi dire, les marier l'une à l'autre ; et cependant

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 novembre.

j'ai cru reconnaître que, lorsque la myocardite intervient, l'anémie palustre augmente d'intensité et de ténacité, ce qui réserverait à la myocardite une influence adjuvante dans la pathogénie de l'anémie, action tout à fait accessoire dont l'affaiblissement circulatoire nous donnerait la raison.

Ces réserves faites, nous ne reconnaissons en définitive que deux anémies d'origine cardiaque, qui sont à nos yeux les deux degrés d'un même état morbide : l'anémie purement artérielle, due à ce que le sang s'accumule dans l'arbre veineux, et l'anémie vraie, qui paraît devoir être attribuée à ce que l'anémie artérielle et le ralentissement de la circulation diminuent l'activité de l'hématopoièse. L'anémie vraie peut être complète et consister dans la diminution de tous les éléments du sang, ou simplement chlorotique, par la diminution prédominante des globules.

III

Quelle est la gravité de ces anémies et quels moyens de traitement pouvons-nous leur opposer ?

Le pronostic peut ici se formuler en trois règles, sur lesquelles j'appelle toute votre attention.

L'anémie purement artérielle, consécutive à la pléthore veineuse dans les affections mitrales, n'est pas, malgré les apparences, une affection de très-haute gravité. Malgré la petitesse et les irrégularités du pouls, on arrive souvent à une guérison provisoire. Notre nº 16 de la salle Sainte-Catherine en est la preuve.

L'anémie artérielle, plus tard unie à l'anémie vraie, que l'on rencontre dans les affections de l'orifice aortique où elle précède la pléthore veineuse, est beaucoup plus grave, infiniment plus rebelle, sans indiquer cependant un danger immédiat. La chlorose cardiaque est encore plus grave et plus inexorable, elle révèle chez l'adulte une maladie à marche rapide.

Mais quand, dans les affections de l'orifice aortique, à l'anémie vraie vient s'ajouter la pléthore veineuse avec œdème et cyanose, alors c'est la mort qui approche.

Quelle que soit, d'ailleurs, la gravité des cas, le médecin doit toujours combattre.

Le traitement de l'anémie par affection cardiaque doit s'adresser à la cause bien plus qu'à l'effet, à la maladie du cœur bien plus qu'à l'anémie ; c'est pourquoi tôt ou tard il échoue contre l'obstacle invincible de la lésion organique.

Ce traitement est soumis à des règles générales et surtout à des règles spéciales qui varient suivant la forme de l'anémie, ses rapports avec la pléthore veineuse et la lésion du cœur qui l'a produite.

Les règles générales sont au nombre de deux :

L'anémie étant artérielle avant d'être vraie et le ralentissement de la circulation jouant un rôle capital dans sa production, il faudra recourir surtout aux agents qui augmentent la tonicité du cœur et la tension artérielle ; tels sont : le café, la digitale, le quinquina, l'alcool, l'arsenic, la noix vomique et le phosphore. De tous, le plus fréquemment efficace est la digitale, que Beau a justement nommé le quinquina du cœur ; mais il est nécessaire de l'employer à faible dose, car à haute dose elle peut avoir une action opposée.

En second lieu, on emploiera le traitement ordinaire de l'anémie : nourriture et agents dyspeptiques, aération, ferrugineux.

Les règles spéciales sont plus importantes et méritent une étude plus approfondie ; mais ce sont là des questions nouvelles, et je ne puis que vous donner les résultats d'un travail en quelque sorte préliminaire.

La digitale convient surtout quand l'anémie artérielle se traduit par la fréquence et l'irrégularité du pouls et la diminution des urines.

Le café convient dans les mêmes conditions, surtout lorsque les urines sont diminuées ; mais son action est moins sûre que celle de la digitale. C'est précisément dans ces cas que l'alcool ne convient pas.

Dans l'anémie artérielle précédée par la pléthore veineuse, dominée par elle et liée à l'insuffisance mitrale, c'est à la digitale surtout qu'il faut recourir ; elle est, dans ce cas, bien supérieure à tous les autres médicaments réunis et donne, temporairement au moins, de magnifiques résultats.

Dans l'anémie artérielle qui n'est pas manifestement accompagnée de pléthore veineuse, qui est parvenue à l'anémie générale et qui est liée à une lésion aortique, surtout à une insuffisance, ne comptez pas sur la digitale, recourez de préférence à l'alcool et mieux encore à l'arsenic. Employez encore les eaux minérales alcalines et ferrugineuses ; les alcalins viennent alors faciliter la circulation dans les petits vaisseaux et attaquer le mal dans son principe, la diathèse acide. Favorisez aussi la circulation périphérique par les frictions, les massages, les lotions chaudes, sur lesquelles déjà insistait Morgagni. Vous arriverez ainsi à retarder un peu la marche progressive du mal.

Enfin, quand l'anémie artérielle viendra tardivement s'ajouter à la pléthore veineuse, combinez les deux médications ; ajoutez à l'alcool et à l'arsenic la digitale, en insistant davantage sur les premiers que sur le dernière ; associez l'arsenic et la noix vomique, comme nous le faisons parfois avec quelque succès dans l'asthénie cardiaque ; recourez aussi à l'éther phosphoré, il nous a aussi été utile ; mais, dans ces cas d'une gravité extrême, vous n'obtiendrez jamais, quoi que vous fassiez, que de bien pauvres résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 décembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Épidémie de tétanie. — M. HILLAIRET, à l'occasion des communications de MM. Magnan, dans la dernière séance, fait connaître les résultats d'une enquête qu'il a dû faire, pour le *conseil de salubrité*, au sujet des cas de contracture des extrémités, observés à Gentilly. Il résulte de cette enquête que, sur le nombre assez considérable d'enfants qui ont été considérées comme atteintes de tétanie, quatre seulement ont été véritablement affectées ; que toutes les autres, en particulier les vingt-quatre enfants qui ont été prises en l'espace de deux jours dans l'école des filles ont simulé la maladie et qu'elle ont fini par avouer qu'elles avaient voulu s'amuser. Il n'y a donc pas eu là d'épidémie réelle, mais bien de simples faits de simulation.

M. MAGNAN déclare que les enfants qu'il a pu examiner, que la jeune fille qui a été atteinte la première en juillet, ainsi que celle qui a été prise en octobre, ont été réellement atteintes de contracture des extrémités, Deux autres enfants, qu'il a également examinées, étaient aussi bien réellement atteintes, puisqu'elles présentaient un certain degré d'œdème aux poignets. Quant aux faits qui se sont passés le 13 et le 14 novembre à l'école de filles de Gentilly, faits dont a parlé M. Magnan dans sa première communication, il rappelle qu'il a lui-même déclaré qu'il pouvait bien être question d'une épidémie par imitation.

M. LABORDE fait observer que M. Hillairet parle de simulation,

tandis que M. Magnan parle d'imitation, ce qui n'est pas du tout la même chose.

M. HILLAIRET maintient qu'il s'agit de simulation et non d'imitation.

M. ONIMUS fait observer qu'on est un moyen facile de reconnaître un cas de tétanie réelle d'un cas de simulation; c'est d'interroger la contractilité musculaire au point de vue des courants continus.

M. LEVEN demande à M. Hillairet à quelle cause il attribue l'apparition des quelques cas qu'il reconnaît comme parfaitement authentiques.

M. HILLAIRET rappelle qu'un a invoqué, dans des circonstances analogues, l'humidité, les affections vermineuses, la dysenterie comme pouvant exercer une influence sur la production de ces cas. Mais aucune de ces causes ne peut être admise dans l'épidémie dont il s'agit; en effet, bien que cent quinze jeunes filles soient réunies dans une seule école, dans des salles basses, humides et insuffisamment aérées et éclairées, vu l'époque à laquelle ont été observés les premiers cas, il est impossible d'admettre l'influence de l'humidité. Il n'y avait pas eu non plus, antérieurement, d'épidémie de dysenterie. La cause nous échappe donc ici.

M. CHARCOT demande si quelques-unes des jeunes filles se disant atteintes par la maladie ont pu être observées pendant le sommeil.

M. HILLAIRET répond que l'une d'elles, qui a plus tard avoué qu'elle avait voulu s'amuser comme les autres, a été observée pendant son sommeil par sa mère, qui a déclaré qu'elle avait les poings fermés, aussi bien pendant son sommeil qu'à l'état de veille.

M. CHARCOT, qui attache une certaine importance à ce signe, fait observer que l'enfant aurait bien pu mentir quand elle a avoué qu'elle avait simulé et non pas quand elle s'est prétendue atteinte.

Modifications survenant dans la coloration de certains poissons privés d'un œil. — M. POUCHET a entrepris, en même temps que M. Chantran, une série d'expériences qui montrent que si l'on enlève un œil à certains poissons tels que la truite, par exemple, on voit, sous l'influence de cette ablation, l'animal présenter un côté noir et un côté blanc. Mais il est, dans l'appréciation de ce phénomène, une cause d'erreur contre laquelle il faut se tenir en garde.

En effet, une truite, privée d'un œil, se met à nager sur le côté de l'œil enlevé, de telle sorte que ce côté paraît plus foncé que le côté opposé. Cependant, malgré cette cause d'erreur, M. Pouchet a pu constater d'une façon évidente une modification réelle dans la coloration des deux côtés de l'animal. Le côté de l'œil conservé devient plus foncé que le côté aveuglé. En outre, l'animal se tient obliquement, et la nageoire pectorale du côté aveuglé se trouve placée horizontalement, tandis que la nageoire pectorale du côté voyant est relevée.

Que conclure de ces faits au point de vue de la physiologie? M. Pouchet croît pouvoir en déduire que ces phénomènes sont dus à une altération du grand sympathique résultant de l'ablation de l'œil. Les nerfs optiques étant croisés chez ces poissons, il en résulte que c'est le grand sympathique du côté opposé qui est altéré et que c'est, par conséquent, le côté du corps où l'œil est conservé qui est affecté. Ces expériences peuvent être de quelque utilité pour les anatomistes soucieux des origines cérébrales du grand sympathique.

Indépendance des phénomènes de l'ovulation et de la menstruation. — M. DE SINÉTY a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une hystérique, hémianesthésique et ovarienne droite, morte récemment dans le service de M. Charcot. Cette fille avait été réglée à treize ans, et depuis lors avait été à peu près régulièrement réglée.

A l'autopsie, ses organes génitaux externes étaient normaux. Ses organes génitaux internes présentaient les particularités suivantes : on constatait d'abord une asymétrie entre les deux ovaires; l'ovaire droit était plus éloigné de l'utérus que l'ovaire gauche. A côté de l'ovaire droit se trouvait une petite tumeur hémisphérique de la grosseur du doigt.

L'examen histologique montra qu'il n'y avait pas un seul follicule de Graaf arrivé à une certaine période de son développement, à la période ascensionnelle. La muqueuse utérine était boursouflée, vasculaire; ses glandes étaient hypertrophiées et même infiltrées d'éléments globulaires indéterminés. En résumé, cette muqueuse présentait exactement l'aspect d'une muqueuse utérine pendant la période menstruelle. Or cette malade avait eu ses règles deux mois avant sa mort. Il n'y avait pas dans ses ovaires de corps jaunes de la menstruation ni aucune cicatrice. Il était donc évident qu'aucun ovule n'avait été expulsé par ces ovaires, au moins depuis longtemps. C'était donc là un cas de menstruation sans ovulation.

M. de Sinety rapproche de ce fait plusieurs cas dans lesquels, au contraire, il y avait eu ovulation sans menstruation.

Il cite aussi l'exemple d'une femme qui a subi une ovariotomie double, qui est restée quelques mois sans voir ses règles, puis qui les a vu reparaître et persister depuis très-régulièrement, bien que privée de ses deux ovaires.

Il résulte de ces faits que, si les rapports admis par tous les physiologistes entre la menstruation et l'ovulation sont bien évidemment la règle, il n'en est pas moins vrai que, dans un certain nombre de cas, ces deux phénomènes sont absolument indépendants l'un de l'autre.

M. GUBLER, tout en reconnaissant que la communication de M. de Sinety a un réel intérêt, fait observer que des faits analogues et les conclusions qui en découlent avaient été déjà signalées depuis longtemps. Il rappelle avoir lui-même publié un travail sur ce sujet, il y a une quinzaine d'années.

Tout le monde sait aujourd'hui, qu'une femme peut devenir enceinte sans avoir jamais présenté les phénomènes de la menstruation.

M. DE SINETY déclare n'avoir pas eu l'intention d'apporter une théorie nouvelle, mais avoir seulement voulu faire connaître des faits se rapportant à une question non encore résolue d'une façon définitive.

Contractions tétaniformes produites consécutivement à l'excitation des parties postérieures du cerveau chez les grenouilles. — M. ONIMUS enlève les lobes cérébraux d'une grenouille, cautérise au fer rouge les parties restantes de ce cerveau et détermine ensuite chez l'animal, sous l'influence du moindre attouchement de l'une de ses pattes, une attaque tétaniforme très-manifeste. Ces expériences paraissent devoir être rapprochées des faits de contracture consécutive à la lésion des centres moteurs chez l'homme.

M. LABORDE fait observer que la grenouille est d'une telle susceptibilité qu'il n'est pas besoin d'exciter directement telle ou telle partie de son cerveau pour produire des phénomènes semblables à ceux dont vient de parler M. Onimus. Il suffit quelquefois de la prendre entre les doigts pour la voir présenter une attaque de tétanos, souvent même suivie de mort.

Or, M. Laborde demande à M. Onimus si l'attaque tétaniforme qu'il a observée chez ses grenouilles présente quelque particularité qui permette de la rattacher exclusivement à l'excitation qu'il produit sur les parties restantes du cerveau.

M. ONIMUS répond que les phénomènes qu'il a observés ne sont nullement semblables à ceux dont parle M. Laborde et qu'ils ne se produisent, chez les grenouilles, que sous l'influence d'une excitation violente des centres moteurs du cerveau.

De la vitesse des perceptions sensitives. — M. CH. RICHET a étudié les lois de la sensibilité et a comparé les phénomènes de la perception sensitive à ceux de la contraction musculaire. Ces expériences ont été faites sur l'homme sain, et la méthode graphique a permis de démontrer les propositions suivantes :

1° La sensibilité, mise en jeu par une excitation faible, décroît lentement, mais revient rapidement à l'état normal, après un repos même très-court.

2° Des excitations multipliées produisent un effet sensitif qu'une excitation unique est impuissante à produire, ce fait fondamental ne peut s'expliquer que par l'addition (sommation de Gruenhagen et Pflüger), grâce à laquelle des excitations successives vont s'accumuler dans le cerveau.

3° La conséquence directe de cette proposition est que des excitations faibles sont perçues avec un très-grand retard, tandis que des excitations fortes sont presque instantanées : ceci n'est vrai que pour des séries d'excitations électriques; mais ne serait pas exact pour des excitations uniques qui, fortes ou faibles, sont perçues au même moment.

4° Il existe une relation entre la fréquence, l'intensité et le nombre des excitations, telle que le nombre des excitations, nécessaires pour provoquer une perception, est en raison inverse de l'intensité et de la fréquence de ces excitations.

5° La persistance d'une impression dans les centres nerveux est en raison directe de l'intensité de l'excitation qui l'a produite.

De tous ces faits, il résulte qu'il faut distinguer l'excitation du nerf et l'excitation des centres nerveux. L'excitation du nerf est une simple transmission; l'excitation des centres est une sorte d'ébranlement, de vibration qui persiste longtemps après que l'excitation a été faite. A ce point de vue, les centres nerveux ressemblent aux muscles, et il y a une relation étroite, non entre la fonction, mais entre la forme de la fonction de ces deux tissus.

Mort subite par excitation des pneumo-gastriques ou des nerfs laryngés. — M. PAUL BERT, à l'occasion des faits signalés dans la dernière séance par MM. Leven et Charcot, l'un relativement à un nouveau cas de mort subite consécutive à une thoracentèse, l'autre à des phénomènes de sidération observés chez plusieurs malades à la suite d'un léger accès de toux, rappelle les expériences qu'il a pratiquées il y a plusieurs années et qui démontrent qu'une simple excitation des nerfs nasal, laryngé supérieur, ou pneumo-gastrique peut entraîner chez les animaux, non-seulement un arrêt instantané de la respiration, mais même la mort subite. La mort, dans ces cas, n'est nullement le résultat de la syncope, ni de l'asphyxie. Par exemple, si l'on vient à écraser la trachée d'un canard, animal qui a pourtant la vie dure, comme on sait, on détermine la mort instantanément. Cinq minutes après, il n'y a plus de contractilité musculaire, et la rigidité cadavérique arrive très-promptement. M. Bert est disposé à rapporter la mort, dans ces cas, à une commotion du plancher du quatrième ventricule, à une sidération du nœud vital par une action centripète dont le point de départ est une irritation de l'un des nerfs dont il a parlé. La plupart des faits de mort subite qui ont été observés, soit à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx, soit à la suite de cautérisations ammoniacales du pharynx, soit même à la suite de l'ingestion d'une glace, sont évidemment, suivant M. Bert, des faits de l'ordre de ceux qu'il vient de rappeler. Enfin la mort subite dans la fièvre typhoïde ne serait-elle pas plutôt expliquée par ces faits que par l'action réflexe partant des intestins admise par M. Dieulafoy.

M. LEVEN, en pratiquant des expériences sur les animaux, a eu l'occasion d'observer plusieurs fois la mort subite à la suite de l'introduction d'une pince dans la trachée.

M. CHARCOT demande à M. Bert si, dans les faits qu'il a observés, il a toujours vu les choses aller jusqu'à la mort des animaux en expérience. Dans les cas observés chez l'homme par M. Charcot, les individus ainsi frappés sont revenus à la vie.

M. RENAULT fait remarquer que l'opinion soutenue par M. Dieulafoy relativement à la mort subite dans la fièvre typhoïde a été entièrement confirmée par les expériences de M. Tarchanof, expériences dont nous avons donné les résultats dans nos comptes rendus de la *Société de biologie* de l'année 1875.

ÉLECTION

La Société procède par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire.

Au premier tour, aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un second tour.

M. Albert Robin obtient cette fois la majorité et est proclamé élu.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE

Du Nervosisme aigu et chronique

Par M. E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, etc.

A près de vingt ans de distance de la première édition, M. Bouchut vient de faire paraître une édition nouvelle d'un ouvrage intitulé : *du Nervosisme.*

Quand, en 1858, ce livre fut imprimé pour la première fois, il fit un certain bruit dans le monde médical. Dès cette époque, l'auteur avait déjà à son actif un grand nombre de travaux, qui avaient attiré sur lui l'attention plus ou moins bienveillante de ses collègues ; ce nouveau travail, présenté d'abord au public dans un cours fait à la Faculté en 1856, fut ensuite apporté sous forme de mémoire à l'Académie de médecine, en 1858. Dans cette enceinte, aussi bien qu'à l'École de Médecine, l'organisme était depuis longtemps triomphant les partisans du vitalisme étaient de plus en plus clair-semés; l'auteur du mémoire se présentait cependant comme hippocratiste et vitaliste. Ce fut pour les champions des deux doctrines opposées l'occasion d'un nouveau tournoi.

Gibert, rapporteur de la commission chargée d'examiner le mémoire de Bouchut, était un ardent vitaliste; il embrassa donc avec joie les idées de l'auteur ; orateur mordant et volontiers aggressif, il était d'ailleurs enchanté de trouver tout réunis un grand nombre de faits cliniques bien observés, sans étiquette anatomique, et de pouvoir les lancer à la tête de ses adversaires, les anatomo-pathologistes.

Bouillaud, Piorry et Beau relevèrent le gant, et chacun, à cheval sur une idée favorite, repoussa à sa manière l'ouvrage de Bouchut et le rapport de Gibert. « Il y a une lésion, disait Piorry; vous ne la voyez pas, elle n'en existe pas moins, et il la désignait du nom de *névropallie.* »

« Observez bien, s'écriait Bouillaud, et dans tous les cas de nervosisme, vous trouverez l'altération du sang qui constitue la chloro-anémie. Observez aussi, disait Beau, et toujours vous trouverez une dyspepsie. Oui, sans doute, leur répondait Gibert, beaucoup de nervosiques sont dyspeptiques ou chloro-anémiques; ils peuvent être les deux à la fois et être, de plus, hystériques, hypochondriaques, etc., mais ils peuvent être encore autre chose; ils peuvent présenter encore bien d'autres symptômes que ne comportent ni l'hystérie, ni l'hypochondrie, ni la dyspepsie, ni la chlorose. Et voilà pourquoi l'auteur du mémoire a eu raison de chercher un mot nouveau pour une étude, sinon nouvelle, du moins faite à un nouveau point de vue. »

Quoi qu'il en ait été de ces discussions académiques, les argumentateurs ont presque tous disparu, leurs arguments sont oubliés; l'ouvrage a fait son chemin dans le monde, et il reparaît aujourd'hui tel ou à peu près qu'il fut jadis présenté au public médical.

Chose curieuse, au point de vue scientifique et littéraire tout à la fois, dans un temps où tout passe si rapidement, ce livre n'a pas vieilli, c'est qu'il avait pour base l'observation clinique, laquelle bien faite et faite sans voie préconçue, ne peut changer d'une époque à une autre : vérité en deçà des monts, elle l'est encore au delà.

A la lecture de cet ouvrage, il n'est pas de praticien qui ne se rappelle un certain nombre de cas plus ou moins bizarres auxquels il n'a pu peut-être donner un nom précis et dans lesquels il reconnaît rétrospectivement autant d'exemples de nervosisme. Depuis le fameux vannier de la place Saint-Sulpice, si habilement dépeint par Trousseau, jusqu'à Louise Lateau en Belgique, Bernadette à Lourdes, Alida X... à Bordeaux (la malade du docteur Azam), que de nervosiques dans le monde ; et, comme le dit si justement Bouchut, autant il y a de malades, autant il faudrait faire de descriptions différentes.

Devant l'impossibilité d'analyser en quelques lignes un ouvrage, que nos confrères auront d'ailleurs avantage et plaisir à lire complétement, nous nous bornerons à signaler spécialement deux

points : la question du diagnostic différentiel et celle de la physiologie pathologique, que l'auteur n'a, du reste, abordée que dans cette deuxième édition.

Le nervosisme, étant essentiellement multiple dans ses manifestations (Cerise l'avait ingénieusement nommé une névrose protéiforme), présente avec beaucoup de maladies des points de ressemblance et de contact. L'hypochondrie, l'hystérie, la mélancolie, les affections organiques du cœur, de l'estomac et des intestins, sont les principales affections que M. Bouchut a dû étudier comparativement avec le nervosisme.

Un des meilleurs signes différentiels est la marche ordinairement favorable de la maladie. Il ne faut pas cependant être trop optimiste, et l'on ne peut admettre, comme l'a écrit le docteur Krishaber, que le nervosisme ne dure jamais plus de trois à quatre ans, ni que la guérison soit la règle absolue. Après de longues années, en effet, la constitution parfois s'épuise; la nutrition, entravée par les désordres locaux, s'arrête tout à fait, et, les circonstances aidant, une tuberculose générale ou toute autre diathèse peut venir terminer la scène.

Quant à l'explication physiologique, il s'est produit un singulier revirement : considéré d'abord comme une névrose essentielle, comme une maladie *sine materia*, le nervosisme présente cependant tous les symptômes que l'on rapporte aujourd'hui à une perturbation générale du système vaso-moteur. Les anatomo-pathologistes pourraient donc triompher, il y a une lésion. Mais ce ne sont pas les anatomistes, ce sont les physiologistes qui la démontrent. On sait que le centre cérébral des actions vaso-motrices est la mésencéphale : là se produisent les sensations non conscientes qui sont ensuite conduites à travers les corps opto-striés jusqu'à la substance grise corticale des hémisphères, où se produit la sensation consciente et réfléchie. Dans les cas de nervosisme même les plus graves, la conscience n'est jamais abolie : le malade éprouve non des hallucinations réelles, mais des illusions sensorielles, dont il se rend compte. Le trouble fonctionnel ne dépasse donc pas la mésencéphale; il porte sur cette région ou sur les nerfs afférents. Dans l'aliénation mentale, au contraire, les altérations sont au-dessous du mésencéphale, dans les couches optiques et surtout dans la substance grise.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée au traitement. Avec l'autorité d'un maître consommé dans la pratique, l'auteur y expose toutes les ressources de la thérapeutique. En fin de compte, pour un grand nombre de cas, c'est à l'hydrothérapie qu'il donne la préférence.

Bien que cet ouvrage renferme un grand nombre d'observations, il est d'une lecture facile, souvent même très-attachante. Par le fait même de ses nombreuses observations, il est pour le praticien d'une haute utilité ; nous ne saurions donc trop engager nos lecteurs à en faire un sérieuse étude. Dr DUBRISAY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le doyen a l'honneur de prier MM. les docteurs en médecine qui ont l'intention de faire des cours libres à l'Ecole pratique pendant le semestre d'été, qui commencera le 15 mars, de vouloir bien en demander l'autorisation à M. le ministre, par l'intermédiaire de la Faculté.

Les demandes devront être déposées au secrétariat de la Faculté, avant le 1er février 1877.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Par décret en date du 30 novembre 1876, M. Fonssagrives, professeur d'hygiène, est transféré, sur sa demande, dans une chaire de thérapeutique et matière médicale.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours pour les prix de l'internat, qui vient de se terminer, a donné les résultats suivants :

Première division (internes de 3e et 4e année). — *Médaille d'or* : M. Hutinel. — *Médaille d'argent* : M. Cuffer. — *1re mention* : M. Affre. — *2e mention* : M. Heydenreich.

Deuxième division (internes de 1re et 2e années). — *Médaille d'argent* : M. Dreyfous. — *Accessit* : M. Marot. — *1re mention* : M. Letulle. — *2e mention* : M. de Boyer.

— *École de médecine de Bordeaux.* — Les lauréats de l'École pour l'année 1876 — dont les noms suivent — ont été proclamés dans la séanée de rentrée, le 15 novembre dernier.

Élèves en médecine. — Troisième année. 1er *Prix* : M. Lagrange. — 2e *Prix ex æquo* : MM. Jaury et Lacour. — *Accessit* : M. Lafargue.

Deuxième année. — 1er *Prix ex æquo* : MM. Boinet et Fourgeaud. — 2e *Prix ex æquo* : MM. Buffet-Delmas et Faye. — 1er *accessit ex æquo* : MM. Chayé et Lacroix. — 2e *accessit* : M. Bonnet.

Première année. — 1er *Prix* : M. D'Antin. — 2e *Prix* : M. Rivière. — 1er *accessit* : M. Lubet-Barbon. — 2e *accessit* : M. Courtin.

Élèves en pharmacie. — 1er *Prix* : M. Jaley. — 2e *Prix* : M. Geneste. — *Accessit* : M. Dupiry, prix Barbet. — Prix (médaille), M. d'Antin. — Prix (1re année), M. Gendre.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. Pousson a été proclamé lauréat du prix Delord pour 1876.

Sont nommés : *Premier interne* : M. Dauzats. — *Internes* de deuxième année : MM. Ruben, Hirigoyen, Peyre, Grégory et Chavoix. — *Internes* de première année : MM. Lacour, Tourrou, Boniet, Lagrange et Lafargue.

Adjoints aux internes de deuxième année : MM. Lacouche, Rougier, Rabère et Martin du Magny. — *Adjoints* aux internes de première année : MM. Fage, Fourgeaud, Mialaret, Bouvet, Bompar, Angladé, Dupeyrat, Roux, Druillet, Abadie, Barbeaud. — *Adjoints provisoires* : MM. Dubertrand et Dabat.

— *École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.* — Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques aura lieu le 15 mars 1877.

Le chef des travaux anatomiques est nommé pour six mois et reçoit un traitement annuel de 1,200 francs.

Conditions du concours. — Nul n'est admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français et s'il ne justifie du titre de docteur en médecine obtenu dans une Faculté francaise.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'École, quinze jours avant l'ouverture du concours, et déposer entre les mains du secrétaire leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leur titre universitaire, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications dont ils seraient les auteurs.

Les épreuves du concours consistent :

1° En une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Quatre heures seront accordées au candidat, qui ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° En une leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question d'anatomie générale ou d'histologie, après trois quarts d'heure de réflexion sans livre en main.

3° En une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Cinq heures seront accordées pour cette préparation et un quart d'heure pour la démonstration publique.

4° En la préparation d'une série de pièces anatomiques desséchées, montées et prêtes à être déposées dans le musée de l'École. Trois mois seront accordées pour cette dernière épreuve.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Blanchard commencera son cours *de zoologie* (*animaux articulés*), le mercredi 6 décembre 1876, à une heure, dans les galeries de zoologie, et le continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure. Le professeur traitera des mœurs, de l'organisation, des métamorphoses et de l'instinct chez les insectes, les arachnides et les crustacés. Dans une partie du cours, il exposera les caractères les plus remarquables de la distribution géographique des espèces et s'occupera de l'influence des climats.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Dragées arsenico-ferriques
aux sels naturels de la Dominique.

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescences, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par le **Dragées de la Dominique**; il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squammeuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édition, p. 396.)

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : 3 francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

Fer dialysé Bravais
pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Raoul Bravais

Vésicatoire argocystique
EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN.

1re Médaille à l'Exposition de Paris 1875. Attestation des médecins en chef des *Hôpitaux* du Midi. Expérimenté dans les *Hôpitaux de Londres*. *Agit promptement, sûrement*, SANS DOULEUR, de 4 à 8 h. N'est pas CAMPHRÉ et ne produit *jamais la Cystite*.

VÉSICATOIRE INSTANTANÉ L. ROUVIÈRE
EXCLUSIVEMENT CANTHARIDIEN

Agit en 1 h. et demie en moyenne. N'est pas CAMPHRÉ, et ne produit *jamais la Cystite*. — *Dépôt* : Pharmacie centrale, 7, rue de Jouy. — A. Hugot, 19, rue Vieille-du-Temple, *Paris*. — Et chez l'inventeur, L. ROUVIÈRE, pharmacien à NIMES (Gard).

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.
MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Huile de Foie de morue
de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Capsules Mathey-Caylus
Au Copahu et à l'Essence de Santal, Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal, Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : CLIN et Ce, 14, RUE RACINE, PARIS.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin**
« au **Bromure de Camphre**, sont employées
« avec succès toutes les fois que l'on veut pro-
« duire une sédation énergique sur le système
« circulatoire et surtout sur le système nerveux
« cérébro-spinal.
« Elles constituent un *antispasmodique*, et
« un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin**
« ont servi à toutes les expérimentations faites
« dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } **Bromure de**
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } **Camphre pur**

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges*.

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »
Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Eau anti-hémorrhagique de
TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, par MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc. — Paris : pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. FAIVRE. — Marseille, pharm. G. LAURENS. — Toulouse, pharm. VIDAL-ABBADIE.

Médailles d'or. — Prime de 16,600 fr.

Quina Laroche (Élixir).
Extrait complet des 3 quinquinas.

Épuiser par une série de véhicules variés et un outillage puissant, la totalité des nombreux principes contenus dans les TROIS meilleures sortes de quinquina (*jaune, rouge et gris*), tel est tout le secret de l'*Élixir de quinquina Laroche*.

La supériorité de ce produit sur les vins et sirops (dont il participe) tient donc à la quantité de principes qu'il contient; ces principes, qui manquent dans la plupart des préparations ordinaires, se complètent très-utilement les uns par les autres.

Le même produit *ferrugineux* ou *iodé*, pour les cas où, soit le *fer*, soit l'*iode* combinés au quinquina se trouvent indiqués.

— Paris, 22 et 15, rue Drouot.

Laroche

Viande crue et alcool.
ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, étail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.). — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Pepsine Boudault,
seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Dynamomètre de poche

DE PRÉCISION du docteur V. BURQ, expédié *franco* dans un écrin, contre mandat-poste de 30 fr. Dépôt à Paris, 57, rue des Saints-Pères.

N° 142. — JEUDI 7 DÉCEMBRE 1876. 49e ANNÉE. JEUDI 7 DÉCEMBRE 1876. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les séances de fin d'année n'offrent pas un grand intérêt à l'Académie de médecine. Les rapports des commissions de prix dont on entend la lecture, devant être ensuite discutés et souvent modifiés en comité secret, ont un caractère provisoire qui nous empêche d'en parler. Le temps est ainsi consacré, en majeure partie, à la préparation d'une séance solennelle, qui, paraît-il, doit enfin avoir lieu, après avoir été si longtemps ajournée.

Nous reproduisons textuellement au compte rendu les conclusions du seul travail qui ait pu obtenir quelques instants de lecture, un mémoire dans lequel M. le docteur Foville s'est attaché à interpréter les symptômes de la paralysie générale d'après les données expérimentales les plus récentes sur les localisations fonctionnelles vers la surface extérieure du cerveau.

Dr Victor REVILLOUT.

HOPITAL NECKER. — M. HARDY.

Du traitement de la pneumonie fibrineuse par les émissions sanguines répétées.

La pneumonie est une maladie très-commune et qu'on rencontre fréquemment dans la pratique médicale. C'est en même temps une affection grave et dans laquelle l'intervention du médecin peut beaucoup faire, soit en employant contre elle des moyens convenables, soit en s'abstenant de ceux qui pourraient être nuisibles au malade. De là la nécessité de bien connaître cette maladie et surtout de bien savoir la traiter.

Je ne m'occuperai aujourd'hui que de la pneumonie fibrineuse.

La pneumonie franche a été traitée de bien des manières différentes : on a employé contre elle une foule de médications, et chaque auteur a apporté à l'appui des moyens qu'il a préconisés des faits de guérison. Cela se comprend, la pneumonie vraie étant, comme l'érysipèle, une maladie à cycle déterminé et ayant une tendance naturelle à la guérison spontanée, une tendance telle que celle-ci peut arriver en dépit de la médication la plus absurde.

Au premier rang des moyens vantés dans le traitement de la pneumonie, je dois vous parler de la saignée. De tout temps celle-ci a été préconisée; de tout temps, les émissions sanguines soit générales, soit locales, ont été appliquées contre la maladie qui nous occupe. Sous ce rapport, néanmoins, on peut compter dans la science trois époques différentes.

Dans la première, qui s'étend jusqu'en 1840 environ, on prodigue les émissions sanguines, mais on les pratique sans ordre, sans méthode; on n'est guidé dans leur application que par l'intensité des symptômes locaux ou généraux, et par la gravité apparente de la maladie.

La deuxième époque date de 1840, époque à laquelle M. Bouillaud, frappé de ce désarroi dans les règles qui président à l'emploi des saignées, pensa qu'on pouvait émettre une formule méthodique dans leur application, et établit son traitement des inflammations en général et de la pneumonie en particulier par les saignées coup sur coup. Ce mode de traitement fut employé par le plus grand nombre des médecins jusqu'en 1855.

Enfin, dans la troisième période, c'est la négation absolue du traitement préconisé par M. Bouillaud. L'abstention des émissions sanguines est aujourd'hui telle qu'il est commun de ne pas voir en un an dans un service d'hôpital une seule saignée pratiquée dans le but de combattre la pneumonie.

Voici quelle est la formule de M. Bouillaud : les saignées ont d'autant plus de chances d'être efficaces, qu'elles sont faites à une époque plus rapprochée du début de la maladie. Pour être suivies de succès, elles doivent être pratiquées au plus tard le quatrième ou le cinquième jour de l'invasion. Un malade atteint de pneumonie vraie étant donné et soumis à l'observation, le deuxième, troisième ou quatrième jour de sa maladie; on lui fera le matin du premier jour une saignée de 500 grammes, et, dans la journée, on appliquera à l'endroit correspondant aux parties enflammées du poumon, sur les parois thoraciques, cinq ou six ventouses scarifiées; enfin on pratiquera le soir une nouvelle saignée variant entre 400 et 500 grammes. En somme, trois saignées, dont deux saignées générales et une locale.

Le second jour, troisième saignée le matin de 300 à 400 grammes. Le soir, suivant l'intensité des phénomènes généraux, on fera une quatrième saignée, ou l'on aura recours à une application de ventouses scarifiées.

Le troisième jour, cinquième saignée générale ou locale, suivant l'état du malade.

Le quatrième jour, si les symptômes généraux persistent, on pratiquera une nouvelle saignée locale ou générale, ou bien on appliquera un vésicatoire sur le côté malade.

Enfin, à partir du cinquième jour, on abandonnera la maladie à elle-même. Cependant, le septième ou huitième jour, si la fièvre persiste, si l'on observe une recrudescence des phénomènes locaux ou généraux, on pourra revenir aux émissions sanguines.

S'il s'agit de juger cette méthode, on trouve en sa faveur des détails de statistique très-satisfaisants. En effet, les faits cités par M. Bouillaud et rapportés dans sa *Clinique médicale de la Charité*, témoignent que la guérison est la règle et la mort tout à fait exceptionnelle. C'est tout au plus si, sur vingt malades, on compte une terminaison funeste.

Néanmoins, je dois dire que les objections n'ont pas manqué à cette théorie. On a dit d'abord que les saignées en général, et les saignées répétées en particulier, n'avaient aucune influence sur la fièvre ni sur l'inflammation du poumon, et que, par conséquent, elles étaient tout à fait inutiles.

On a prétendu, de plus, qu'elles ne détruisaient pas la matière morbide contenue dans le sang dans les inflammations en général et dans la pneumonie en particulier, c'est-à-dire la fibrine.

Mais ces objections sont plus spécieuses que réelles. En ne donnant pas au sang le temps de se refaire, les saignées répétées en diminuent évidemment la masse et la tension vasculaire. De plus, dans la pneumonie, le poumon étant le siége d'un afflux de sang considérable, les émissions sanguines, en diminuant la masse totale de ce liquide, devront naturellement faciliter l'hématose. Ce n'est pas tout. Cet organe recevant en un temps donné une quantité de sang moindre, pourra se reposer, et par ce fait encore que son activité fonctionnelle sera moindre l'hématose se fera mieux. Ainsi donc, diminution de la tension vasculaire, diminution de la masse du sang, tels sont les effets que l'on obtient par la saignée.

Certes, il est évident que les émissions sanguines répétées ne diminuent pas la matière morbide contenue dans le sang et que l'altération dont celui-ci est le siége continue à persister; mais, en diminuant la masse du sang, on favorise la résorption de l'exsudat qui se fait dans les alvéoles pulmonaires, cette absorption est d'autant plus rapide que le sang est en quantité moindre.

Enfin, quelque chose de positif encore, c'est que, sous l'influence des saignées, on voit la fièvre diminuer. Bientôt, en effet, la fréquence du pouls s'affaiblit, la température s'abaisse.

Très-souvent, il est vrai, ces phénomènes résultent de la marche de la maladie plutôt que du genre de traitement, mais un fait certain, c'est que, grâce aux émissions sanguines, la dyspnée et la douleur de côté diminuent notablement. Nous l'avons observé nous-même, d'une manière bien tranchée, chez une malade couchée au nº 6 de la salle des femmes, et qui était atteinte d'une pleuro-pneumonie intense avec bronchite considérable. Chez cette femme, dont la dyspnée était telle que nous craignions qu'elle suffocât, nous avons produit un soulagement presque instantané au moyen des saignées.

La plus grande objection que l'on a faite à la méthode de M. Bouillaud, c'est que la guérison était due non pas à la médication, mais à la marche naturelle de la maladie, qui aurait aussi bien guéri si elle avait été abandonnée à elle-même. Elle était fondée sur les raisons suivantes.

Vous savez que, depuis une trentaine d'années, il s'est établi à Paris, une doctrine connue sous le nom de médecine homœopathique. Les partisans de cette manière de voir ne saignent pas, ils se bornent à administrer les médicaments à des doses tellement diluées que leur médication est complétement négative, et cependant il est incontestable que les homœopathes guérissent la pneumonie presque aussi bien que les autres médecins. Si donc le traitement homœopathique, traitement qui est la négation de toute médication amenait la guérison de la pneumonie, c'est que celle-ci devait guérir d'elle-même.

Aussi, à partir de ce moment, s'est-on contenté d'observer la maladie. On traite la pneumonie par la médecine expectante. J'ai moi-même, il y a longtemps déjà, pratiqué l'expectation, me bornant à prescrire à mes malades un julep gommeux tous les jours. Mais a-t-on bien fait de renoncer à la méthode de M. Bouillaud et d'abandonner les saignées? Je ne le pense pas, tout en reconnaissant cependant que ce système, employé dans toute sa rigueur, a quelques inconvénients, et entre autres, celui de retarder la convalescence, qui est alors très-lente à s'établir. Rien d'étonnant d'ailleurs à ce que des malades auxquels on a enlevé trois, quatre, cinq litres de sang restent pendant des mois anémiés et affaiblis.

Quoi qu'il en soit, pour ma part, j'emploie fréquemment les saignées, et j'ai l'habitude, dès le début de la maladie, de pratiquer les émissions sanguines répétées. Mais au lieu d'en faire quatre ou cinq, comme le recommande M. Bouillaud, je me borne à en faire deux ou trois, que je pratique coup sur coup, pour ne pas donner au sang le temps de se refaire. Certes, par un pareil moyen, on ne jugule pas la maladie, mais on assure la guérison et on la fait plus prompte et plus complète.

A moins de contre-indications tirées de l'âge, de circonstances accessoires, chaque fois qu'il s'agit d'individus entre quinze et soixante ans, j'ai l'habitude de faire une ou deux saignées générales dès les premiers jours, quelquefois trois, et de les faire suivre d'une saignée locale. Je dois dire que cette méthode m'a donné des succès plus constants que l'expectation. De plus, j'ai toujours obtenu une guérison plus complète et plus prompte que quand la maladie était abandonnée à elle-même ou traitée par d'autres moyens. Au lieu de voir la fièvre et les phénomènes physiques persister pendant un temps relativement long, la pneumonie, traitée par les émissions sanguines au début, marche rapidement à une résolution plus franche, plus complète; la température s'abaisse, le pouls se ralentit et les signes physiques s'effacent bientôt complétement. Depuis que je fais le service à l'hôpital Necker, j'ai pratiqué quatre fois les saignées répétées au début de la pneumonie, et voici les résultats que j'ai obtenus : chez deux hommes, j'ai eu une guérison bien franche; elle a été plus longue chez une malade dont je vous ai déjà parlé dans le cours de cette leçon, qui était atteinte d'une pleuro-pneumonie et d'une bronchite intense. Le quatrième cas, il est vrai, n'est pas favorable à cette méthode, mais il ne ne s'agissait pas alors d'une pneumonie fibrineuse. Nous avions affaire à un homme affecté de broncho-pneumonie avec méningo-encéphalite.

En résumé, les émissions sanguines sont utiles, à condition que l'on ne dépasse pas un certain temps et que l'on ne les pratique pas au delà des limites du raisonnable. Il faut, de plus, que l'on ait affaire à une pneumonie vraie et primitive, développée chez un sujet jeune, bien portant, fort, vigoureux, âgé de plus de quinze ans et n'en ayant pas encore soixante.

Enfin, la maladie ne devrait avoir ni la forme ataxique ni la forme adynamique, et ne pas être passée encore à la période d'hépatisation grise.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

I. Mammite post-puerpérale. — II. Cancer de la mamelle.

I. Au n° 5 de la salle des femmes, je vous signalerai une malade, qui nous fournit l'occasion de suivre le développement de la mammite post-puerpérale marchant vers la suppuration.

Il est arrivé à cette malade ce qui arrive presque toutes les fois qu'on voit survenir chez les femmes un abcès de la mamelle. Accouchée très-heureusement le premier jour du mois de mai, et bien qu'elle n'eût qu'un bout de sein très-court, elle a voulu nourrir elle-même son enfant. Il en est résulté que, par suite des efforts de succion considérable auxquels celui-ci s'est livré, il a fini par écorcher le mamelon; ce qui d'ailleurs arrive assez habituellement lorsque les femmes ont un bout de sein peu proéminent.

Aussi, après avoir lutté pendant une dizaine de jours, elle dut bientôt renoncer à nourrir. Néanmoins la congestion de la mamelle s'était faite régulièrement, la sécrétion lactée s'était bien établie, et ce n'est qu'à partir de la cessation de l'allaitement que sont survenus les accidents que je vais vous signaler. Les gerçures se sont cicatrisées des deux côtés; il reste bien encore à droite un peu de gonflement, un peu de tuméfaction, mais néanmoins de ce côté le dégorgement s'est fait assez rapidement, et le sein est redevenu à peu près à son volume normal.

A gauche, au contraire, il est passé du gonflement qui caractérise l'engorgement lacté, le poil, comme on l'appelle, à l'état franchement inflammatoire; c'est-à-dire qu'il a continué à augmenter de volume, qu'il est devenu plus gros qu'il ne l'est dans l'engorgement simple, en même temps qu'il est devenu douloureux à la pression et plus dur qu'à l'état ordinaire.

Ces phénomènes se sont montrés, non pas sur un point limité de la mamelle, mais sur tout le sein, de telle sorte qu'aujourd'hui, quinze jours environ après la cessation de l'allaitement, bien que les gerçures aient disparu, le sein présente tous les symptômes locaux d'une véritable inflammation. Non-seulement nous trouvons ici tous les signes physiques d'une inflammation de la mamelle, mais encore, s'il faut en croire la malade, elle paraît en avoir présenté les symptômes généraux. Elle dit, en effet, avoir été prise de quelques frissons, suivis de chaleur, et être restée, au début de sa maladie, quelques jours sans manger. Néanmoins, aujourd'hui, tout état fébrile a disparu.

A côté des phénomènes locaux que je viens de vous signaler, il existe un symptôme particulier sur lequel je n'ai pas encore appelé votre attention. Il s'agit d'une rougeur assez notable, se rapprochant un peu de la teinte érysipèle, que l'on remarque au niveau des parties de la mamelle qui présentent ce gonflement induré et douloureux. Or, on sait que la mammite post-puerpérale, aiguë ou subaiguë, ne donne que très-peu de rougeur à la peau ou n'en donne que partiellement. Je suis alors à me demander s'il n'existe pas chez cette malade un peu d'érysipèle de la peau, en même temps qu'un certain degré d'inflammation de la glande mammaire, ce qui serait d'ailleurs en rapport avec le mode d'évolution de la mammite.

Par conséquent, mammite aiguë, presque généralisée, avec rougeur érysipélatoïde de la peau, tel est le diagnostic que je suis porté à admettre.

Nous pouvons profiter de cette occasion pour comprendre un peu les explications que donnent les auteurs modernes sur le mode d'évolution de la mammite puerpérale et de celle qui se termine par la suppuration. Nous avons vu que, chez cette femme, la maladie avait commencé par des gerçures, qui l'ont obligée de renoncer à nourrir elle-même son enfant. Mais il semble que la cessation de l'allaitement ait simplement donné lieu à un peu d'engorgement à droite, tandis qu'à gauche elle provoquait un état inflammatoire de la mamelle assez considérable.

Que s'est-il donc passé de ce côté de plus qu'à droite? Nous ne le savons pas *de visu*, mais les connaissances anatomiques et cliniques que nous possédons sur ce sujet, nous permettent de le supposer. Ici, il n'est pas douteux que les gerçures que cette femme a présentées ont été le point de départ de l'inflammation des lymphatiques de la peau. Cette inflammation du réseau lymphatique cutané me paraît être démontrée par la coloration érysipélatoïde des téguments. Il est difficile, il est vrai, de savoir précisément si cet érysipèle est indépendant de la mammite, mais il est permis, en raison des gerçures, de supposer que ces deux phénomènes marchent de pair. Voici d'ailleurs ce que l'anatomie et la physiologie pathologique nous enseignent à ce sujet. A côté du réseau lymphatique de la peau qui est malade et qui s'est enflammée au voisinage des gerçures, il y a un réseau lymphatique des canaux galactophores, ainsi que l'a démontré M. le professeur Sappey. Eh bien, de même que nous voyons partir des gerçures du sein une inflammation des lymphatiques de la peau, il est très-probable que, par l'intermédiaire des canaux galactophores voisins des érosions cutanées, l'inflammation s'est également transmise au réseau lymphatique intra-canaliculaire, d'où elle s'est propagée au tissu cellulaire ambiant. Ici, la mammite serait donc généralisée, parce qu'un certain nombre de canaux galactophores ont été envahis par l'angioleucite réticulaire de ces canaux, comme la peau l'a été elle-même par une inflammation analogue de ses lymphatiques.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que cette inflammation aiguë de la mamelle à la suite de gerçures, quand elle se manifeste très-peu de temps après le début de l'allaitement, a bien plus de tendance à se terminer par suppuration que par résolution. Peut-être chez cette femme, dont la presque totalité de la mamelle est enflammée, la terminaison de l'inflammation se fera-t-elle dans quelques lobes par résolution, mais sur le plus grand nombre elle aura lieu par suppuration.

Chacun des lobes correspondant du district d'un canal galactophore suppurera-t-il, et la malade aura-t-elle autant d'abcès que de lobes enflammées; ou bien aura-t-elle un seul foyer purulent, tous les abcès s'unissant et se fondant en un seul. C'est ce que la suite démontrera.

II. Je vous signalerai en passant une malade, couchée au n° 10 de la salle des femmes, qui est affectée d'un cancer du sein.

Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire, ni de rétraction du mamelon, mais la mamelle est dure, bosselée, inégale, et la peau de cette région adhère fortement avec la tumeur. Ce dernier signe n'a pas une grande valeur, car il appartient aux cancers de toutes les régions; mais j'appellerai votre attention sur ce fait qu'en ces points la peau est rouge et présente un commencement d'ulcération. De plus, elle présente une multitude de petites saillies et de dépressions donnant l'aspect que Velpeau appelait la peau d'orange. Ces petits épaississements papulo-tuberculeux du derme indiquent un commencement d'envahissement général par le cancer, et de ca-

chexie. Et quand la peau est ainsi prise, quand elle adhère à la tumeur et qu'elle commence à s'ulcérer, on peut être assuré que l'on a affaire à un mauvais cancer. Pourquoi? Je l'ignore. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces cancers récidivent plus vite que les autres. Cette tendance rapide à la récidive n'est pas pourtant une raison pour ne pas en débarrasser les malades quand la santé est profondément altérée et que le cancer sécrète une sanie fétide, mais on ne le doit faire qu'à la condition qu'il n'existe pas quelque autre complication. Ici nous trouvons une complication extrêmement grave. La malade se plaint, en effet, de douleurs lombaires, qui remontent à trois mois et qui ont résisté à toute espèce de traitement. Ces douleurs de reins ne sont pas continues et ne sont pas aussi prononcées lorsque la malade est au repos que lorsqu'elle fait quelques mouvements. Ce matin, je l'ai fait lever de son lit, et vous avez pu voir qu'elle marchait à petits pas, non pas qu'elle soit paraplégique, mais parce que les mouvements étendus exaspèrent ses douleurs. On ne saurait mettre ces phénomènes sur le compte d'un lumbago, car ils auraient disparu depuis longtemps sous l'influence du repos, de frictions laudanisées, de ventouses, de sinapismes. Les douleurs lombaires ne peuvent pas non plus être rapportées à une maladie de la matrice; elles n'auraient pas non plus résisté au traitement avec tant d'opiniâtreté, et, d'ailleurs, je n'ai rien trouvé du côté de l'utérus, ni écoulement, ni suintement qui autorise une pareille opinion. Avons-nous affaire à une névralgie? Mais, une affection de ce genre ne se voit pas chez les femmes de l'âge de notre malade. D'ailleurs une névralgie bilatérale qui, partie de la colonne vertébrale, irradierait à droite et à gauche, est chose tout à fait insolite. Il existe bien des névralgies iléo-lombaires chez les jeunes filles hystériques, mais la douleur ne s'observe pas des deux côtés du rachis, et d'ailleurs elle cesse par moments, pendant un ou deux jours, et ne s'accuse pas beaucoup dans les mouvements. Nous sommes donc réduit à chercher l'origine de ces douleurs dans une cause qui n'est connue que depuis notre époque, où elle a été mise en lumière par les travaux de la plupart des médecins de la Salpêtrière, qui ont montré que, chez les femmes affectées de cancers, et notamment de cancers du sein, il n'est pas rare de voir se développer, concomitamment, un cancer de la colonne vertébrale, qui donne lieu à une ostéo-périostite douloureuse comme celle du mal de Pott, et qui, en même temps, envoie des irradiations le long des nerfs qui émanent de la moelle par les trous de conjugaison, par compression ou par inflammation de voisinage.

Quelquefois, ces ostéo-sarcomes sont assez volumineux pour pouvoir être sentis à travers la peau.

Je tenais à vous signaler cette malade, parce que non-seulement les granulations qu'elles présentent sur la peau indiquent un cancer susceptible de récidiver avec une grande rapidité, mais encore parce que je trouve une contre-indication absolue dans le cancer de la colonne vertébrale, complication qui peut conduire la malade à la paraplégie si, après avoir détruit le corps des vertèbres, le cancer se propage à la moelle.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. BADAL.

—

Observation de rétinite pigmentaire type.

La malade, âgée de quarante et un ans, est intelligente, bien constituée et ne présente aucun de ces arrêts de développement dont plusieurs auteurs ont signalé la coexistence avec la rétinite pigmentaire. Son père et sa mère n'étaient parents à aucun degré, ses frères et ses enfants ont la vue bonne.

Mme B... raconte que dès son bas-âge elle ne pouvait distinguer nettement les objets qu'en les plaçant très-près de ses yeux. Cette particularité ne peut être attribuée qu'à une faiblesse congénitale de l'acuité visuelle, puisqu'il n'existe pas le plus léger degré de myopie. Malgré l'état de sa vue, la malade a pu être envoyée à l'école et recevoir une instruction suffisante pour occuper un emploi de caissière dans un restaurant.

Jusqu'à l'âge de vingt-six ans, il ne paraît avoir existé ni héméralopie, ni rétrécissement marqué du champ visuel. A cette époque, Mme B... est accouchée au septième mois d'un enfant qui n'a vécu que cinq jours. La malade se rappelle qu'il lui a été prescrit de l'iodure de potassium pendant sa grossesse pour une maladie qu'elle nomme une gastrite, et nie avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Il n'en reste en tous cas aucune trace; et elle a mis au monde depuis lors deux enfants encore vivants et bien portants. Quoi qu'il en soit, à partir de la première grossesse l'acuité visuelle a baissé à tel point que la malade a dû bientôt abandonner son emploi de caissière; de chute en chute elle est devenue marchande des quatre saisons. En même temps que l'amblyopie s'accentuait, l'héméralopie faisait brusquement son apparition. Le rétrécissement concentrique du champ visuel paraît avoir progressé lentement, mais constamment, à en juger par la difficulté croissante avec laquelle la malade s'orientait en plein jour. Maintenant, elle ne voit plus que droit devant elle et doit se faire conduire dans la crainte d'être écrasée par les voitures qui arrivent de côté.

L'examen de Mme B... à son entrée à ma clinique, le 20 novembre, donna les résultats suivants :

Extérieurement les yeux ne présentent rien de particulier. La chambre antérieure a ses dimensions habituelles; la pupille n'est pas rétrécie; la tension du globe est normale.

Réfraction. L'acuité visuelle est si mauvaise que la mesure subjective de la réfraction à l'aide des verres d'essai ou de mon optomètre est absolument impossible; mais à l'aide de l'ophthalmoscope à réfraction il est facile de constater que les yeux sont parfaitement emmétropes.

Acuité. L'acuité est réduite à $\frac{1}{10}$ sur l'œil gauche, $\frac{1}{40}$ sur l'œil droit, ce qui permet à la malade de lire encore de très-gros caractères d'imprimerie. Il est vrai qu'elle est obligée pour cela de placer le livre à 10 ou 12 centimètres de ses yeux au lieu de 30 ou 35, distance de la vision habituelle, de façon à tripler la grandeur des images rétiniennes. Ces images sont nécessairement très-diffuses, puisque le *punctum proximum* d'un œil emmétrope de quarante et un ans est à 30 centimètres environ; mais il est d'observation que les sujets dont l'acuité est très-mauvaise sacrifient en général la netteté à la grandeur des images.

Champ visuel. On constate, à l'aide de mon périmètre, que le champ visuel n'existe plus en haut, en dedans et en bas, et se trouve réduit sur les deux yeux à une étroite zone mesurant 10° en dehors, 5° seulement en dehors et en haut et en dehors et en bas. Il en résulte qu'à la distance de 1 mètre la malade ne pourrait voir *à la fois* les deux yeux d'une personne, et qu'à la distance de 10 centimètres où elle tient son livre elle ne peut embrasser d'un seul coup d'œil qu'une étendue de 2 centimètres environ en largeur. Pourtant le regard n'est pas mobile, vacillant ou inquiet comme dans la plupart des cas de ce genre.

Vision des couleurs. Les couleurs *vert foncé* et *orange* sont seules reconnues sans hésitation, toujours à la distance de 10 centimètres; toutes les autres sont prises pour du bleu, ou du blanc ou du rose.

Héméralopie. L'héméralopie, conséquence de la torpeur de la rétine apparaît entre quatre et cinq heures en hiver, entre sept et huit heures en été, et, en moins d'un quart d'heure, la vision est presque complétement abolie pour ne reparaître que le lendemain matin, vers six heures. Non-seulement l'éclairage artificiel ne peut en aucune façon remplacer la lumière solaire, mais elle éblouit la malade et rend sa démarche plus incertaine encore. Pendant la nuit, elle se guide beaucoup moins mal dans sa chambre à la clarté de la lune qu'avec le secours d'une lampe. Du reste, bien qu'il n'existe

pas de photophobie proprement dite, les yeux supportent assez mal l'éclat du soleil et des lumières. Celles-ci apparaissent sous l'aspect de masses confuses, rougeâtres, mais non irisées, comme cela a lieu dans le glaucome. Pas de sensations lumineuses subjectives; ni pesanteur, ni douleur intra-oculaire.

Examen ophthalmoscopique. Les milieux de l'œil sont parfaitement transparents : pas la moindre opacité du cristallin, ni du corps vitré. La *pupille* large, blanche, à contours mal limités et irréguliers, surtout à gauche, est le siége d'une atrophie presque complète, et montre à sa périphérie quelques taches de pigment sans caractères particuliers. Les vaisseaux rétiniens sont rares et grêles, les artères surtout. On a peine à les suivre jusque vers l'équateur où ils se perdent. La région de la *macula* paraît absolument normale. Les taches pigmentaires commencent à se montrer à une distance du pôle postérieur égale à quatre fois le diamètre de la pupille, et de là s'étendent jusqu'à l'équateur. Ces taches sont relativement peu nombreuses, il en existe à peine une cinquantaine sur chaque œil; la moitié au moins est groupée à la partie interne de la rétine, il en existe au contraire fort peu en dehors, dans la moitié correspondant à la *macula*.

La configuration des tâches rappelle assez exactement celle des corpuscules osseux. Quelques-unes, cependant, ont la forme d'une bande longue et étroite accompagnant un vaisseau rétinien. Du reste, tout le pigment est manifestement disposé suivant le trajet de vaisseaux encore perméables ou oblitérés.

Nulle part on ne constate la moindre altération de la choroïde.

État général. Aussitôt après le premier accouchement sont apparus des troubles variés, de nature hystérique qui n'ont fait que s'aggraver avec le temps. Dans l'intervalle des crises proprement dites, la malade est tourmentée par une céphalie opiniâtre, des vertiges continuels, une insomnie habituelle souvent accompagnée de délire, etc. Menstruation régulière, très-abondante. Il y a deux ans, à la suite d'une perte de connaissance de quelques heures de durée, est survenue une hémiplégie qui, après avoir persisté trois semaines, a cédé à un traitement hydrothérapique.

Quelle est l'origine de cette singulière maladie? doit-elle être rapportée à un état morbide du système nerveux central auquel se rattacheraient les troubles divers que nous venons de signaler; je serais porté à le croire.

L'existence d'une syphilis ancienne me paraît contestable; il est probable que l'aggravation subite de tous les symptômes à l'âge de vingt-six ans n'a été que la conséquence du trouble profond apporté dans l'organisme par une grossesse pénible se terminant par un accouchement avant terme. En tout cas, l'hérédité ne paraît jouer ici aucun rôle.

Ce que je pourrais dire du traitement et du pronostic ne serait que la répétition de ce que l'on trouve dans les traités d'ophthalmologie. La malade est vouée à une cécité complète. Aucun traitement n'a pu jusqu'ici enrayer la marche du mal.

Des verres fortement convexes améliorent un peu la vision en grossissant les objets; la malade préfère encore des lunettes bleues à coquille qui lui amortissent l'éclat de la lumière. Cette particularité est d'autant plus singulière qu'il semblerait *a priori* qu'une clarté vive eût impressionné plus favorablement une rétine dans laquelle les éléments nerveux sensitifs ont presque entièrement disparu.

Lotion contre l'acné simple (Hardy).

Eau distillée	300	grammes.
Sulfure de potassium	5	—
Teinture de benjoin	3	—

Laver la figure avec un verre d'eau chaude additionnée d'une cuillerée à café de la liqueur dont on vient de lire la formule.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION DE LA FUCHSINE NON ARSÉNICALE INTRODUITE DANS L'ESTOMAC ET DANS LE SANG (1)

Par MM. Feltz et Ritter.

A. *Injection de fuchsine pure dans l'estomac.* — Chez trois chiens auxquels nous avons donné journellement, et cela pendant un mois, six semaines et deux mois, des doses relativement faibles de fuchsine, pour éviter l'irritation gastro-intestinale et la diarrhée, nous avons toujours vu apparaître dans les urines, non-seulement la matière colorante, mais encore des quantités d'albumine souvent dosables, variant entre 5 et 50 centigrammes.

B. *Injection de fuchsine pure dans le sang.* — La matière colorante s'éliminant par les reins en grande partie, nous nous sommes crus autorisés à l'injecter directement dans le système veineux pour arriver à une étude complète de l'action de la fuchsine. Nous avons pu constater ainsi, et faire constater par la plupart de nos collègues et confrères, que l'apparition de l'albumine et des cylindres granulo-graisseux dans les urines était un phénomène constant lié bien certainement à l'élimination de la matière colorante, car des injections d'eau distillée, proportionnelles au poids des animaux et aux doses des solutions de fuchsine que nous avions employées, n'ont jamais produit de semblables effets.

Des autopsies nombreuses de chiens morts ou sacrifiés nous ont montré des lésions certaines de la substance corticale des reins.

Les phénomènes pathologiques ne se bornent pas toujours à une perte de poids, à l'apparition de cylindres granulo-graisseux et à la survenance de quantités plus ou moins fortes d'albumine. Nous possédons, en effet, actuellement un chien qui, à la suite d'une seule injection, pratiquée le 19 octobre 1876, de 0,016 de fuchsine par kilogramme de son poids, ne présente pas seulement de l'albuminurie, mais des signes manifestes d'hydropisie générale : l'abdomen, la peau du ventre et les membres sont tellement infiltrés que nul doute n'est possible. Il ne peut être question d'un accident d'opération, car la plaie est depuis longtemps cicatrisée. Parallèlement au gonflement œdémateux, une maigreur extrême s'est établie.

Nos expériences ont toutes été faites avec la fuchsine non arsénicale; nous pouvons ajouter que les caramels fuchsinés qui ont servi à colorer les vins sont presque toujours arsénicaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports sur les eaux minérales d'Allevard et du Mont-Dore. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Maurice Raynaud, médecin de l'hôpital La Riboisière, dans laquelle l'auteur, à l'occasion du travail lu par M. le docteur Proust sur les localisations cérébrales, rappelle que dans une note communiquée dans la séance du 28 juillet dernier à la Société anatomique, il a rapporté l'histoire d'un phthisique chez lequel, trois jours avant la mort, était apparue subitement une paralysie limitée *au membre supérieur gauche* et, dans ce membre, atteignant presque exclusivement *les muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras.*

A l'autopsie, M. Raynaud put constater comme unique lésion, un très-petit foyer de ramollissement rouge, développé dans l'hémisphère droit, autour d'un tubercule méningé. Ce foyer, qui n'attei-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 20 novembre 1876.

gnait pas les dimensions d'une pièce de 20 centimes, était situé sur la *circonvolution pariétale ascendante, et dans la substance grise formant le fond de la scissure de Rolando,* à 5 centimètres du bord supérieur interne de l'hémisphère. Or ce point est précisément celui qui, chez le singe, d'après les expériences de Féréol est en rapport avec les mouvements du membre inférieur.

L'observation de M. Raynaud est, à sa connaissance, la seule dans laquelle la ménoplogie brachiale ait existé à l'exclusion de tout autre phénomène cérébral, ce qui permet d'établir une certaine corrélation entre la lésion anatomique et le trouble fonctionnel.

2° Une lettre de M. le docteur Cornil qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique.

3° Deux lettres de candidature de MM. Bourgoing et Méhu pour la section de pharmacie.

LECTURE

M. FOVILLE (de Rouen), lit un mémoire intitulé : *des Relations entre les troubles de la motilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions fronto-pariétales.*

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° La paralysie générale des aliénés a pour caractères pathognomoniques, au point de vue symptomatique, des troubles constants de la motilité, au point de vue anatomique une altération constante de la subtance corticale des circonvolutions fronto-pariétales.

« 2° Les travaux les plus récents tendaient à attribuer les troubles de la motilité dans la paralysie générale à des modifications histologiques plus ou moins manifestes du bulbe et de la moelle ; aucun rapprochement de cause à effet ne pouvait donc être établi entre la lésion anatomique constante et les manifestations symptomatiques également constantes.

« 3° La découverte par Hitzig et Ferrier d'une région excitable et motrice à la surface des circonvolutions de la partie moyenne des hémisphères cérébraux permet d'établir ce rapprochement.

« 4° L'existence, dans la région excitable des circonvolutions, de centres moteurs corticaux distincts, pour les mouvements du membre supérieur, du membre inférieur, du cou et de la tête, de la langue et des mâchoires, de la face et des lèvres, du globe de l'œil et des paupières, permet de rendre un compte exact de la localisation des ataxies, des convulsions, des contractures et des paralysies partielles limitées à tels ou tels de ces organes dans la paralysie générale.

« 5° C'est d'abord par l'excitation que produisent, dans ces différents centres moteurs, l'hyperémie du début de la maladie et les poussées congestives de la partie moyenne, et ensuite par les progrès de la dégénérescence scléreuse de la période du déclin, que s'expliquent les troubles progressifs de la motilité, tels que l'embarras de la parole, les spasmes fibrillaires des lèvres et des joues, l'ataxie et la dissociation des mouvements des membres, le grincement des dents, le rétrécissement ou la dilatation de la pupille, les convulsions limitées à un seul muscle ou à un petit nombre d'entre eux; les attaques épileptiformes unilatérales, les hémiplégies partielles ou passagères, les contractures persistantes et enfin les paralysies plus ou moins complètes.

« 6° En résumé, dans la paralysie générale, les lésions corticales des circonvolutions fronto-pariétales sont la cause directe des troubles de la motilité; de la localisation et de l'intensité de ces lésions dépendent la localisation et l'intensité des accidents spasmodiques et paralytiques. »

RAPPORT

M. COLIN donne lecture d'un rapport sur le prix Barbier. Les conclusions de ce rapport doivent être discutées en comité secret.

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission du prix Lefèvre et discuter les conclusions du rapport sur le prix Barbier.

VARIÉTÉS

Le corps médical sous la Terreur. — Lyon.

« Le 5 décembre 1793, Bieil (François), né à Neuville-sur-Saône (Rhône), en 1762, meurt victime des affreux massacres de Lyon, et est exécuté aux applaudissements d'une foule ivre de sang et de carnage. Il avait été chirurgien de l'hôpital de Lyon. »

Cette éphéméride, publiée par l'*Union médicale*, nous invite à extraire de notre bibliothèque une petite plaquette intitulée :

Liste générale | des | Contre-Révolutionnaires | mis à mort à Commune-Affranchie, | d'après les Jugements rendus par le | Tribunal de justice populaire, la Com- | mission militaire et la Commission révo- | lutionnaire, depuis le 21 Vendémiaire | jusqu'au 27 Germinal de l'an deuxième | de la République.

(BONNET RÉPUBLICAIN)

A Commune-Affranchie, | chez le citoyen Destefanis, Imprimeur, | aux halles de la Grenette, *second étage.* | L'an II°. |

De cette liste, nous allons nous borner à reproduire le nom des médecins, chirurgiens ou pharmaciens. Devant une pareille hécatombe, est-il besoin d'une seule réflexion?

Arbaud (Joseph), âgé de trente-cinq ans, natif de Grenoble, demeurant à Lyon, rue de la Vieille-Monnoie; chirurgien.

Béranger (Claude), âgé de vingt-quatre ans, natif de Lyon, y demeurant, rue Thomassin; chirurgien.

Berge (Jacques), âgé de trente-sept ans, natif de Pouge, département de l'Aube, demeurant à Lyon, place de la Douane; élève en chirurgie.

Bieil (François), âgé de trente et un ans, natif de Neuville, y demeurant; chirurgien.

Brodier (François-Pierre), âgé de soixante-neuf ans, natif de Soulaine, département de la Marne, demeurant à Lyon, rue Juiverie; chirurgien.

Cabaret (Bertrand), âgé de vingt et un ans, natif de Puymorin, département de Haute-Garonne, demeurant à Lyon, rue Bourchanin; élève en chirurgie.

Cailly (Jean), âgé de vingt-deux ans, natif de Lyon, y demeurant, rue Belle-Cordière; étudiant en chirurgie.

Chataigné (Joseph), âgé de soixante-trois ans, natif de Tain, département de la Drôme, demeurant à Lyon, place Saint-Vincent; médecin.

Coindre (Jean-Jacques), natif de Lyon, y demeurant, rue Mercière; chirurgien, officier municipal provisoire, faisant les fonctions de maire.

Defrechon (Dominique), âgé de cinquante-huit ans, natif de Simor, département du Gers, demeurant à Lyon, place de la Trinité; chirurgien.

Dejussieu (Christophe), âgé de quarante ans, natif de Saint-Julien-sur-Guignon, demeurant à Lyon, rue des Fayes; apprenti pharmacien.

Deschamps (Jean-César), âgé de cinquante-neuf ans, natif de Puymorin, département de la Haute-Garonne, demeurant à Lyon, rue de la Barre; officier de santé.

Feriol (Joseph), âgé de quarante et un ans, natif de l'Ain, demeurant à Lyon, rue Paradis; chirurgien et cabaretier.

Figuet (Augustin), natif de Lyon; chirurgien.

Girardon (Jean-Joseph), âgé de soixante-sept ans, natif d'Avignon, demeurant à Lyon, rue Raisin; chirurgien.

Lacabane (Raymond), âgé de quarante ans, natif de Bastie-Fiserac, département des Basses-Pyrénées, demeurant à Lyon, rue Thomassin; chirurgien.

Lenel-Divoiry (Nicolas), maire de la commune de Vaise; chirurgien.

Lestelle (Pierre), âgé de vingt ans, natif de Lyon, y demeurant, rue Bonneveau; chirurgien.

Lhomme (François-Amable), âgé de trente et un ans, natif d'Autun,

département de Saône-et-Loire, demeurant à Lyon, rue de l'Arbre-Sec; médecin.

Maria (Jacques), âgé de cinquante ans, natif de Lyon, demeurant rue Thomasson; docteur en médecine.

Maurice (Fabien), âgé de vingt-deux ans, natif de Tournecoup, département du Gers, demeurant à Lyon, place des Cordeliers; garçon chirurgien.

Menissier (Pierre), âgé de trente-deux ans, natif de Lyon, y demeurant, rue Saint-Jean; apothicaire.

Mercier (Mathieu), âgé de soixante-douze ans, natif de Lyon, y demeurant, rue Saint-Jean; apothicaire.

Mercier (Claude-Mathieu), âgé de quarante-deux ans, natif de Lyon, y demeurant, rue Saint-Jean; pharmacien.

Monique (Bertrand), de cinquante ans, natif de Billie, département de la Haute-Garonne, demeurant à Lyon, montée de la Croix-Rousse; chirurgien.

Pitiot (Michel), âgé de trente ans, natif de Lyon, y demeurant, rue Quatre-Chapeaux; chirurgien.

Quatrol (Jean), âgé de vingt et un ans, natif de Malzieux, département de la Lozère; demeurant à Lyon, rue Saint-Pierre; chirurgien.

Robert (Benjamin), âgé de trente-trois ans, natif de Gallion, département de l'Yonne, demeurant à Lyon, rue des Deux-Angles; étudiant en médecine.

Roche (Joseph), âgé de soixante-deux ans, natif de Vienne, demeurant à Bourgoin; chirurgien.

Rondelet (Martin), âgé de trente-neuf ans, natif de Lyon, demeurant rue Belle-Cordière; médecin.

Roux (Jean-François-Xavier), âgé de cinquante-trois ans, natif de Duerne, près Yzeron, demeurant à la Croix-Rousse; chirurgien.

Souchon (Jean-Claude), demeurant à Montbrison; médecin et chirurgien.

Tournamine (François), âgé de trente-sept ans, natif de Rome-sur-Rax, département de la Drôme, demeurant à Lyon, Grande-Côte; chirurgien-barbier.

Troit (Bernard), âgé de vingt-huit ans, natif de More, département des Pyrénées-Orientales, demeurant à Lyon, place du Change; chirurgien.

Vanier (Ferdinand), âgé de cinquante-neuf ans, natif de Bourg, demeurant à la Croix-Rousse; chirurgien.

Vicary (Dominique-Isidore), âgé de cinquante-quatre ans, natif de Château-Renard, département des Bouches-du-Rhône, demeurant à Lyon, grande-rue Mercière; médecin.

Vrelut (Pierre), âgé de quarante et un ans, natif de Saint-Chamont, y demeurant; officier municipal provisoire de Saint-Chamont.

Nous terminerons enfin cette lugubre liste, par le nom d'un homme qui a été glorieusement porté par deux membres de notre grande famille médicale.

Chauffard (Gaspard), âgé de cinquante-neuf ans, natif d'Avignon, demeurant à Lyon, rue de la Vieille, fabricant d'étoffes de soie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 5 décembre 1876, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : M. Auvély, médecin principal de la marine : 24 ans de services, dont 19 à la mer et aux colonies.

Au grade de chevalier : M. Léonard, dit Champagne, médecin de première classe de la marine : 18 ans de services, dont 12 à la mer. M. Valleteau de Mouillac, médecin de première classe de la marine; 18 ans de services, dont 10 à la mer ou aux colonies. — M. le docteur Vivet, maire de Méréville (Seine-et-Oise), en fonctions depuis 10 ans; s'est signalé, pendant l'invasion, par son patriotisme et son courage et a été fait deux fois prisonnier; donne, comme médecin, et depuis 18 ans, des soins gratuits aux malades; services exceptionnels.

Hôpitaux de Paris. — Par suite du décès de MM. Béhier, Axenfeld et Isambert, et de la retraite de MM. Moissenet, Woillez et Matice nommés médecins honoraires des hôpitaux, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu parmi les médecins des hôpitaux.

M. Millard passe de La Riboisière à Beaujon. — M. Laboulbène passe de Necker à la Charité. — M. J. Guyot passe de La Riboisière à Beaujon. — M. Féréol passe de la Maison municipale de santé à La Riboisière. — M. Peter passe de Saint-Antoine à la Pitié. — M. Blachez passe des Enfants-Malades à Necker. — M. Proust passe de Saint-Antoine à La Riboisière. — M. Ollivier passe de l'hospice d'Ivry à La Riboisière. — M. Molland passe de Saint-Antoine aux Enfants-Malades. — M. Ball passe de Lourcine à Saint-Antoine. — M. Fernet passe du service des nourrices à Saint-Antoine. — M. Lécorché passe du Bureau central à la Maison municipale de Santé. — M. Damaschino passe du Bureau central à La Rochefoucauld. — M. Martineau passe du Bureau central à Lourcine. — M. Hayem passe du Bureau central à la Direction des nourrices. — M. Ferrand passe du Bureau central à l'hospice d'Ivry.

La place de M. Moissenet à l'Hôtel-Dieu est supprimée.

— La Société royale de Londres a décerné sa médaille Copley à M. Claude Bernard, et sa médaille Rumford à M. Janssen.

C'est la première fois que ces deux hautes récompenses sont décernées à des savants appartenant à la même nation.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour le majorat de la Charité vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Michaud.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — A la suite du concours ouvert près les hôpitaux civils, MM. Caubet et Jouglar viennent d'être nommés médecins adjoints, et M. Bonneau chirurgien adjoint.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Paris, 8 décembre 1876.

ORGANISATION

DES SERVICES HOSPITALIERS DE L'ARMÉE DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES ET DANS LES HOSPICES CIVILS (1)

Par M. le docteur MARMOTTAN, député.

Messieurs,

Le 21 mars 1876, M. le Ministre de la guerre déposait sur le bureau de la Chambre un projet de loi relatif à l'organisation des services hospitaliers de l'armée, dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils.

L'exposé des motifs, qui accompagne ce projet, fait ressortir que le principe du service militaire obligatoire impose à la France des charges considérables ; que, pour faire face à ces obligations nouvelles, il faut faire appel à toutes les forces vives du pays et, en les utilisant, diminuer les sacrifices d'argent qui pèsent si lourdement sur les contribuables.

Il fait remarquer que les quarante-quatre hôpitaux militaires qui existent aujourd'hui ne répondent plus aux besoins du service tels que ces besoins résultent des changements apportés dans notre état militaire, et qu'il y a urgence à réaliser une organisation qui, sous le rapport du personnel et du matériel, réponde à tous les besoins de l'armée : « Mais, dit-il, en présence de l'état actuel de nos finances, on doit rechercher avec soin tous les moyens d'éviter, ou tout au moins d'ajourner les créations nouvelles. »

Dans ce but, il propose d'utiliser, pour le service de l'armée, les hôpitaux civils et de créer des salles militaires dans les hospices de la plupart des garnisons. Il estime que cette organisation nouvelle, en permettant de supprimer successivement tous les hôpitaux militaires à l'exception des hôpitaux régionaux, des hôpitaux permanents de Paris et de Lyon, et des hôpitaux thermaux, ferait réaliser à l'État de notables économies. Les hospices civils recevraient une indemnité qui les couvriraient de leurs frais ; quant aux dépenses nécessitées par les aménagements et les constructions nécessaires pour leur permettre de faire face à ce nouveau service, M. le Ministre pense que l'Etat pourrait en faire l'avance, sauf, pour ce dernier, à recouvrer les sommes ainsi dépensées en imposant aux villes dotées de garnisons de cavalerie des annuités prélevées sur le produit de l'octroi. En fin d'amortissement, les villes deviendraient propriétaires des constructions qu'elles auraient payées de leurs deniers.

En résumé, dit M. le Ministre, le présent projet de loi a spécialement pour objet d'atteindre les résultats suivants :

1° Mettre le service des hôpitaux militaires en harmonie avec la nouvelle organisation de l'armée ;

2° Assurer dans les meilleures conditions possibles le traitement des militaires malades dans les hôpitaux civils ;

3° Enfin alléger les charges du budget de la guerre en faisant de sages réductions dans les *établissements* et dans le *personnel* de santé de l'armée, réductions auxquelles il serait pourvu au moyen des ressources que peuvent offrir les services civils.

Telle est, en résumé, messieurs, l'économie du projet de loi présenté par M. le Ministre de la guerre ; ce projet de loi touche à trois grands intérêts : premièrement, à l'intérêt de l'armée touchée dans l'organisation de ses services hospitaliers et dans le personnel de son corps de santé ; deuxièmement, à l'intérêt des communes appelées à payer par annuités les frais occasionnés par les aménagements et constructions reconnus nécessaires ; troisièmement, enfin, à l'intérêt des administrations hospitalières chargées de recevoir et de soigner dans les hospices civils les malades de l'armée. C'est à ce triple point de vue que la Commission a étudié la question, et c'est le résumé de ses délibérations que j'ai l'honneur de vous présenter dans ce rapport.

PREMIÈRE PARTIE.

Intérêt de l'armée.

Tout en rendant justice aux bonnes intentions de M. le Ministre de la guerre, qui s'efforce dans son projet, de réduire le plus possible les sacrifices exigés par notre réorganisation militaire, votre Commission avait pour devoir de se demander quelle serait, au point de vue de l'intérêt de nos soldats, l'influence du projet nouveau, et d'examiner si les économies proposées n'auraient pas pour résultat de diminuer, sous le rapport médical, les garanties qu'ils sont en droit d'exiger de l'Etat.

« En tout temps, dit M. de La Coste, rapporteur de la commission mixte des hôpitaux, un grand pays doit à ceux qui le servent sous son drapeau une large assistance ; mais si ce devoir pouvait grandir encore, ce serait assurément lorsque la loi appelle tous les hommes valides à supporter leur part du service militaire. La France impose aujourd'hui à tous ses enfants un sacrifice accepté de tous, mais rigoureux. Elle contracte, par cela même envers eux, la dette sacrée de leur fournir, dans la mesure la plus complète qui puisse s'accorder avec les nécessités de la vie militaire, tous les soins exigés par la maladie ou la guerre. » Nous ne pouvons que nous associer à des pensées aussi vraies et aussi généreuses ; oui, le soldat a droit à l'assistance de l'Etat, et c'est pour remplir cette obligation que l'Etat a institué un corps de santé spécial.

De la bonne ou de la mauvaise organisation de ce corps de santé dépend la sécurité du soldat, et dans la paix, et dans la guerre. Tout ce qui tend à relever le corps de santé, à lui donner plus de liberté et d'initiative, profite à l'armée ; tout ce qui tend à l'abaisser, à

(1) Rapport fait à la Chambre des députés, dans la séance du 18 novembre 1876, au nom d'une Commission composée de MM. Laussedat, *président ;* Liouville, *secrétaire ;* le colonel Denfert-Rochereau, Cosson, Marmottan, Buyat, Deviolaine, Farcy, Soye, de Nalèche, Théophile Roussel.

neutraliser son action, à paralyser son dévouement, se traduit pour elle en ruines et en catastrophes. Nous en avons fait, hélas, une triste expérience ; et la campagne de Crimée n'est pas encore assez loin de nos souvenirs pour que nous ayons oublié les résultats terribles qu'ont amenés, pour nos troupes, l'intervention fatale de l'Intendance, et sa suprématie sur le corps médical; il y a des chiffres qui ont une éloquence tragique : tandis que dans nos hôpitaux infectés nous perdions, la seconde année de la guerre, 10,278 typhiques, les Anglais n'en perdaient que 16, et pendant ce temps, 82 de nos médecins militaires payaient de leur vie leur dévouement à leur devoir, tandis que, du côté des Anglais, pas un seul médecin ne périssait. Tel est le résultat d'une organisation vicieuse : chez nous, c'était l'intendant, c'est-à-dire un homme sans compétence, qui dirigeait le service médical; chez les Anglais, c'était le corps médical, lui-même qui avait tout pouvoir pour organiser les services hospitaliers de l'armée.

Nous devions donc nous demander tout d'abord quelle serait, au point de vue de l'organisation du corps de santé, l'influence de cette réforme hospitalière et quelle situation serait faite aux médecins militaires par son application.

La question s'élargissait ; la Commission était naturellement amenée à émettre ses vues sur l'organisation la meilleure du corps de santé afin de juger si la réforme proposée rentrait dans le cadre de cette organisation.

Dans les vues de la Commission, le corps médical devrait constituer un corps spécial, analogue à ceux du génie et de l'artillerie, sans attaches avec l'intendance et ne dépendant que du commandement en chef ; en un mot, il devrait posséder son autonomie. Il devrait aussi, afin de relever son prestige et son autorité, jouir de l'assimilation et avoir sa place nettement fixée dans la hiérarchie; enfin il devrait exister au Ministère de la guerre une direction spéciale des services médicaux. C'est à ce prix que nous relèverions le corps médical de l'armée et qu'au grand avantage de nos soldats nous lui rendrions son initiative et sa liberté d'action. Tous les pays de l'Europe, même l'Espagne, nous ont précédés dans cette voie, et il est temps que la France, sortant enfin de l'ornière administrative, se mette au niveau de ses voisins.

Le projet de loi qui vous est soumis répond-il à ces vues et doit-il avoir pour résultat de relever le corps de santé, d'augmenter son prestige et d'assurer sa liberté d'action ?

A l'unanimité, messieurs, votre Commission a été d'avis que le projet de M. le Ministre de la guerre devait avoir, pour le corps de santé, une influence fatale. Supprimer tous les hôpitaux militaires sauf quelques-uns, remettre aux soins des médecins civils les malades de l'armée, diminuer le personnel de santé de nos régiments, c'était donner le coup de grâce au corps médical de l'armée, lui inspirer un découragement profond, et rendre par la suite son recrutement impossible. Dans ce système, le médecin militaire serait réduit au service régimentaire, et ne serait plus alors qu'un fonctionnaire chargé de donner des billets d'hôpital; n'ayant plus de malades à soigner, son rôle deviendrait absolument passif, et l'on reste convaincu que, si un semblable programme pouvait se réaliser, il n'y aurait bientôt plus de médecine militaire.

Votre Commission ne pouvait donc adopter les conclusions du Ministre telles qu'elles étaient formulées dans le projet de loi émané de l'administration, et elle leur a fait subir les modifications nécessaires pour les mettre en rapport avec les vues générales que nous venons de vous exposer.

Elle a admis en principe que tous les hôpitaux régionaux devaient être exclusivement militaires, et elle s'éloigne sous ce rapport du projet du gouvernement qui admet qu'à défaut d'hôpital militaire dans la région, il sera désigné pour en tenir lieu, soit un hospice civil de la région, soit un hôpital militaire d'une région voisine.

Les raisons qui justifient nos conclusions sont tirées de l'importance des hôpitaux régionaux et du rôle qu'ils sont appelés à jouer dans l'organisation nouvelle. En effet, l'hôpital régional est, pour ainsi dire, l'arsenal médical du corps d'armée auquel il appartient; il est destiné à l'instruction d'un personnel spécial formant le corps des infirmiers et des brancardiers, et, de plus, il est le siége où doit se préparer et se centraliser tout le matériel médical nécessaire au corps d'armée en cas de mobilisation. Annexer un pareil établissement à un hôpital civil, ce serait s'exposer ou à absorber complétement l'hospice civil qui deviendrait une succursale de l'hôpital militaire, ou à voir s'élever chaque jour des conflits entre l'administration civile et l'administration militaire. Les deux services ne pourraient qu'en souffrir et, dans l'intérêt de l'armée, il est préférable de voir chaque région militaire posséder un hôpital régional exclusivement militaire, et situé autant que possible au chef-lieu du corps d'armée.

Actuellement, sur dix-huit corps d'armée qui constituent notre effectif militaire, douze sont pourvus d'un hôpital militaire; six seulement en sont dépourvus. Le tableau suivant vous fera connaître sous ce rapport la situation actuelle et les sacrifices qu'il reste à faire pour mettre notre organisation hospitalière en harmonie avec l'article premier de notre projet de loi.

1° *Corps d'armée pourvus d'hôpitaux militaires.*

Corps.	Section d'infirmiers militaires.	Hôpital.
1er	1re	Hôpital de Lille.
3e	3e	— Versailles (1).
5e	5e	— Vincennes (2).
6e	6e	— camp de Châlons.
8e	8e	— camp d'Avors.
10e	10e	— Rennes.
13e	13e	— Vichy (3).
14e	14e	— Lyon.
15e	15e	— Marseille.
16e	16e	— Perpignan.
17e	17e	— Toulouse.
18e	18e	— Bayonne.

2° *Corps d'armée non pourvus d'hôpitaux militaires.*

Corps.	Section d'infirmiers militaires.	Point choisi pour la mobilisation du matériel d'ambulances.
2e	2e	Amiens.
4e	4e	Le Mans.
7e	7e	Dôle.
9e	9e	Tours.
11e	11e	Nantes.
12e	12e	Limoges.

Quant aux autres hôpitaux militaires, nous admettons parfaitement qu'un certain nombre d'entre eux sont devenus inutiles et peuvent disparaître sans inconvénient; mais nous pensons aussi qu'il ne faut agir en cette matière qu'avec une grande circonspection. Aussi avons-nous introduit dans l'article 2 de notre projet de loi une clause qui nous met à l'abri des résolutions précitées : « Les suppressions ne pourront avoir lieu qu'en vertu d'une disposition formelle de la loi de finances de chaque année. » Ce sera, en dernier ressort, la représentation nationale qui décidera si un hôpital militaire peut être oui ou non supprimé, et ce parti ne sera pris qu'après un examen sérieux de la question.

Dans les localités où il n'existera pas d'hôpitaux militaires et dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils seront tenus de recevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire.

C'est dans de pareilles circonstances que les hospices civils peuvent rendre de véritables services à notre armée et soulager le budget de l'État; mais ici comme ailleurs la Commission n'a pas perdu de vue l'intérêt du corps de santé. Adoptant l'amendement d'un de nos collègues, M. le docteur Cornil, elle a admis en principe que le malade militaire devait être soigné par le médecin militaire, et qu'il ne devait être dérogé à cette règle que là où le personnel médical

(1) Le chef-lieu du corps d'armée est Rouen.
(2) Le chef-lieu du corps d'armée est Orléans.
(3) Vichy est un hôpital thermal, à la disposition de toute l'armée; le 13e corps ne peut donc être considéré comme ayant un hôpital spécial. Il serait peut-être nécessaire d'en établir un au chef-lieu du corps d'armée, qui est Clermont-Ferrand.

de l'armée ne serait pas suffisant. A cet effet, et conformément à l'avis de la commission mixte des hôpitaux, elle a divisé les hospices civils en deux classes : 1° les hospices mixtes ou militarisés; 2° les hospices civils proprements dits. Les premiers comprendront les hôpitaux des villes où la garnison fournira un mouvement moyen de douze malades au moins. L'expérience a prouvé que, dans des circonstances normales, notre armée fournit en moyenne un malade sur vingt-cinq hommes; un mouvement moyen de douze malades correspond donc à une garnison moyenne de trois cents à quatre cents hommes. Dans ces circonstances, les malades militaires devront être traités dans des salles spéciales, séparés des malades civils, et soumis, autant que possible, aux règlements en vigueur dans les hôpitaux militaires. Les hospices civils proprement dits comprendront les hôpitaux des petites garnisons, où le mouvement moyen journalier sera inférieur à douze malades et où le personnel médical de l'armée sera insuffisant pour faire le service de l'hôpital. Les malades militaires seront alors traités par les médecins civils, dans les salles ordinaires, et soumis au régime de l'hospice.

La Commission a surtout insisté sur la séparation des malades militaires, lorsque leur nombre permettra de créer une salle spéciale, et elle a fixé ce nombre à douze; elle veut ainsi éviter tout ce qui pourrait affaiblir la discipline et préserver nos soldats des causes qui pourraient influer sur leur moral et affaiblir chez eux le sentiment du devoir.

Elle a également insisté pour que, dans les hôpitaux mixtes, le médecin militaire soit employé au traitement des malades de l'armée chaque fois que l'effectif du corps médical le permettra. A ses yeux, ce ne doit être qu'en cas d'insuffisance que l'on devra recourir à l'intervention du médecin civil; à cet effet, elle a introduit dans le projet de loi certaines dispositions qui garantissent, dans une juste mesure, à nos médecins militaires leur droit de soigner les malades de l'armée.

Chaque fois que, dans un hôpital mixte, le mouvement moyen des malades de la garnison sera de cinquante au moins, leur traitement sera toujours confié au médecin militaire. Ce n'est qu'au-dessous de ce chiffre que l'intervention du médecin militaire sera subordonnée aux besoins du service régimentaire, et qu'en cas d'insuffisance, on pourra avoir recours à l'intervention du médecin civil.

En effet, un roulement moyen de cinquante malades correspond à une garnison de douze à quinze cents hommes, et votre Commission a pensé que, dans ces conditions, l'organisation du corps de santé de l'armée devait toujours permettre de disposer d'un médecin militaire pour le service de l'hôpital.

Voici, du reste, la proportion existant entre les hôpitaux mixtes et les hôpitaux civils proprement dits. Sur quatre cent soixante-douze hôpitaux, quatre-vingt-quatorze seulement ont eu, en 1872, une moyenne de douze lits plus ou moins occupés; les trois cent soixante-dix-huit autres n'ont pas atteint cette moyenne. Votre Commission estime donc que, dans ces quatre-vingt-quatorze hôpitaux mixtes, le service médical pourra presque toujours être fait par le médecin militaire.

Il serait certainement possible, comme le demandait un des membres de la Commission, M. le docteur Liouville, d'utiliser les médecins de l'armée territoriale là où les médecins de l'armée active seraient insuffisants. C'est une idée féconde dont l'application aurait pour résultat d'initier les médecins de l'armée territoriale aux différents détails du règlement militaire, et de les rendre aptes à un service immédiat en cas de mobilisation.

Votre Commission a encore stipulé que, lorsque des malades militaires seront soignés par des médecins civils, soit dans les hôpitaux mixtes, soit dans les hôpitaux civils proprement dits, le médecin de la garnison aura toujours le droit de les visiter; mais, afin d'éviter les froissements et empêcher les conflits qui pourraient en résulter, elle demande qu'il lui soit expressement interdit de s'immiscer dans le traitement des malades et de donner des ordres dans le service. Ces visites du médecin militaire auront pour avantage de lui permettre de se tenir constamment en rapport avec les hommes de son régiment, et de leur témoigner de l'intérêt.

Du reste, de tout temps, cette disposition a été inscrite dans tous les règlements militaires.

En terminant ce premier exposé, nous sommes heureux, messieurs, de pouvoir vous dire que l'auteur du projet de loi, l'honorable général de Cissey, alors ministre de la guerre, avec qui nous avons cru devoir conférer, et qui, dans ce but, s'est rendu dans le sein de la Commission, après avoir entendu nos raisons, a donné son entière approbation à nos conclusions.

DEUXIÈME PARTIE

Intérêt des villes.

L'article 5 du projet ministériel est ainsi conçu :

« La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement dans les hospices civils des services hospitaliers des garnisons est payée par l'État. Toutefois, les villes où sont casernées des troupes à cheval remboursent cette dépense à l'État au moyen d'un prélèvement annuel opéré sur les recettes de l'octroi et fixé par le Ministre de l'intérieur. Ce prélèvement, joint à la taxe perçue en vertu de la loi du 15 mai 1818, ne peut dépasser la moitié des produits fournis à l'octroi par les denrées servant à la nourriture des chevaux et de la garnison.

« Dans ce cas, les bâtiments construits appartiendront aux villes en fin d'amortissement; mais les frais d'entretien de ces bâtiments resteront à la charge de l'État pendant toute la durée de leur affectation au service militaire. »

En présence de ce texte qui tend à imposer des charges nouvelles à une certaine catégorie des villes, votre Commission, messieurs, devait examiner si déjà les communes ne payent pas à l'État une soulte suffisante, et s'il était juste d'augmenter encore leurs charges? Si la présence d'une garnison dans une ville est, pour la caisse municipale, une source de revenus, cet avantage se trouve suffisamment compensé par les obligations qui lui sont imposées par l'administration de la guerre. En effet, les frais de casernement sont à la charge des communes, et, pour satisfaire à cette obligation, les villes, en exécution de la loi du 15 mai 1818, doivent payer au Trésor une taxe de 7 francs par homme et de 3 francs par cheval, ou bien se libérer au moyen d'un abonnement consenti par les contributions indirectes. C'est en faisant ces sacrifices qu'elles obtiennent l'avantage de posséder une garnison. Serait-il juste de leur faire payer une seconde fois sous une autre forme ce même avantage?

La Commission mixte des hôpitaux, instituée par M. le Ministre de la guerre, a consulté sur ce point le ministère des finances, et il résulte des documents fournis par ce dernier que, pour les villes abonnées, comme pour celles soumises à la taxe, la somme payée à l'État est à peu près équivalente à celle produite aux recettes de l'octroi par les garnisons, et qu'en général il ne leur reste de ce chef qu'un bénéfice peu important.

Il ne faut pas oublier que la plupart de ces villes ont, en outre, à supporter le fardeau d'un passif dû à nos derniers désastres, et que, dans l'œuvre de notre réorganisation militaire, elles se sont imposé de nouveaux sacrifices pour l'installation du casernement.

Le service du génie, également consulté sur ce sujet par M. le Ministre de la guerre, a fait remarquer que, vu les dépenses consenties par les villes pour le casernement, elles étaient encore soumises pendant quatorze ans au payement d'annuités, et que le remboursement des dépenses à faire pour les aménagements et constructions des établissements hospitaliers ne pourrait par conséquent commencer avant l'expiration de ces quatorze années; il ajoute que le principe du remboursement ne s'appliquerait qu'à un petit nombre de villes, qu'il n'aurait pour l'État que des avantages peu marqués et aurait, au contraire, l'inconvénient d'entraver les pourparlers que le service du génie peut avoir engagés avec ces villes à l'occasion du casernement.

L'avantage que retireraient de ce projet les villes imposées serait véritablement dérisoire : en fin d'amortissement, elles deviendraient propriétaires des bâtiments construits; singulière propriété, bâtie sur le terrain d'autrui. D'autre part, les administrations hospitalières, avec juste raison, ne consentiraient jamais à laisser édifier sur le sol qui leur appartient des constructions destinées à devenir la propriété d'une administration étrangère; gardiennes du domaine hospitalier, elles résisteraient de toutes leurs forces à un semblable envahissement.

Devant ces objections, M. le Ministre de la guerre n'a pas hésité à abandonner le principe du remboursement, et à retirer spontanément l'article 5 de son projet.

Votre Commission, de son côté, vous propose, messieurs, d'adopter un article ainsi conçu :

« La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement, dans les hôpitaux civils, des services hospitaliers des garnisons est exclusivement à la charge de l'État. »

TROISIÈME PARTIE.

Intérêt des établissements hospitaliers civils.

Dans le projet de loi qui nous occupe, l'intérêt des hospices civils devait exciter au plus haut point la sollicitude de votre Commission.

La plupart des établissements hospitaliers civils sont le produit de fondations inspirées par l'esprit de charité ; sur soixante millions, en chiffre rond, qui constituent le revenu annuel des hospices, trente millions proviennent de donations. Ces libéralités ont été faites sous certaines conditions et affectées par les donateurs à des œuvres spéciales de bienfaisance ; elles ont été faites surtout pour venir en aide à la misère et constituer le patrimoine des pauvres. Ce serait une violation flagrante du contrat que de détourner ce patrimoine de son affectation spéciale.

Aussi votre Commission tient-elle à proclamer bien haut que les services rendus à l'armée par les hospices civils ne doivent pas détourner un denier de la fortune hospitalière des œuvres de charité auxquelles elle doit être consacrée. Elle proclame comme un principe absolu que les hospices civils seront remboursés intégralement de toutes les dépenses occasionnées par le service militaire. Ces dépenses ne doivent constituer les hospices ni en perte, ni en gain ; c'est un prêt de services que font les hospices, mais ce prêt ne doit pas être onéreux. Votre Commission s'est donc attachée à rechercher toutes les garanties qui peuvent assurer la mise en application de ces principes.

Sous tous les régimes qui se sont succédé en France, l'Etat a fait appel au concours des hospices civils; Louis XVI, la Convention, le Consulat, l'Empire ont successivement promulgué des lois, ou rendu des ordonnances qui réglaient les rapports de l'armée avec les administrations hospitalières. Toutes ces lois, de dates et d'origines diverses, contenaient certaines prescriptions qui leur étaient communes : elles proclamaient que, dans toutes les places de guerre ou de garnison où il n'existe pas d'hôpital militaire, les soldats devaient être soignés dans les hôpitaux civils; que pour les services rendus les hôpitaux civils recevraient une indemnité, ou prix de journée, réglée avec les administrateurs de l'hospice et consentie par le Ministre de la guerre; enfin, elles reconnaissaient que le service de l'armée ne devait pas être préjudiciable au service des citoyens et détourner l'établissement de charité de sa mission spéciale.

Les hospices civils, il faut leur rendre cette justice, n'ont jamais reculé devant les obligations que leur imposait l'Etat au nom de l'intérêt public : nos soldats y ont toujours été reçus avec bienveillance et soignés avec dévouement ; mais il faut aussi reconnaître que, depuis bien des années, les administrations hospitalières ont des griefs légitimes contre les procédés de l'administration de la guerre. Un grand nombre d'entre elles sont, chaque année, constituées en perte et ont à supporter des déficits importants par suite de l'insuffisance de la rémunération que leur alloue l'autorité militaire.

Ainsi, d'après la Commission mixte des hôpitaux, dès 1869, les hospices de Langres, d'Arras et d'Avignon accusaient comme perte annuelle sur les lits réservés aux militaires, de 8 à 9,000 francs; celui de Châlons-sur-Marne, 5,900 francs; celui de Troyes, 3,000 francs, etc, etc.; et certainement, depuis cette époque, les pertes n'ont pu aller qu'en augmentant. Chaque année les commissions administratives envoyaient leurs doléances et leurs réclamations aux bureaux de la guerre; mais, ou on ne leur répondait pas, ou on leur allouait, de guerre lasse, une augmentation de quelques centimes qui était loin de combler le déficit.

Il y a quelque chose de choquant de voir la puissante administration de la guerre se constituer dans la question juge et partie, et fixer elle-même, en dernier ressort et sans appel, l'indemnité qu'elle aura à payer aux hôpitaux civils. Le Ministre de l'intérieur lui-même, qui est le tuteur naturel des établissements hospitaliers, n'a pas voix délibérative ; il lui est permis de faire des observations, de solliciter en faveur des hospices qui réclament, mais, en dernier ressort, c'est l'administration militaire qui décide et qui prononce. Aussi les plaintes n'ont-elles pas cessé de se renouveler à peu près sur tous les points du territoire, et ont-elles pris dans ces dernières années, à mesure que les denrées renchérissaient, une extension et une force de plus en plus grandes.

Devant un pareil état de choses, votre Commission avait pour devoir de faire disparaître une situation aussi contraire à la justice, d'arracher les hospices civils à la discrétion du corps administratif de l'armée, et de fixer une jurisprudence qui garantît le droit de tous. C'est dans ce but qu'elle a rédigé l'article 7 de son projet de loi. Elle fait intervenir toutes les parties qui ont un intérêt manifeste à la bonne gestion des hôpitaux civils : d'une part, le conseil municipal qui, d'après la loi, est obligé de subventionner les hôpitaux lorsque leurs ressources sont insuffisantes, et, d'autre part, le Ministre de l'intérieur qui est le tuteur et le protecteur légitime des intérêts hospitaliers.

Toute convention passée entre le représentant du Ministère de la guerre et la Commission administrative d'un hospice ne sera exécutoire qu'après avoir été approuvée par le conseil municipal et ratifiée par les Ministres de la guerre et de l'intérieur.

En cas de contestation, ce ne sera plus un simple fonctionnaire de l'administration militaire qui tranchera les difficultés, mais les tribunaux administratifs : en premier ressort, le conseil de préfecture du département, et, en appel, le conseil d'État.

Nous sommes convaincus qu'en établissant ces règles, nous donnons aux établissements hospitaliers des garanties qu'ils ont toujours réclamées et qui les mettront à l'abri d'exigences contraires à la justice.

Dans l'article 8 du projet de loi que nous soumettons à votre approbation, nous mettons qu'un règlement d'administration publique pourvoira à l'exécution de la loi sur les bases que nous avons établies.

Il ne nous appartient pas d'entrer dans les détails de ce règlement ; mais nous pouvons ici fixer les principes généraux qui devront servir de base à sa rédaction.

1° *Rapports des administrations civiles et militaires.*

Toutes les fois qu'il y aura dans un hôpital civil une salle exclusivement réservée aux militaires, la Commission a pensé que le règlement militaire devait autant que possible être appliqué aux malades de l'armée, aux différenrs points de vue de l'alimentation, du régime pharmaceutique et du personnel. Il y aurait même avantage à ce que le service de santé militaire fût chargé de fournir les médicaments. Mais il demeure bien entendu que, si l'application du régime militaire au traitement des malades devait occasionner aux hospices civils des frais particuliers d'installation, il leur en serait tenu compte dans la fixation du prix de la journée.

Lorsqu'il n'y aura pas de salle militaire spéciale, les malades de l'armée seront soumis au régime ordinaire de l'hôpital civil.

Si certains travaux d'amélioration ou de construction sont jugés nécessaires par l'autorité militaire, celle-ci devra s'adresser à la Commission administrative de l'hospice. En cas de dissentiment, la question devra être portée devant le Ministre de l'intérieur, et nul travail ne pourra être exécuté sans l'accord préalable des deux Ministres de l'intérieur et de la guerre.

2° *Fixation du nombre de lits.*

Dans la plupart des hospices civils, le nombre des lits destinés aux malades de l'armée a été fixé par l'administration militaire, et, en général, on peut dire que ce nombre dépasse de beaucoup les besoins de la garnison. Il semblerait même que cette fixation a été faite jusqu'ici d'une façon toute arbitraire, car il est impossible d'établir un rapport entre les besoins de la garnison et le nombre des lits exigés par l'intendance ; ainsi nous trouvons :

à Orléans, pour une garnison de	1.675	hommes	120	lits,
à Auxerre,	—	551	—	82	»
à Troyes,	—	1.086	—	50	»
à Senlis,	—	372	—	22	»
à Dieppe,	—	574	—	25	»
à Evreux,	—	1.024	—	40	»
à Vernon,	—	1.312	—	73	»
à Alençon,	—	938	—	62	».

Quels que soient les motifs qui ont pu déterminer l'intendance à une semblable fixation, il ressort de l'étude des documents officiels que, presque partout, la quantité des lits tenus à la disposition de la guerre répond largement aux besoins des garnisons actuelles et que dans beaucoup de villes, elle paraît aller bien au delà.

Aussi les Commissions administratives d'un grand nombre d'hospices ont-elles sans cesse réclamé contre les charges qui leur sont imposées de ce chef, et votre Commission, Messieurs, est obligée de reconnaître que leurs plaintes sont fondées.

Nous pensons donc, avec la Commission mixte des hôpitaux, qu' « il est infiniment désirable de limiter le nombre des lits dans la plus stricte mesure qui soit compatible avec les besoins présumés de notre organisation permanente. »

Nous pensons également que l'administration militaire doit payer aux établissements civils la location et l'amortissement du matériel nécessaire aux malades militaires, et que le prix de cette location doit figurer dans le prix de revient de la journée.

Il serait même à désirer qu'à l'avenir, ce soit l'administration militaire elle-même qui fournisse aux hospices civils le matériel hospitalier nécessaire à notre armée.

3° *Fixation du prix de la journée.*

Votre Commission, messieurs, ne pense pas que, pour indemniser les hospices civils des frais occasionnés par le traitement des malades militaires, il faille établir une moyenne de prix de journée applicable indistinctement à tous les hôpitaux ; le prix des choses varie suivant les régions, et une moyenne uniforme aurait l'inconvénient d'être trop élevée pour certains établissements, et au contraire inférieure au montant de la dépense réelle pour certains autres. Votre Commission est donc d'avis que l'administration militaire doit traiter avec chaque établissement hospitalier séparément, et que le prix de la journée doit être fixé en tenant compte des éléments suivants :

1° Indemnité locative des bâtiments lorsque ces bâtiments n'auront pas été construits aux frais de l'Etat.

2° Indemnité locative et amortissement du mobilier lorsque ce mobilier n'aura pas été fourni par l'administration militaire.

3° Part dans les frais généraux, comprenant les frais de bureaux et ceux de personnel, médecins, infirmiers, sœurs hospitalières, secrétaires-économes.

4° Indemnité pour les frais de nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage et médicaments, lorsqu'ils ne seront pas fournis par l'administration de la guerre.

Quant aux dépenses spéciales telles que : frais d'inhumations, bandages, membres artificiels, etc., elles feront partie d'un compte à part et seront réglées à la fin de chaque année.

Dans les six mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique, les Commissions administratives des hospices pourront demander la résiliation des anciennes conventions et la mise en application en leur faveur des dispositions de la loi nouvelle et des garanties contenues dans l'article 7. L'administration devra faire droit à ces demandes dans un laps de temps qui ne devra pas dépasser six mois.

Telles sont, messieurs, les bases que votre Commission voudrait voir adopter dans la confection du règlement d'administration publique ; nous pensons qu'elles sont conformes à la justice et tiennent compte tout à la fois et de l'intérêt de l'État et de celui, si respectable, des établissements hospitaliers.

Après les développements qui précèdent, il ne nous reste plus qu'à soumettre à votre approbation le projet de loi suivant :

PROJET DE LOI.

Article premier. — Chacun des corps d'armée de l'intérieur aura, dans la région qu'il occupe, et autant que possible au chef-lieu du corps d'armée, un établissement hospitalier militaire, destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaires au corps d'armée pour le service hospitalier.

Art. 2. — A l'exception des hôpitaux permanents des gouvernements de Paris et de Lyon, et des hôpitaux thermaux, tous les autres hôpitaux militaires pourront être successivement supprimés quand, dans les villes où ils existent, les hospices civils appropriés à cet effet seront en état d'assurer en tout temps le service médical militaire.

Toutefois, ces suppressions ne pourront avoir lieu qu'en vertu d'une disposition formelle de la loi de finances de chaque année.

Art. 3. — Dans les localités où il n'existera pas d'hôpitaux militaires et dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils seront tenus de recevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire.

Art. 4. — Les hospices civils seront à cet effet, par décret du Président de la République rendu sur la proposition des Ministres de la guerre et de l'intérieur, divisés en deux catégories : 1° les hôpitaux mixtes ou militarisés ; 2° les hôpitaux civils proprement dits.

Seront classés dans la première catégorie les hôpitaux civils où il y aura des salles spécialement réservées aux malades militaires.

Toutes les fois qu'une garnison fournira un roulement moyen de douze malades, ces malades seront soignés dans une salle spéciale et soumis, autant que possible, sous le rapport du régime hospitalier, aux règlements en vigueur dans les hôpitaux militaires.

Seront classés dans la seconde catégorie, les hôpitaux des villes où les garnisons ne fourniront qu'un roulement moyen inférieur au chiffre de douze malades : ces malades seront soignés dans les salles ordinaires et soumis au régime de l'hôpital civil.

Lorsque, dans un hôpital mixte, le roulement moyen des malades de la garnison sera de cinquante au moins, leur traitement sera toujours confié aux médecins militaires. Au-dessous de ce chiffre, les malades militaires seront soignés par les médecins militaires toutes les fois que le personnel médical de la garnison le permettra ; en cas d'insuffisance, le service des salles militaires sera fait par des médecins civils.

Dans les hôpitaux civils proprements dits, les malades de l'armée seront soignés par les médecins civils.

Quand des malades militaires seront soignés par des médecins civils, le médecin de la garnison aura le droit de les visiter ; mais, sous aucun prétexte, il ne pourra s'immiscer dans le traitement ni donner des ordres dans le service.

Art. 5. — Les obligations imposées aux hospices civils ne peuvent, dans aucun cas, porter préjudice au service des fondations et de l'assistance publique.

L'État doit à ces établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent par suite du traitement des malades militaires.

Art. 6. — La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement dans les hospices civils des services hospitaliers des garnisons est exclusivement à la charge de l'État. Nul travail ne pourra être exécuté sans l'assentiment de la Commission administrative de l'hôpital, ou, en cas de dissentiment, sans l'accord préalable des Ministres de la guerre et de l'intérieur.

Art. 7. — Une convention passée entre le représentant du Ministre de la guerre et la commission administrative de l'hôpital déterminera, pour chaque hôpital, suivant la catégorie à laquelle il appartiendra, le régime spécial à cet établissement, les conditions d'application du règlement militaire et la dette correspondante à l'État. Cette convention ne sera exécutoire qu'après avoir été approuvée par le conseil municipal et ratifiée par les Ministres de la guerre et de l'intérieur.

En cas de contestations entre la Commission administrative, le

conseil municipal et les ministres, les points litigieux du débat seront portés, en premier ressort, devant le conseil de préfecture du département, et en appel, s'il y a lieu, devant le conseil d'État.

La convention aura une durée de cinq années; elle pourra exceptionnellement être révisée dans cet intervalle, à la condition qu'il y ait accord entre toutes les parties.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique pourvoira à l'exécution de la loi sur les bases ci-dessus établies.

Art. 9. — Dans les six mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique, les Commissions administratives des hôpitaux pourront demander, nonobstant les conventions en cours d'exécution, qu'il leur soit fait application des dispositions de la présente loi. Il sera fait droit à ces demandes dans un délai de même durée et conformément aux prescriptions de l'article 7.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Une lettre de M. le docteur Alber (Autriche), accompagnant l'envoi de plusieurs brochures qu'il a publiées;

3° De la part de M. Perret (de Villefranche), sa thèse destinée au concours pour le prix Duval.

M. Périer dépose, au nom de M. Gros (de Boulogne), une observation de *kyste de l'orbite avec exophthalmie considérable, guéri par l'extirpation de la tumeur.*

M. Lucas-Championnère dépose, de la part de M. Ch. Paris, une note sur les *indications de la trépanation des os du crâne au point de vue des localisations cérébrales.*

M. Tillaux dépose, de la part de M. Gelée, un travail sur un *signe nouveau indiquant qu'un nouveau-né a respiré, signe tiré de l'inspection de l'oreille interne.* Lorsque l'enfant n'a pas respiré, la caisse du tympan est remplie d'une masse gélatiniforme rougeâtre qui se résorbe très-rapidement dès que l'air y a pénétré.

M. Verneuil offre à la Société un portrait de Lisfranc.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. Terrier communique une observation de *suture des tendons des doigts,* à la suite de laquelle la réunion fut obtenue par première intention. Mais les points de suture restés dans la plaie donnèrent bientôt lieu à une suppuration et à la désunion de la cicatrice jusqu'à ce qu'ils fussent éliminés. M. Terrier pense que, par suite de cette suppuration sous-cutanée, la peau doit fatalement adhérer aux tendons. Peut-être pourrait-on éviter ce résultat en employant pour les ligatures le catgut.

M. Tillaux reconnaît qu'il n'est pas ordinaire de voir la cicatrisation des tendons suturés se faire sans l'intermédiaire de la peau, mais il en a vu des exemples dans le service de M. Notta, à Lisieux.

RAPPORTS

De l'emploi du coton hydrophile pour le pansement des plaies. — M. Paulet donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Touraine, médecin-major, relatif à l'emploi du *coton hydrophile* pour le pansement des plaies. Divers essais ont été faits pour remplacer la charpie qui présente des inconvénients nombreux. M. Guyon emploie de la ouate qu'il prépare extemporanément en la malaxant dans l'eau pendant quelques minutes et l'exprimant ensuite, il s'en sert alors pour remplacer l'éponge ou la charpie; M. Gubler a conseillé l'usage de coton cardé rendu perméable par la glycérine; M. Funguns, en Allemagne, se sert d'ouate qu'il fait cuire pendant quatre à cinq heures dans une solution de carbonate de soude à 5 pour 100, ou dans de la lessive de cendres. M. Touraine a proposé dès 1855, pendant la guerre de Crimée, de se servir de coton cardé soumis à une ou plusieurs lessives de cendres, selon la qualité du coton qu'il classe en coton tendre et coton dur. Pour cela, il fait placer les cardes dans une lessive ordinaire au-dessus du linge. Dans les cas pressés, il les fait tremper pendant une heure dans une solution à 25 ou 30 pour 100 de soude du commerce, puis laver et sécher. On lui fait subir ensuite un léger cardage. Ce coton ainsi préparé pourrait, au besoin, être employé plusieurs fois après avoir subi une simple lessive. Le coton hydrophile de M. Touraine absorbe les liquides comme la meilleure charpie.

M. Guyon pense que la ouate préparée d'avance par la méthode de M. Touraine aura en partie les inconvénients de la charpie, c'est-à-dire qu'elle pourra absorber et conserver des germes nuisibles. Il n'emploie dans son service que de la ouate préparée tous les jours ou tous les deux jours en petite quantité, en l'imbibant d'une solution phéniquée.

M. Le Fort a employé le coton hydrophile pendant la guerre et lui a reconnu l'avantage d'absorber les liquides et les gaz comme une éponge et de pouvoir faire sur les plaies une compression très-douce. On pourrait rendre le coton de M. Touraine tout à fait antiseptique, en le lavant dans une solution phéniquée. Depuis quelque temps, on se sert à l'étranger d'une autre substance, le jute (*phormium tenax*), dont le prix de revient est beaucoup moindre que la ouate et dont l'emploi est très-avantageux.

M. Trélat demande si les qualités d'élasticité et d'isolement qu'on demande ordinairement au coton ne sont pas compromises en raison même de ses nouvelles qualités hydrophiles.

M. Paulet répond que M. Touraine n'a proposé ce coton que pour remplacer la charpie et non pour remplacer la ouate dans ses usages généraux. Pour faire un pansement comme celui de M. Guérin par exemple, la ouate ordinaire sera toujours préférable, mais rien n'empêche de mettre sur une plaie une petite couche de coton hydrophile pour remplacer la charpie, et, par dessus, une compression avec de la ouate commune.

Le travail de M. Touraine est renvoyé au comité de publication.

M. Guyon lit un rapport sur différents travaux adressés par M. le professeur Cras (de Brest), pour servir à l'étude des *plaies de l'urèthre.* La discussion de ce rapport est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Terrillon présente un malade qui a fait l'objet d'une communication de M. Proust à la séance de l'Académie de médecine du 28 novembre dernier. (Voir *Gazette des hôpitaux* du 2 décembre.) (Commission : MM. Verneuil, Lannelongue et Le Dentu.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. Connor, médecin de l'armée, présente un calcul qui s'était développé dans la bourse prérotulienne, et donne lecture de l'observation de la malade qu'il a opérée avec succès. (Rapporteur : M. Nicaise.)

La séance est levée.

RÉUNION DES MÉDECINS LÉGISLATEURS

La réunion des médecins faisant partie du Sénat et de la Chambre les députés a tenu sa séance hebdomadaire à Paris, sous la présidence de M. Laussedat.

M. Liouville mentionne différentes communications adressées à la réunion concernant l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, l'organisation d'ambulances communales en Algérie.

Ces communications sont renvoyées aux sous-commissions chargées des futurs projets de loi qui les concernent. L'ordre du jour appelle l'examen du rapport déposé par M. Richard Waddington au nom de la commission parlementaire qui a statué sur les proposi-

tions de loi : 1° de M. Théophile Roussel; 2° de MM. Richard Waddington, Thiessé et Savoye, sur l'*assistance médicale* dans les campagnes.

Après une discussien à laquelle prennent part MM. Lussedat, Roussel, Chevandier, Testelin, Cornil, Thiersot et Liouville, la réunion donne sa complète adhésion aux articles de projet de loi.

PROPOSITION DE LOI QUI RÉSUME LE RAPPORT WADDINGTON.

ARTICLE PREMIER. — Dans tous les départements l'assistance à domicile des indigents malades sera organisée pour chaque commune conformément aux dispositions de la présente loi.

ART. 2. — Dans les communes où existent des bureaux de bienfaisance ou des commissions de charité, les bureaux ou les commissions réunis au conseil municipal de la commune dresseront tous les ans la liste nominative des indigents admis aux secours médicaux.

Dans les communes dépourvues de bureau de bienfaisance ou de commission de charité, le conseil municipal sera chargé de la confection de la liste.

Le médecin ou un délégué des médecins appelés à faire le service de l'assistance dans la commune assistera avec voix délibérative à la réunion.

La liste sera communiquée au préfet, qui la soumettra à la commission départementale.

Cette liste sera révisée tous les trois mois.

ART. 3. — Les conseils généraux devront, dans chaque département organiser les secours d'assistance médicale et pharmaceutique, de manière à ce qu'ils soient assurés pour chaque commune.

Ils arrêteront, à cet effet, des règlements qui détermineront le mode d'organisation et de fonctionnement de ce service. Les règlements pourront ne pas être uniformes pour les divers cantons du département.

Les conseils d'arrondissement, les associations médicales, les conseils d'hygiène et les conseils municipaux intéressés seront appelés à donner leur avis sur les règlements ci-dessus spécifiés.

ART. 4. — En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance et des ressources ordinaires de leur budget, les communes seront tenues de s'imposer jusqu'à concurrence de deux centimes additionnels aux quatre contributions directes, pour leur part contributive aux dépenses prévues par la présente loi.

ART. 5. — Les conseils généraux devront porter au budget des départements les dépenses de l'assistance médicale.

Les dépenses seront couvertes par les contingents communaux, ci-dessus fixés et par une contribution du département.

Les conseils généraux, à cet effet, en cas d'insuffisance des ressources des communes et en cas d'insuffisance des ressources ordinaires de leur budget, seront tenus de voter un centime départemental, additionnel aux quatre contributions.

ART. 6. — L'État concourra aux dépenses du service dans la mesure qu'il jugera utile au moyen de subventions allouées aux départements qui, après avoir épuisé le maximum des contributions spéciales, n'auront pu créer de ressources suffisantes pour l'organisation des services de l'assistance médicale.

ART. 7. — Il sera pourvu par un règlement d'administration publique aux dispositions nécessaires pour l'exécution de la présente loi.

M. Roussel appelle la sollicitude des membres de la réunion sur l'inexécution de la *loi relative à la protection de l'enfance*, votée par l'Assemblée nationale; des faits graves seront portés à la connaissance des ministres compétents.

M. Cornil continue l'exposition d'un projet de réforme de l'enseignement médical en France.

Le secrétaire: LIOUVILLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 décembre 1876, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Barbier, Sauvage, médecins-majors de première classe, et M. Paradis, pharmacien-major de première classe.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Par arrêté en date du 4 décembre 1876, la chaire d'hygiène est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordée aux candidats pour produire leurs titres.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Ont été proclamés lauréats de la Faculté.

1re année. — *Prix* : M. Cadiot. — *Mention honorable* : M. Fix.
2e année. — *Prix* : M. Altemaire.
3e année. — *Prix* : M. Lahalle.
4e année. — *Prix* : M. Guyot.
Prix de l'internat (*prix Bénit*) : M. Houpert.
Prix de thèse : M. Stœber. — *Mention honorable* : M. Rouyer.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — Ont été proclamés lauréats de l'École :

1re année. — *Prix* : M. Maillot. — *Mention honorable* : M. Macé.
2e année. — *Prix* : M. Gérard. — *Mention honorable* : M. Blandez.
3e année. — *Mention honorable* : M. Delacroix.
Prix de thèse : M. Gosset.

— *Hôpitaux de Paris.* — M. le docteur Dujardin-Beaumetz passe de La Rochefoucauld à Saint-Antoine.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le docteur Aug. Voisin, médecin de l'hospice, recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 14 décembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Présentation de malades et démonstrations histologiques.

Par décision ministérielle du 15 novembre 1876, MM. les étudiants devront être munis d'une carte d'entrée, que le directeur de la Salpêtrière leur délivrera sur le vu d'un certificat de la Faculté de médecine, attestant qu'ils ont passé le troisième examen de fin d'année. Les médecins et les magistrats auront accès à ces cours sur la présentation de leur carte personnelle.

— *Collége de France.* — *Cours d'histoire naturelle des corps organisés.* — M. le professeur Marey commencera ce cours le samedi 6 janvier, à deux heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera de la circulation du sang.

— *Muséum d'histoire naturelle. Cours d'anatomie comparée.* — M. Paul Gervais, commencera ce cours le mercredi 13 décembre 1876, à deux heures et demie, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. — Le cours de cette année aura principalement pour objet l'examen des organes de la nutrition envisagé dans la série des animaux. — A propos du système dentaire, il sera fait une comparaison des principaux groupes des vertébrés fossiles avec les espèces actuelles, appartenant aux mêmes embranchements. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre attenant aux galeries d'anatomie comparée. Des démonstrations pratiques seront faites chaque lundi à midi, dans les galeries publiques, ou au laboratoire du professeur, 55, rue Buffon.

— *Cours complet élémentaire d'ophthalmologie.* — Le docteur L. Xaxier Gorecki commencera son cours, le lundi 11 décembre, à cinq heures (amphithéâtre n° 1) à l'École pratique, et le continuera les lundis et mercredis suivants, de cinq à six heures. — Objet du cours : *maladies du globe oculaire.*

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 13 décembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Élection du bureau pour l'année 1877. — 2° Rapports de MM. Baudoin et Domerc sur les candidatures de MM. Monceaux et Brochin. — 3° Tétanos suivi de guérison, par M. H. Bergeron. — 4° Maladies régnantes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris, — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Fer dialysé Bravais

pharmacien-chimiste à Paris.

Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est une des plus importantes préparations ferrugineuses. C'est du peroxyde de fer à l'état liquide, et, par conséquent, se présentant dans les meilleures conditions d'absorption de plus, c'est le fer dans son état de combinaison le plus simple, c'est-à-dire uni à l'oxygène et à l'eau, à l'exclusion de tout acide. Il résulte des rapports des principaux médecins qui l'ont essayé dans les hôpitaux qu'il ne produit ni constipation, ni diarrhée, ni fatigue de l'estomac et qu'il ne noircit pas les dents. Le FER DIALYSÉ BRAVAIS est le seul ayant obtenu une première médaille à l'Exposition de Paris, 1875. — Le seul admis dans tous les hôpitaux. — Le flacon, 5 francs. — Usine à Asnières. — Dépôt pour la vente en gros et exportation : MAISON RAOUL BRAVAIS et Cie, rue Lafayette, 13 (quartier de l'Opéra), où se trouvent aussi le *Sirop de fer dialysé Bravais*, les *Pilules de fer dialysé Bravais*, les *Pastilles de fer dialysé Bravais* et la *Liqueur de fer dialysé Bravais*.

Pour éviter les contrefaçons, MM. les médecins sont priés de vouloir bien prescrire : *Fer dialysé Bravais*, et exiger (OBSERVATION IMPORTANTE) sur chaque flacon la marque de fabrique et la signature ci contre.

Sirops de Pennès et Pélisse,

employés avec succès contre les MALADIES CONGESTIVES et NERVEUSES.

1° SIROP AU BROMURE D'AMMONIUM d'une efficacité réelle dans les cas suivants : *Asthme suffocant, Congestions cérébrales, Hémiplégie, Méningite chronique, Paralysie, Ramollissement de la moelle épinière, Vertige.*

2° SIROP AU BROMURE DE SODIUM, préconisé pour le traitement ordinaire des *Convulsions, Éclampsie, Hystérie, Insomnie, Migraine, Nausée, Névralgie, Névrose, Spermatorrhée et Toux spasmodique.*

NOTA. — Se préserver des contrefaçons en exigeant sur chaque flacon la double signature et la marque authentique de fabrique.

VENTE EN GROS, rue de Latran, 2; DÉTAIL, rue des Écoles, n° 49, à PARIS, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermittentes « sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Huile de Foie de morue de HOGG.

Cette huile extraite à Terre-Neuve des foies frais de morues, est naturelle et absolument pure, n'ayant subi aucune épuration ni décoloration; elle est supportée facilement et indéfiniment par les estomacs les plus délicats, propriété qui lui est particulière; son action est prompte et certaine, et sa supériorité sur les huiles ordinaires, ferrugineuses, composées, etc., est maintenant universellement reconnue.

Pharmacie HOGG, 2, rue de Castiglione, Paris.

Koumys — Edward ET Extrait de Koumys-Edward

se conservant indéfiniment pour faire le Koumys soi-même. — Seul adopté et admis dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or à l'Exposition de Paris, 1875. — Paris, 14, rue de Provence.

Affections de poitrine, rhumes

etc. — « J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**, il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre.

« *Signé :* GUERSANT,
« Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.
« 28 novembre 1828. »

Pharmacie **BRIANT**, 150, rue de Rivoli, Paris.

La Tisane végétale Cocheux

remplace avantageusement les Minéraux pour le traitement de la GRAVELLE. MM. les docteurs peuvent la prescrire en toute confiance. — Pharm., 45, rue Taitbout, Paris.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : CLIN et Ce, 14, RUE RACINE, PARIS.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux*).

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd*).

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 | Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 | Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS

Sirop Barbarin au phosphate

MONOCALCIQUE CRISTALLISÉ. — Seule préparation liquide de phosphate de chaux obtenue sans le secours d'un acide, la seule rationnelle puisqu'il est prouvé que toute dissolution du phosphate tricalcique donne naissance à un mélange impur de phosphate monocalcique et d'un autre sel de chaux lactate au chlorure, suivant l'acide choisi; la seule que l'état cristallisé du sel employé permette de doser exactement (1 gramme pour 30) et de priver de toute trace d'acide phosphorique libre.

LE MEILLEUR DES RECONSTITUANTS, plus actif que l'huile de foie de morue; goût très-agréable; 5 années de succès dans les hôpitaux de Paris; 2e médaille d'argent, Exposition univ., Paris, 1875. Paris, BARBARIN, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, 163, r. de Belleville et phies. — 2 fr. 50.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 6, avenue Victoria.

Tamar indien Grillon.

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de jalap, etc.

Ph. GRILLON, 25, r. Grammont, Paris. Bte 2 fr. 50.

Digitaline cristallisée

Principe pur, défini de la Digitale, découvert par A. NATIVELLE, pharmacien. — Prix Orfila de 6,000 francs décerné par l'Académie de médecine, séance du 19 mars 1872.

Se prescrit en GRANULES et en SIROP. Un granule agit mieux que quatre granules de digitaline amorphe. Chaque flacon de Sirop porte une mesure dosant un quart de milligramme de digitaline. — Dans toutes les pharmacies. — DÉTAIL, rue Coquillière, 25. — GROS : rue de la Perle, 11.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrègent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU; et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIANDE, FER ET QUINA

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, *et toutes pharmacies de France et de l'étranger.*

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes et Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABÉLONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

Pilules de Blancard, approuvées par l'Académie de médecine de Paris.

N. B. L'iodure de fer impur ou altéré est un médicament infidèle, irritant. Comme preuve de pureté et d'authenticité des **VÉRITABLES PILULES DE BLANCARD**, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre *signature* ci-jointe apposée au bas d'une étiquette *verte*. — *Se défier des contrefaçons.*

Se trouvent dans toutes les pharmacies. *Pharmacien, r. Bonaparte, 40, Paris.*

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du PIN SYLVESTRE. — REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, Paris, 22.

N° 144. — MARDI 12 DÉCEMBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 12 DÉCEMBRE 1876. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Nature et thérapeutique de la Tétanie ou Contracture des extrémités chez les enfants.

Il est entré cette semaine une petite fille, que je viens de vous faire examiner et qui est atteinte de *tétanie* ou *contracture des extrémités.* C'est une maladie qui n'est pas très-commune, ni très-bien connue, dont la nature est douteuse dans l'esprit de bien des médecins, et sur laquelle il y a encore beaucoup de recherches à faire.

Il y en a deux variétés : l'une très-certainement *symptomatique* de lésions cérébro-spinales tangibles, matérielles, telles que la méningite aiguë et chronique, l'encéphalite chronique, la sclérose cérébrale ou spinale, l'hydrocéphalie, et vous en avez un exemple dans la salle, la myélite par carie vertébrale comme chez la petite fille du n° 7, et l'autre dite *essentielle.*

Celle-là est celle des enfants et celle de l'hystérie, de la convalescence typhoïde cholérique des adultes et des nourrices. Elle n'est peut-être pas essentielle, ainsi que je le démontrerai tout à l'heure, mais on l'appelle ainsi.

La petite fille que vous avez vue ce matin, et qui est âgée de trois ans, est malade depuis dix jours; après avoir eu de la diarrhée sans fièvre, pendant quatre jours, elle a été prise de raideur des doigts et des orteils, avec extension du pied et flexion du poignet, puis on l'amena à l'hôpital.

Elle est assez forte, grasse et fraîche; elle a un peu de diarrhée, sans fièvre. Son intelligence est nette, et elle paraît beaucoup souffrir. On ne peut la toucher sans qu'elle crie.

Elle ne tousse pas et n'a rien dans la poitrine.

La tête est souple, sans raideur, et sauf les articulations des mains et des poignets, des orteils et des pieds, toutes les autres sont souples.

Aux membres supérieurs, les poignets sont fléchis, contracturés, et les doigts sont crispés.

Une remarque à faire ici, c'est que les doigts n'ont pas la situation qu'ils offrent d'habitude. Ils ne sont pas fléchis sur les métacarpiens; étendus, raides et rapprochés par le bout unguéal, ils sont fléchis avec les phalanges serrées sur la paume de la main. C'est là une exception clinique importante que j'observe pour la première fois.

Aux membres inférieurs, les pieds sont fortement étendus sur la jambe, et les muscles jumeaux durs comme dans une crampe; les orteils sont fléchis et crispés sur la face plantaire.

Nulle part, la peau n'a changé de couleur et ne présente d'ecchymose. Elle est plus chaude que de coutume, et elle est très-sensible au contact et à la piqûre. Nulle part il n'y a d'anesthésie. Les mouvements réflexes même, sont conservés et le chatouillement plantaire produit un mouvement de retrait dans la cuisse.

Ce fait contredit ceux que vient de rapporter M. Manouvriez (de Valenciennes) qui, d'après six observations de contracture chez l'adulte, croit que l'anesthésie accompagne toujours cette maladie. Il n'est pas le seul, car en ce moment je vois deux autres cas de contracture où l'anesthésie fait également défaut. Loin de moi la pensée de contester l'exactitude des assertions de notre confrère, car je les crois parfaitement exactes, et la lecture de son mémoire, très-bien fait, est de nature à entraîner la conviction. On peut dire seulement que, sous ce rapport, la contracture des extrémités chez les enfants ne ressemble pas à la contracture des extrémités chez les adultes. Je n'ai rencontré ce phénomène d'anesthésie qu'une fois, mais il y avait en même temps des hallucinations et de la diplopie, et le fait a été publié (fig. 84) dans mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale.*

Disons, enfin, que les parties contracturées sont très-douloureuses et que la moindre tentative de redressement est très-pénible. A l'ophthalmoscope, le nerf optique est sain ainsi que la rétine, mais les veines sont fortement engorgées et dilatées.

Tel est le fait de contracture des extrémités que vous avez vu avec moi. Il ressemble à tous ceux que j'ai observés, sauf la direction des doigts contracturés et sauf l'intensité.

Aujourd'hui, il est en voie de guérison; après l'emploi des armatures de laiton du docteur Burcq, la diarrhée a cessé et l'enfant va bientôt guérir. (Elle a guéri.)

Il faut cependant craindre les rechutes, car la contracture des extrémités est une maladie à répétition. Elle disparaît pendant quelques heures pour revenir et disparaître encore en offrant ainsi des altérations d'état normal et pathologique. C'est une maladie à crises et qui revient par accès plus ou moins fréquents. Elle dure aussi huit à dix jours, un mois ou davantage, et elle peut passer à l'état chronique. Parfois elle cesse et revient l'année suivante, comme je l'ai vu sur le fils d'un magistrat de Paris, aujourd'hui entièrement débarrassé. Elle peut même revenir tous les ans pendant dix à douze années de suite. Je vois un fait de cette nature en ce moment.

C'est une jeune fille de Saint-Denis, qui m'a été adressée par mon ami le docteur Charle, mort récemment, et que voit actuellement le docteur Leroy des Barres. Cette fille, âgée de treize ans et demi, formée depuis quelques mois, a depuis l'âge de deux ans, tous les hivers et quelquefois l'été, des accès de contracture douloureuse des extrémités qui durent plusieurs heures, et qui la font horriblement souffrir. Elle n'a jamais été autrement malade, et n'a eu qu'une attaque d'éclampsie à deux ans, peu avant la première attaque de contracture. Aujourd'hui, dans l'intervalle des contractures, elle se porte bien et n'a aucun symptôme d'hystérie ou d'anesthésie.

Habituellement, ces contractures des extrémités sont *sporadiques*, mais on peut voir la maladie prendre le caractère épidémique. On a signalé des épidémies de ce genre sur les convalescents de fièvre typhoïde dans un seul hôpital, sur des nourrices, et il vient de s'en produire une autre tout récemment sur les jeunes filles d'un pensionnat des environs de Paris, à Gentilly. Vingt-sept enfants ont été prises successivement, et plusieurs ont été présentées à cet hôpital. Il paraît même qu'une sous-maîtresse a été atteinte. Comme toujours, le surnaturel a été invoqué comme explication du développement de la maladie, et le bruit a couru dans le pays qu'un sort avait été jeté sur la maison par un ecclésiastique qui y venait quelquefois. Aujourd'hui tout a disparu. (Il est vrai de dire que, dans une enquête faite à ce sujet par le docteur Hillairet, cette épidémie se réduirait à trois ou quatre cas de vraie contracture. Tous les autres seraient des cas de contracture simulée par des fillettes qui, au moyen de cette petite ruse, auraient trouvé le moyen de ne pas venir à l'école et de rester chez leurs parents.)

Quelle est la nature de cette maladie? Est-ce une affection essentielle, ou bien est-ce une névrose congestive ou ischémique?

A l'époque où l'on ne faisait pas d'histologie, lorsque l'anatomie pathologique ne se faisait pas au microscope, et quand on ne connaissait pas la physiologie des nerfs vaso-moteurs, j'ai cru, d'après la parole des maîtres, que la contracture des extrémités était une maladie essentielle. C'était l'opinion générale et universelle. J'ai cru qu'aucune lésion matérielle persistante de la moelle ne pouvait être invoquée comme étant le point de départ des contractures. Mais, à présent, le nombre des maladies essentielles diminue tous les jours, grâce à la découverte de lésions microscopiques, jadis inconnues, et des troubles passagers de circulation locale.

Ainsi, le sang peut affluer ou disparaître d'un organe, d'un tissu ou d'une partie d'organe par un acte propre de sa contractilité vasculaire excitée ou suspendue par l'innervation correspondante. C'est un trouble indépendant du cœur, dû à l'action vaso-motrice des vaisseaux capillaires de la région. Il en résulte une *hyperémie* ou une *ischémie* passagère, et de l'une ou de l'autre de ces modifications dépendent des troubles fonctionnels, passagers comme leur cause, et plus ou moins graves. Ce sont des *névroses congestives* ou *ischémiques*, telles que je les ai décrites dans la troisième édition de ma *Pathologie générale*.

Que l'hyperémie ou l'ischémie se produisent dans les méninges cérébrales ou spinales, dans le cerveau ou dans la moelle, et l'on a ces phénomènes convulsifs, tétaniformes ou choréiques qu'il est si commun d'observer chez les enfants.

La contracture des extrémités est une de ces névroses congestives, et j'espère vous le démontrer autrement que par cette affirmation, en vous présentant des faits plus significatifs tirés de mes études et de mes observations personnelles. Ces faits sont d'une part les autopsies, et de l'autre l'ophthalmoscopie médicale ou *cérébroscopie*.

On ne meurt jamais de contracture, mais les enfants succombent quelquefois par maladie intercurrente, telle que la diarrhée, la rougeole, l'angine couenneuse, etc. J'ai fait plusieurs autopsies dans ces conditions, et l'une d'elles a été publiée, en 1875, dans la *Gazette des Hôpitaux*, où vous pourrez la lire.

Cette enfant, atteinte de contracture et guérie de sa névrose, est morte d'entérite; et, chez elle, j'ai trouvé, sur la moitié inférieure de la protubérance, sur la moelle allongée et sur la moelle cervicale en avant, la méninge brune-noirâtre au lieu de sa rougeur habituelle qu'elle offrait sur tous les autres points de son étendue. La substance nerveuse n'a pas paru altérée. De plus, dans le canal rachidien, tout le tissu cellulaire était d'une couleur jaune rouillée, semblable à celle des infiltrations sanguines en voie de résorption.

Dans les trois autres autopsies, j'ai trouvé la même lésion de la méninge spinale, sans ecchymose du canal rachidien.

Enfin, dans une autopsie qui ne m'appartient pas et que Potain a publié dans l'*Union médicale*, en 1866, on a trouvé un ramollissement assez notable des pyramides antérieures.

Telles sont les autopsies dont je connais les résultats, mais je ne sais pas tout, et il y en a peut-être d'autres analogues dans la science. Elles montrent que, sur quatre cas de contracture terminés accidentellement par la mort dans mon service, il y a eu lésion de la méninge spinale à la région cervicale antérieure. Je n'ai pas fait d'autopsie négative où il n'y ait rien. Par conséquent, ces faits ont une importance considérable et ils établissent que, dans la contracture dite essentielle des extrémités, on trouve quelquefois :

Une suffusion sanguine de la méninge spéciale limitée à la partie antérieure du bulbe de la moelle allongée, de la moelle cervicale et occupant le tissu cellulaire du canal rachidien.

De plus, chez les enfants atteints de cette contracture, on trouve souvent au fond de l'œil des altérations visibles à l'ophthalmoscopie qui attestent une lésion cérébro-spinale. C'est la conséquence de la loi que j'ai formulée et inscrite dans mon *Atlas d'ophthalmoscopie médicale et de cérébroscopie* sur la corrélation qui existe entre les maladies de la moelle et les troubles de la circulation capillaire ou de la nutrition de la papille optique. J'ai donc recherché à ce point de vue, dans les cas de contracture dite essentielle des extrémités, s'il y avait quelque lésion ophthalmoscopique digne d'être signalée, et cet examen a confirmé mes prévisions.

Dans les cas de contracture légère et peu durable, il n'y a rien au fond de l'œil, mais si la maladie est forte et se prolonge on observe : une ampliation veineuse rétinienne considérable, quelquefois l'hyperémie papillaire avec diffusion des contours, enfin l'aspect nuageux de la papille. J'ai figuré un spécimen de cette lésion dans mon atlas (nº 84). Ces lésions sont analogues à celles que j'ai fait connaître comme appartenant au début de l'ataxie locomotrice, et elles dépendent de l'action du nerf grand sympathique qui prend ses racines, comme on le sait, dans la moelle épinière cervicale et dont l'action vaso-motrice se révèle au fond de l'œil.

En voici un exemple, observé dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Observation. — *Contracture dans le cours d'une fièvre typhoïde. Névrite optique.* — B..., âgée de quatorze ans, entrée le 9 octobre 1875. — Cette enfant, au vingtième jour d'une fièvre typhoïde caractérisée par la diarrhée, le météorisme, les taches rosées abdominales,

la broncho-pneumonie, le délire nocturne et une température de 39 à 40°8, fut prise de contracture des extrémités, surtout aux doigts, le 14 octobre.

Les poignets étaient raides, les doigts étendus rapprochés et le pouce également étendu, porté dans la paume de la main. Les efforts d'extension étaient douloureux.

Examinée à l'ophthalmoscope, elle offre une altération évidente du nerf optique.

Les papilles sont gonflées, vasculaires, uniformément rouges, couvertes d'une arborisation entièrement fine, qui dépasse les bords des nerfs et voile les contours papillaires, de façon à rendre la papille très-diffuse. Il n'y a ni exsudat, ni œdème. Ce n'est qu'une hyperémie excessive.

Les veines rétiniennes sont nombreuses et très-dilatées, sans renflement, ni varices. Les artères sont fines et peu visibles.

L'enfant a guéri.

Ainsi, pendant la vie des malades, on peut par la cérébroscopie découvrir au fond de l'œil des indices certains de l'hyperémie et de la suffusion sanguine méningée spinale que certaines autopsies m'ont permis de découvrir dans la contracture des extrémités. La clinique et l'anatomie pathologique s'éclairent ici réciproquement; et, sans vouloir devancer les faits ultérieurs ni faire de localisation trop hâtive, je puis soutenir que la contracture des extrémités est une névrose congestive de la moelle cervicale et bulbaire à sa partie antérieure.

Tels sont les faits que je voulais porter à votre connaissance, relativement à la nature de la contracture des extrémités, considérée comme maladie essentielle par un certain nombre d'excellents observateurs. Comme vous avez pu en juger, elle n'est pas essentielle, et quelle que soit son origine sporadique ou épidémique, qu'elle arrive dans la convalescence des maladies aigues, ou qu'elle se montre chez les enfants, elle résulte d'un trouble passager de la circulation des cordons antérieurs de la moelle cervicale.

Il me reste à vous parler du traitement des contractures. Ce traitement est *empirique* et *rationnel*.

Comme traitement empirique, je n'en connais qu'un de bon. C'est l'emploi des *armatures de laiton*, proposé par Burcq en 1849. Alors existait une épidémie de choléra, et j'étais chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Rostan.

Beaucoup de cholériques guéris, debout et mangeant bien, étaient pris de contracture douloureuse des extrémités. Ce qu'on avait essayé n'avait pas réussi. Burcq proposa ses armatures de laiton qui réussissaient très-bien bien contre les crampes. M. Rostan en permit l'emploi. Tous les malades, sur lesquels ces plaques furent appliquées aux poignets et aux jambes, cessaient, au bout de cinq minutes, d'avoir des contractures, et ils pouvaient marcher et se servir de leurs mains.

Si on enlevait les appareils, la contracture reparaissait au bout de quelques instants pour se dissiper de nouveau; et, pour que la contracture cessât, il fallait que les plaques de laiton restassent en place durant vingt-quatre heures.

Ce que j'avais vu faire à l'Hôtel-Dieu sur la contracture des convalescents cholériques, je l'ai fait plus tard à l'hôpital Sainte-Eugénie sur la contracture des enfants convalescents de fièvre typhoïde ou sur des cas de contracture primitive. Des guérisons ont été obtenues de cette manière, et, il y a deux ans, j'en ai obtenu une autre qui a fait quelque bruit à Paris, c'était sur l'enfant d'un magistrat, âgé de onze ans, en travail de seconde dentition, il avait eu à la campagne une première attaque de contracture qui avait duré quelques semaines. Six mois après, l'enfant rentrait rentré à Paris, la maladie reparut, sa mère me l'amena dans mon cabinet. Les mains seules étaient contracturées depuis huit jours; mais la santé était bonne, et l'intelligence, la sensibilité tactile étaient normales. Les yeux présentaient à l'ophthalmoscope une papille diffuse et nuageuse d'hyperémie intense. Séance tenante, j'appliquai autour des poignets une chaîne de perles de laiton que j'avais dans mon bureau, et les contractures se dissipèrent. L'enfant partit guéri.

Quelques jours après, retour des accidents, emploi des mêmes moyens et nouvelle guérison apparente. Je dis apparente, parce qu'au bout de trois semaines, les contractures revinrent et le laiton n'avait plus aucun effet. J'employai tous les antispasmodiques connus, sans avantage; puis il survint de l'amaurose qui disparut en trois jours, alors la contracture reparut encore et elle ne cessa définitivement que sous l'influence d'une forte impression morale. Chez cet enfant le laiton mis sur la peau n'avait eu qu'une influence passagère et son action n'a pas été durable. L'avantage obtenu n'était sans doute qu'une de ces coïncidences si fréquentes en thérapeutique, qu'il faut toujours supposer pour n'être pas trompé sur l'importance des moyens que l'on emploie.

Mais en supposant que, dans le fait que je viens de rapporter, les applications métalliques n'aient pas eu leur résultat ordinaire, il ne s'en suit pas qu'elles soient inutiles. Comme j'ai vu beaucoup d'autres cas où leur action a été incontestable, cela m'autorise à en parler et à les employer.

C'est ce que j'ai fait sur l'enfant qui est l'objet de cette conférence. On lui a mis aux poignets, aux mollets et sur les pieds des plaques de laiton maintenues par des bandes de toile. Ces plaques sont restées quarante-huit heures en place et à ce moment je les ai retirées. La contracture n'est pas revenue, et l'enfant a guéri. En dehors de ce moyen empirique dont l'action ne s'explique guère que par l'électricité dégagée au contact, il y a une médication plus rationnelle, c'est celle qui a pour base la *révulsion spinale* et les *antispasmodiques*.

La révulsion spinale, s'opère, au moyen de douches d'éther pulvérisé le long du rachis, au moyen d'une bande de thapsia de 1 centimètre de large sur 20 ou 30 de long, placée sur le rachis, ou enfin à l'aide d'un vésicatoire de même forme et de même dimension.

On peut aussi faire des injections hypodermiques dans la gouttière vertébrale avec de l'eau distillée chargée de un à cinq milligrammes de chlorhydrate de morphine. Cela m'a réussi une fois, et, dans ce cas, la contracture a cessé sans qu'il ait été nécessaire d'y revenir.

Quant aux antispasmodiques, le meilleur, si l'état des voies digestives ne s'y oppose pas, c'est l'hydrate de chloral seul ou associé au sirop de belladone.

Il faut le donner comme il suit :

Hydrate de chloral.	25 centigrammes.
Sirop belladone . .	5 grammes.
Sirop simple. . . .	45 —

A prendre dans les 24 heures, pour un enfant de deux à trois ans.

De trois à six il faut donner 50 centigrammes de chloral et au-dessus de six ans, selon l'âge, 1 à 2 grammes avec 10 grammes de sirop.

Ainsi associé à la belladone, l'hydrate de chloral amène aisément la disparition de la contracture des extrémités; mais, quand il ne réussit pas sous cette forme prise à doses fractionnées, il faut le donner en une fois à la dose que l'âge a fait choisir.

La liqueur d'Hoffmann, 20 à 30 gouttes; le sirop d'éther et le sirop de chloroforme à la dose de 15 à 30 grammes; le bromure de potassium à la dose 50 centigrammes ou 1 gramme; la teinture de valériane ou de castoréum; le sul-

fate de quinine 5 à 10 centigrammes; les lavements d'asafœtida, peuvent encore être prescrits, si les premiers moyens que j'ai indiqués n'ont pas réussi; mais s'il en est ainsi, c'est que l'on est en présence d'une de ces contractures rebelles qu'il est malheureusement impossible de guérir.

Ces cas sont rares chez les enfants, mais ils sont plus fréquents chez l'adulte et principalement chez les hystériques. Là les contractures peuvent passer à l'état chronique, et elles sont parfois tout à fait incurables.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Féréol.

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Ainsi quil en avait pris l'engagement, M. Féréol apporte à la Société médicale des hôpitaux, les résultats de sa pratique dans le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Il a repris une à une les observations de ces trois dernières années. En 1873, en traitant la fièvre typhoïde par les moyens ordinaires, il a eu une mortalité de 27 pour 100. Devant ce chiffre considérable, il n'a pu se résigner à continuer les mêmes moyens et a résolu d'employer les bains froids, au moins dans tous les cas les plus graves.

M. Féréol considère comme indications des bains froids, d'abord l'hyperthermie avec un ensemble de signes généraux graves, ensuite les phénomènes ataxiques, le délire continu, les contractures, mouvements convulsifs, etc., enfin l'élévation exagérée du chiffre des pulsations cardiaques. Il ne regarde comme une contre-indication formelle que les hémorrhagies. Quant à l'adynamie, aux congestions pulmonaires et aux formes thoraciques, il résolut de passer outre. Tel fut le plan adopté par M. Féréol, les résultats obtenus sont les suivants :

Dans les trois années 1874-75 et 76, M. Féréol a reçu dans son service 153 malades atteints de fièvre typhoïde. La mortalité générale de ces 153 malades est de 29 contre 124 guérisons, soit 18,95 pour 100. Ce chiffre, sans être triomphal, est inférieur à la moyenne de 19,89 pour 100 relevée par M. Jaccoud sur près de 50,000 cas, et il est notablement abaissé sur le chiffre de 27 pour 100 constaté par M. Féréol lui-même, en 1873. Prenant séparément la statistique de chaque année, on trouve :

En 1874,	29 cas,	7 décès,	soit	24	pour 100.
En 1875,	41 cas,	10 décès,	soit	24,30	—
En 1876,	83 cas,	13 décès,	soit	15,66	—

C'est en 1875 que furent donnés le moins de bains froids, c'est dans la même année que la mortalité est le plus élevée.

Sur ces 153 malades, M. Féréol en élimine 33 qui ont été soignés pendant l'automne de 1875, alors qu'il était en congé. La moyenne de la mortalité sur ces 33 malades, a été de 22,2 pour 100. Ce chiffre est très-élevé, si l'on songe que la recrudescence de l'année dernière a été bien moins grave que celle de cette année. Aucun de ces malades n'avait pris de bains froids. Le nombre des observations de M. Féréol se trouve ainsi réduit à 120.

Sur ces 120 malades, 38 ont été traités par la balnéation et ont donné 26 guérisons et 12 décès, soit une mortalité de 31,6 pour 100. Les 82 autres malades, traités sans bains froids, donnent 72 guérisons et 10 décès, soit une mortalité de 12,19 pour 100. Si l'on calculait ainsi, la différence entre les deux méthodes serait tout à l'avantage du traitement ordinaire. Mais rien ne serait moins rigoureux, car, parmi les malades traités sans bains froids, on en trouve 58 qui étaient atteints de ces formes légères ou moyennes dans lesquelles la guérison est la règle, tandis que tous les malades traités par les bains froids étaient gravement atteints. Comparant donc entre elles les formes graves, on trouve dans la série du traitement ordinaire 24 formes graves ayant donné 10 décès, soit 41,66 pour 100. Dès lors l'avantage reste au traitement par les bains froids.

M. Féréol répond d'avance à cette objection qui pourrait lui être faite, qu'il ne peut être absolument certain que tous ses malades traités par les bains froids, aient été assez gravement atteints pour qu'on puisse supposer qu'aucun d'eux n'aurait guéri par toute autre méthode. Il n'a jamais prescrit les bains froids que là où il pouvait craindre que les lotions fussent insuffisantes, là où il trouvait un ensemble de symptômes graves. Mais il n'a pas la prétention d'avoir toujours pronostiqué juste en redoutant, dans tous ces cas, une funeste issue. En outre, pour le relevé de ses observations, M. Féréol s'est entouré de toutes les garanties possibles.

Tels sont les résultats généraux de sa statistique.

Il aborde ensuite l'examen de ces résultats et la discussion des objections qui lui ont été présentées.

Il commence par la question des hémoptysies. Il fait d'abord remarquer qu'un de ses malades a eu de l'hémoptysie sans avoir pris de bains froids et que deux autres ont commencé à cracher le sang avant d'avoir été soumis aux bains. Cela prouve tout au moins que cette complication n'est pas aussi rare que semble le croire M. Moutard-Martin.

Peut-être, y a-t-il dans la constitution épidémique actuelle une tendance spéciale à cette complication. En effet, plusieurs de ses collègues, MM. Labbé et Maurice Raynaud entre autres, ont observé cette complication sur des malades n'ayant pas pris de bains froids. Au contraire, ceux qui ont eu recours aux bains froids n'ont pas eu jusqu'ici à la mentionner.

En résumé, M. Féréol est porté à rattacher à la constitution épidémique actuelle, bien plutôt qu'au traitement par les bains froids, la fréquence relative des hémoptysies observées dans ces derniers temps.

Deux des malades qui avaient eu du sang dans leurs crachats, et à qui nonobstant il a fait prendre des bains froids, ont succombé avec une broncho-pneumonie et une asphyxie comateuse. Ils étaient d'ailleurs très-gravement atteints dès le début. Chez l'un d'eux, qui pourtant n'avait pris qu'un seul bain à 28°, l'hémoptysie augmenta immédiatement après le bain. M. Féréol ne nie donc pas que les bains, tièdes ou froids, aient une influence sur la production de l'hémoptysie. Toutefois, ces malades eussent succombé de même sans bains.

En revanche, deux malades qui ont été pris d'hémoptysie dans le cours du traitement par les bains froids ont guéri. Dans ces cas, M. Féréol est persuadé que les bains froids ne sont pas la cause occasionnelle ni directe de l'hémoptysie, car ils étaient supprimés depuis cinq jours quand le sang apparut. La congestion pulmonaire elle-même qui a précédé l'hémoptysie ne s'est manifestée que la veille, c'est-à-dire quatre jours après la cessation des bains. Fait remarquable, dans ces cas, c'est que l'hémoptysie, malgré son abondance et sa persistance, n'a pas été un phénomène grave en lui même, et que l'état général ne paraissait pas mauvais. M. Féréol se demande même si l'un de ces malades n'eût pas succombé à sa fièvre dans le cas où cette évacuation sanguine spontanée ne se fût pas produite. Il réserve, bien entendu, la question de l'avenir au point de vue des conséquences ou des suites de ces hémoptysies. Quoi qu'il en soit, l'hémoptysie dans un des cas n'a eu aucune influence fâcheuse sur la marche de la fièvre typhoïde. Ce fait est encore bien plus évident dans le second cas. Ici l'hémoptysie loin d'aggraver la situation, paraît, au contraire, avoir eu une influence favorable.

Il résulte de ces faits que l'hémorrhagie pulmonaire dans la fièvre typhoïde n'est pas toujours une complication redoutable et peut même, dans certains cas, comporter un pronostic favorable au même titre que l'épistaxis ou l'hémorrhagie intestinale. Cela dépend, du reste, du moment où elle se produit, de la quantité de sang évacué, de l'intensité de la fluxion, de l'état général du malade. Ce sont la broncho-pneumonie et l'asphyxie qui peuvent en être la conséquence qui constituent surtout le véritable danger. Mais dans certains cas, l'hémoptysie constitue une décharge fluxionnaire qui peut être salutaire.

En résumé, les hémoptysies observées cette année dans le service de M. Féréol ont été au nombre de sept, sur lesquelles cinq guérisons et deux morts. Un malade a eu de l'hémoptysie et n'a pas été traité par les bains froids, il a guéri. Sur les six autres, quatre ont

guéri, deux sont morts, mais ils avaient craché du sang avant les bains froids.

On peut conclure de ces faits qu'il faut s'abstenir des bains froids lorsque les malades ont des crachats sanguinolents, et ne pas porter immédiatement un pronostic fâcheux lorsque l'hémoptysie se déclare au cours de la réfrigération.

A côté des hémoptysies se placent les autres complications pulmonaires, la bronchite, la pneumonie, la pleurésie. Cette dernière n'a joué qu'un rôle secondaire. La broncho-pneumonie est une complication grave, et, comme pour l'hémoptysie, le traitement par le bain froid paraît y prédisposer dans une certaine mesure. D'un autre côté, plusieurs formes thoraciques d'un pronostic fâcheux ont été traitées avec succès par les bains froids. Quatre ont guéri sans accident. Chez un alcoolique tuberculeux, ayant présenté un délire et une agitation extrêmes, M. Féréol, malgré les tubercules, se décide à recourir aux bains froids. Ceux-ci ont agi héroïquement contre la typhomanie et n'ont exercé aucune influence fâcheuse sur la tuberculisation. En somme, dans certains de ces cas désespérés, les bains froids ont donné véritablement de très-beaux résultats.

Après les hémorrhagies et les autres complications pulmonaires, M. Féréol examine les hémorrhagies intestinales et les épistaxis.

Quant aux épistaxis (il n'est pas question de celles du début) M. Féréol n'en voit de remarquables que deux parmi les malades soumis aux bains froids. L'une a eu un caractère critique; le malade a bien guéri. L'autre, au contraire, a été d'une gravité extrême, mais elle avait commencé avant l'emploi des bains froids.

Les hémorrhagies intestinales chez les malades traités par les bains froids donnent deux guérisons et un décès, l'une de ces guérisons a été tout à fait inattendue.

En résumé, pour ce qui concerne les hémorrhagies, en général, M. Féréol ne dissimule pas que, contrairement à l'appréciation de M. Mayet, elles ont paru un peu plus nombreuses et la mortalité plus élevée dans le traitement par les bains froids que dans le traitement ordinaire.

M. Féréol fait remarquer qu'il n'a pas eu une seule perforation intestinale parmi ses malades réfrigérés. Au contraire cette complition a donné trois décès chez les autres malades. Il se pourrait que cette chance de mort fût amoindrie par la méthode de Brand.

Il est un fait qui ressort clairement des observations de M. Féréol, c'est que les bains froids n'ont que très-peu d'action dans ces dothiénentéries graves entre toutes qui se signalent par une élévation considérable du chiffre des pulsations. On sait qu'il y a dans cette fréquence anormale du pouls un signe pronostique de la plus grande importance.

Cherchant à résumer dans une formule brève l'examen consciencieux auquel il s'est livré, M. Féréol dit que parmi les décès il n'en est pas un seul qui lui apparaisse clairement comme imputable au traitement par les bains froids. Au contraire, parmi les guérisons il en est beaucoup qui lui semblent exclusivement dues à cette méthode. Il en cite plusieurs exemples probants.

Relativement au pronostic toujours difficile de la fièvre typhoïde, il est un élément dont, suivant M. Féréol, il y a lieu de tenir compte; il veut parler de certaines conditions qui paraissent se rattacher à l'hérédité et qui font que certaines familles sont plus que d'autres impressionables au miasme typhique et semblent vouées, en quelque sorte, aux formes graves de la maladie. A l'appui de cette opinion, M. Féréol rapporte brièvement plusieurs cas intéressants et appelle particulièrement l'attention de ses collègues sur ces faits qui paraissent, jusqu'ici, avoir passé inaperçus. Revenant à ses conclusions relativement au traitement par les bains froids, M. Féréol déclare qu'il se sent disposé à continuer à Lariboisière les essais tentés depuis trois ans à la maison de santé. Il fait remarquer d'ailleurs que les objections adressées aujourd'hui à l'emploi des bains ont été et sont faites encore aux lotions froides. Cette dernière méthode, en effet, bien que reconnue bonne est loin d'être encore universellement employée.

La présente discussion, dit en terminant M. Féréol, dût-elle n'avoir pour effet que de vulgariser la lotion froide, ne sera donc pas sans utilité. Car je suis convaincu que dans bien des cas cette simple lotion peut suffire à rendre de grands services, et il n'est pas superflu de faire remarquer que cette pratique est adoptée aujourd'hui par ceux-là même d'entres nous qui résistent à l'emploi des bains froids.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1876. — Présidence de M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Fièvre typhoïde, ulcération de l'estomac, péritonite généralisée. — M. MILLARD présente les pièces anatomiques recueillies chez un malade qui a succombé, dans son service, pendant le cours d'une fièvre typhoïde ayant présenté des conditions particulières :

Il s'agit d'un garçon de quinze ans et demi qui est entré dans son service, le 9 novembre, étant malade depuis neuf jours et présentant tous les signes d'une fièvre typhoïde. La maladie suivit une marche naturelle et n'offrit rien de particulier jusqu'au 16 novembre; à ce moment, c'est-à-dire au vingt et unième jour de la maladie ce garçon fut pris brusquement d'une douleur très-vive dans tout le ventre, son facies s'altéra, pas de vomissements. M. Millard attendait les signes de la péritonite avec perforation intestinale. La température tomba à 37°9 puis à 36°8. Le 18, il eut des vomissements pour la première fois. On s'attendait à tout moment à le voir succomber, étant donnée l'hypothèse d'une perforation. Cependant, à force de calmants, on parvint à le prolonger. M. Millard ne crut plus alors à l'existence d'une perforation. Les jours suivants la face s'altéra de plus en plus, le ventre se rétracta, le malade devint d'une maigreur extrême. Il arriva ainsi jusqu'au 27 où il vomit du sang pur, le lendemain ces vomissements de sang pur se reproduisirent. M. Millard diagnostiqua dès lors l'existence d'une ulcération de l'estomac. Les jours suivants il y eut des selles mélaniques, et le malade succomba le surlendemain.

A l'autopsie, on trouva à la face antérieure de l'estomac une très-longue et très-profonde ulcération, puis sur la paroi opposée une autre ulcération, moins profonde, véritable *ulcus rotundum*. On constata également les lésions de la fièvre typhoïde, puis une péritonite généralisée avec du pus dans le ventre, les intestins adhérents entre eux et aux parois abdominales. Mais, ce qu'il y avait de particulièrement intéressant, c'était l'existence à l'appendice iléo-cæcal, d'une ulcération probablement antérieure à la fièvre typhoïde. Il est donc à supposer que, sous l'influence de cette dernière, l'ulcération est devenue plus importante et a été le point de départ de la péritonite.

Il n'y avait chez ce malade aucun signe anatomique de granulie.

On constatait également chez lui une anomalie de l'aorte : il y avait deux valvules sigmoïdes au lieu d'une.

M. CONSTANTIN PAUL fait observer qu'ordinairement, dans la fièvre typhoïde, la péritonite est la conséquence d'une perforation, mais que, dans un certain nombre de cas, on observe de la péritonite sans perforation.

M. MARTINEAU dit qu'en effet il y a, dans la fièvre typhoïde, des péritonites par perforation ou par propagation. Il a eu occasion d'observer trois cas de péritonite avec perforation, et un seul cas sans perforation. La température s'abaisse toujours notablement au moment de la déclaration de la péritonite. Les malades meurent généralement trente-six ou quarante-huit heures après avec une température de 36° en moyenne. L'épidémie actuelle a été remarquable par la fréquence de la péritonite comme complément de la fièvre typhoïde.

M. GÉRIN-ROZE a également observé un cas de péritonite sans perforation. Le malade a succombé le cinquième jour de l'abaissement thermique.

M. LAVERAN a aussi observé un cas de péritonite par propagation, sans perforation et même sans ulcération des plaques de Peyer.

M. DESNOS appelle particulièrement l'attention sur l'abaissement considérable de la température qui se produit dans ces cas de péri-

tonite par perforation, ou même par propagation, qui viennent compliquer la fièvre typhoïde.

M. MILLARD, à l'appui de cette observation, fait remarquer que le 16 au matin son malade présentait 39°,6 de température, le soir 37°9; le 18, 37°4, le soir 37°3, et qu'à partir de ce moment la température a toujours oscillé autour de 37°, sans jamais dépasser 37°8.

M. GALLARD dit que le cas présenté par M. Millard est intéressant à plusieurs titres; il s'agit là d'abord d'une péritonite indépendante de la fièvre typhoïde. En second lieu, la présence de ces deux ulcérations de l'estomac, chez un sujet jeune, est un fait rare. Enfin la production de ces ulcérations stomacales dans le cours d'une fièvre typhoïde est également un fait que l'on observe rarement. Louis n'en a pu réunir plus de trois ou quatre cas, et encore, dans ces cas, les ulcérations étaient-elles plus petites ou moins profondes.

Les ulcérations stomacales sont d'ailleurs des complications qui peuvent survenir dans le cours d'un certain nombre de maladies; c'est ainsi qu'au Congrès de Clermont M. Gallard a présenté un cas d'ulcération de ce genre qui se rattachait à une gangrène diabétique, et deux autres cas dus à la présence d'anévrysmes miliaires de l'artère coronaire de l'estomac.

Épidémie actuelle de la fièvre typhoïde. — M. BESNIER apprend que l'épidémie de fièvre typhoïde commence à décroître. Il suffit, pour s'en convaincre, de consulter les chiffres de la mortalité. En effet, on compte du 1er au 10 novembre 171 décès, du 10 au 16, 155; du 17 au 23, 103; du 23 au 30, 105; du 1er décembre au 7, 86 décès seulement, c'est-à-dire la moitié du chiffre de la première semaine de novembre.

Relativement à l'observation faite dans la dernière séance par M. Hérard qu'il paraissait y avoir, cette fois, un plus grand nombre de femmes atteintes par la maladie, M. Besnier fait remarquer que cette observation était parfaitement juste. La fièvre typhoïde s'est en effet montrée, cette année, sur un bien plus grand nombre de femmes que dans les années précédentes, et ce nombre dépasse de beaucoup celui des hommes atteints.

Traitement de fièvre typhoïde par les bains froids. — M. FÉRÉOL lit un travail sur ce sujet. (Voir plus haut.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ pense que les bains tièdes peuvent avoir les avantages des bains froids sans en avoir les inconvénients, et c'est là au moins une méthode essentiellement française.

M. MAURICE RAYNAUD n'est nullement opposé aux bains tièdes; toutefois, il serait disposé à admettre que les malades sortant d'un bain tiède eussent plus de tendance à prendre froid que ceux qui sortent d'un bain froid. C'est, en effet, plus particulièrement à la suite de bains tièdes qu'il a vu se développer la pneumonie. C'est là, d'ailleurs, une question à étudier.

M. Raynaud accepte et partage entièrement toutes les idées émises dans le remarquable mémoire de M. Féréol; ce mémoire, en effet, est basé sur des observations qui ont été recueillies avec une entière bonne foi et une rigueur scientifique qui ne laisse rien à désirer; les conclusions qu'en tire M. Féréol sont empreintes d'une grande sagesse.

Relativement aux hémoptysies, M. Raynaud admet que leur fréquence, dans l'épidémie actuelle, est due certainement à une constitution spéciale à cette épidémie, et non au traitement par les bains froids. Ce qui le prouve, c'est qu'aux faits signalés par M. Féréol, d'hémoptysies sans bains froids, M. Raynaud peut en ajouter un troisième, qui lui a été communiqué par un praticien de la ville. Il s'agit d'un malade atteint de fièvre typhoïde qui a succombé à une hémoptysie foudroyante. Ce malade n'avait pas pris de bains. En outre, si l'on consulte les statistiques françaises et étrangères, on voit que les hémoptysies qui se sont produites dans le cours du traitement par les bains froids n'ont jamais présenté de gravité réelle.

Quant aux hémorrhagies intestinales, il faut d'abord distinguer celles du début de celles qui sont la conséquence de la chute des eschares des plaques de Peyer ulcérées. Les premières n'ont aucune gravité; les secondes, au contraire, sont celles auxquelles succombent les malades. Or il semble résulter des statistiques que les hémorrhagies intestinales se produisant dans le cours du traitement par les bains froids, sont des hémorrhagies dites congestives, qui sont habituellement légères et n'ont pas plus de gravité que les hémorrhagies spontanées du début, également congestives. M. Raynaud cite même un cas désespéré dans lequel, malgré les hémorrhagies intestinales abondantes, les bains froids ont produit des résultats inattendus.

Il est donc convaincu qu'au point de vue des hémorrhagies, les bains froids n'exercent aucune influence fâcheuse.

M. GALLARD n'admet pas de traitement systématique de la fièvre typhoïde. Il se trouve très-bien des bains tièdes dans certains cas déterminés, mais ne songerait jamais à en faire une méthode générale de traitement. Il pense qu'il en est de même des bains froids, qu'il croit utiles dans certains cas, mais seulement dans certains cas déterminés. Or, il serait très-intéressant de comparer entre eux les résultats qu'on obtient par les bains froids, les lotions froides, les bains tièdes et les autres modes de traitement. Quant à l'épidémie actuelle, M. Gallard la considère comme peu grave, car, sur une soixantaine de malades, il n'a eu à déplorer que trois décès.

M. FÉRÉOL fait observer que, contrairement à l'opinion émise par M. Gallard, l'épidémie actuelle a été au contraire d'une réelle gravité.

Quant aux bains tièdes, ils ne remplissent pas les indications des bains froids, et M. Féréol n'a pas eu jusqu'ici à se louer de leur emploi dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Langue noire. — M. LANCEREAUX présente un nouveau cas de langue noire qu'il a eu l'occasion d'observer chez un homme d'une cinquantaine d'années et qui présentait cette affection déjà depuis plusieurs années.

L'examen microscopique a montré que dans cette langue les cylindres épithéliaux étaient infiltrés de spores analogues à ceux du muguet.

La séance est levée à cinq heures un quart.

RÉUNION DES MÉDECINS LÉGISLATEURS

La réunion des médecins législateurs, vient d'adresser la circulaire suivante aux présidents des Sociétés de médecine départementales. Comme on ne saurait trop appuyer l'œuvre de nos confrères-législateurs, nous nous empressons de publier ce document :

RÉUNION EXTRAPARLEMENTAIRE DES MÉDECINS-LÉGISLATEURS.

(Adresser les communications, 9, rue Mazarine, Paris.)

A monsieur le président de la Société de médecine du département de

Paris, le 6 décembre 1876.

Monsieur le président et honoré confrère,

Les médecins faisant partie du Sénat et de la Chambre des députés se sont constitués en réunion extraparlementaire. Leur but a été d'organiser en quelque sorte un comité consultatif où pourraient être étudiées toutes les questions générales, intéressant la corporation médicale et susceptibles de provoquer une solution législative dans l'une ou l'autre de nos assemblées.

Leurs efforts doivent donc tendre à apporter dans les discussions que soulève l'initiative gouvernementale ou parlementaire sur des sujets de leur compétence, une opinion déjà mûrie et fortifiée par l'examen auquel la réunion s'est livrée; d'autre part, les propositions, les projets de loi qu'il peut paraître nécessaire à leur initiative de déposer, ne parviennent sur les bureaux des chambres qu'après avoir été l'objet de délibérations ayant permis d'en peser et d'en établir aussi solidement que possible tous les termes.

Fermement décidée à écarter toutes questions d'intérêt personnel, la réunion extraparlementaire des médecins-législateurs ne peut et ne doit utilement s'occuper que des sujets offrant un caractère

d'utilité générale et rentrant dans la compétence des médecins. Le champ ainsi délimité est cependant encore assez vaste pour que toutes les bonnes volontés, tous les dévouements, y puissent trouver place.

De divers côtés, plusieurs mémoires et rapports nous ont été adressés, soit à titre individuel, soit en nom collectif; cette initiative ne saurait, ce nous semble, être trop largement encouragée. Elle nous est une preuve bien précieuse et de la nécessité de notre œuvre et de l'espoir que le corps médical fonde sur ses résultats.

Nous avons jugé utile, honoré confrère, de nous adresser par votre intermédiaire, à la société dont vous êtes le président. Une société départementale de médecine nous a fait récemment parvenir une série de rapports courts et précis qui sont les résumés et les conclusions des délibérations de ses membres sur les questions qui sont de notre ressort.

Si chacune des sociétés analogues suivait cet exemple, nous serions bientôt en possession des *Cahiers du corps médical*, précieux éléments qui permettraient de donner la plus complète, la plus légitime et la plus sérieuse autorité aux justes revendications qui doivent être soumises à l'attention des législateurs.

C'est ainsi que, dans la précédente assemblée, les chambres de notaires, les chambres des huissiers ont pu facilement obtenir gain de cause dans les questions où l'accord était complet chez les membres de ces corporations.

Le corps médical tout entier ne manque pas lui aussi de sujets à propos desquels il puisse élever une voix unanime; quelle force notre réunion extraparlementaire n'acquerrait-elle pas alors dans les discussions législatives où elle pourrait prendre appui sur cette unanimité ?

Notre attention en tous cas serait plus directement appelée par l'étude des délibérations de votre société sur tous ces problèmes si nombreux dont la solution exige encore des recherches et des investigations minutieuses.

Veuillez agréer, monsieur le président et honoré confrère, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Le bureau de la Réunion :
Docteur Laussedat, *président;* docteur Soye, docteur Testelin, *vice-présidents;* docteur Henry Liouville, *secrétaire.*

QUESTIONS INTÉRESSANT LA MÉDECINE, ACTUELLEMENT SOUMISES AUX DÉLIBÉRATIONS DES CHAMBRES.

1° Organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et les hospices civils.

2° Assistance médicale dans les campagnes.

3° Restitution aux conseils municipaux de la nomination des membres des commissions administratives des hospices et hôpitaux et des bureaux de bienfaisance.

4° Législation concernant les eaux minérales.

5° Conditions d'autorisation de l'exercice de la médecine en France par les gradués des universités étrangères et par les médecins étrangers.

AUTRES QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR DE LA RÉUNION.

6° Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

7° Enseignement de la médecine.

Messieurs les présidents voudront bien avertir de tous les cas, qui parviendraient à leur connaissance, d'inexécution de la loi relative à la protection de l'enfance, loi votée par l'Assemblée nationale.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 7 décembre 1876, il a été déclaré 937 décès, soit 26.3 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 9. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 86. — Érysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 56. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Angine couenneuse, 15. — Croup, 32. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 211. — Affections chroniques, 405, dont 153 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 15.

— LONDRES (3,489,428 hab.) — Décès du 26 novembre au 2 décembre 1876, 1,558, soit 23.3 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 67. — Scarlatine, 41.

— VIENNE (690,205 hab.) — Décès du 19 au 25 novembre 1876, 373, soit 28.11 par 1000 hab. et pour l'année.

Variole, 18. — Scarlatine, 13.

— ROME (262,428 hab.). — Décès du 6 au 12 novembre 1876, 192, soit 38.4 décès pour 1,000 hab. et par année.

Variole, 18. — Scarlatine, 13.

— BUDA-PESTH (300,000 hab.). Décès du 19 au 25 novembre 1876, 222 décès, soit 38,5 décès pour 1,000 hab. et par année.

— BRUXELLES. (188,609 hab.) — Décès du 19 au 25 novembre 1876, 75 décès, soit 20.7 décès par 1000 hab. et par année.

Variole 14.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Il y a lieu de pourvoir aux deux chaires de pathologie interne vacantes à la Faculté de médecine de Paris. Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

M. Robin, professeur d'histologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, par M. Farabœuf, agrégé.

M. Richet, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, par M. Le Dentu, agrégé.

M. Tardieu, professeur de médecine légale, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1876-77, par M. Brouardel, agrégé.

M. Ollivier, agrégé, est chargé de cours de pathologie médicale, en remplacement de M. Axenfeld, décédé.

M. Tourneux sera chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'histologie.

M. Dareste de la Chavanne, docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur à la Faculté des sciences de Lille, est autorisé à faire un cours d'embryogénie à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1876-77.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Jacquemet, agrégé, (section des sciences physiques), est maintenu en activité pendant l'année scolaire 1876-77.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Blondlot, professeur de chimie médicale et toxicologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Engel, agrégé.

— M. le docteur Auguste Voisin vient d'être élu membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — *Cours de zoologie (reptiles, batraciens, poissons).* — M. le professeur Léon Vaillant ouvrira ce cours le mardi 12 décembre 1876, à quatre heures, dans les galeries de zoologie du muséum, et le continuera, à la même heure, les jeudis, samedis et mardis suivants.

Le professeur s'occupera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des reptiles de l'époque actuelle et fossiles, en s'attachant surtout à l'étude des chéloniens (tortues) et à la connaissance des espèces utiles dans l'économie domestique, l'industrie, etc.

Le cours sera complété par des conférences pratiques, au laboratoire et à la ménagerie.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Eaux minérales de Vals. Acidules,

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arseniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..............................		
Chlorure de sodium......................		
Matières organiques.....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Employée avec succès par les célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, par MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorrhagies* (*hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.*), des *flux muqueux*, tels que les *leucorrhées*, les *diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.—Paris: pharmacie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, et toutes les pharmacies. — Lyon, pharm. Faivre. — Marseille, pharm. G. Laurens. — Toulouse, pharm. Vidal-Abbadie.

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON

et les POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

Névralgies calmées à l'instant

même par les PILULES antinévralgiques du docteur CRONIER. — 3 fr. la boîte. — Dépôt : Paris, pharmacie Levasseur, 23, rue de la Monnaie.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

Sulfureux Pouillet

(POUDRE SULFUREUSE), seul produit approuvé par l'Académie de médecine, admis dans les Hôpitaux civils, adopté par les Hôpitaux militaires, pour la préparation instantanée des *Eaux minérales sulfureuses* pour boisson et *Bains sulfureux* dits *de Baréges.*

La boîte de poudre pour 10 litres d'eau. 2 50
Le flacon — pour 1 bain. . . . . 1 »

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : CLIN et Cie, 14, Rue Racine, Paris.
Détail : 10, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Elixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie, 14**, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* **du Dr Clin.**

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

L'eau de Léchelle hémostatique

combat efficacement les *hémorrhagies utérines et intestinales*, l'*hémoptysie*, l'*atonie des organes*, les *affections des muqueuses.*

LEUCORRHÉE, DIARRHÉE, CATARRHE, etc.

Dépôt général, 378, rue Saint-Honoré. — Détail : 35, rue Lamartine et toutes les pharmacies.

Silphium cyrenaïcum

Expérimenté par le docteur **LAVAL**, avec le plus grand succès, dans le traitement de la **phthisie** pulmonaire à tous les degrés, de la phthisie laryngée et dans toutes les affections de la poitrine et de la gorge.

Importé et préparé par DERODE et DEFFÈS, pharmaciens de 1re classe.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Paris, 1875.

MAISON DE VENTE : 2, RUE DROUOT, PARIS, et dans les pharm. de France et de l'étranger.

Pepsine Boudault,

seule admise dans les hôpitaux de Paris. — Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872 et 1873 pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault. — Ancienne pharmacie Boudault, 24, rue des Lombards, Paris.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le Sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Goutte. Rhumatisme. Sciatique

LES PILULES PALMERSTON (sulfate de quinine associé à la digitale) ont une action rapide et efficace sur les accès de goutte, les souffrances articulaires anciennes, les sciatiques et les névralgies périodiques. Ces pilules, dont l'emploi est si fréquent chez les peuples du Nord, abrégent et éloignent les crises douloureuses, calment l'état du cœur et sont inoffensives.

Prix du flacon : 7 francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs de reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites. Gravelle. Catarrhe vésical. Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou; et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Élixir Chantrel, préparé au

Phosphate acide de chaux.

Le seul approuvé par le docteur H. Fremineau, docteur ès sciences.

Cet élixir est spécialement recommandé dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, telles que : *Toux, catarrhes, bronchites aiguës* ou *chroniques, laryngites*, et surtout les différentes formes de *phthisie.* Son action, très-favorable aux fonctions de l'estomac, vient aider aux effets de toute médication rationnelle, sans jamais la contrarier. Dose : Deux fois par jour dans le premier verre d'eau rougie aux repas. Adultes : Une cuillère à bouche. Enfants : Deux cuillerées à café. — Dépôt général : chez Desnoix et Ce, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies pour le détail. — Prix : 3 fr. 50 le flacon.

Viande crue et alcool.

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement, détail. Phie, 82, rue Rambuteau, Paris.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les CAPSULES A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT-ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 grammes, 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Pharmacie AROUD, 4, *rue Lanterne*, à Lyon, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16
Un an. . . . 30

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après une très-courte séance publique, pendant laquelle on a entendu une lecture fort instructive du savant pharmacien en chef de l'hôpital Necker, M. Méhu, sur les liquides péritonéaux, l'Académie, formée en comité secret, a dû prendre une décision sur la question de savoir si elle accepterait les douze cents mètres de terrain pris sur les parties retranchées de l'ancien jardin du Luxembourg, qui lui étaient offerts en don par le ministre pour s'y faire construire un palais digne d'elle.

Avant de se résigner à élire domicile dans un quartier aussi excentrique, on a discuté avec véhémence, et la sonnette du président retentissait d'une façon éclatante jusque dans les salles voisines, presque à chaque instant. Enfin, paraît-il, bien à regret, la plupart des membres présents se sont prononcés pour l'acceptation. L'Académie va donc bientôt ne plus se trouver en location, et, faisant construire elle-même, elle pourra disposer d'une façon convenable sa magnifique bibliothèque.

Dr Victor REVILLOUT.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

En dehors de l'épilepsie alcoolique, telle qu'elle vient d'être décrite ici, il importe de faire remarquer que certains convulsifs s'abandonnent volontiers à la boisson. Attristés par leur névrose, qui les différencie d'autrui et qui les isole, ils recherchent une satisfaction passagère et la trouvent dans la fréquentation des cabarets et dans l'ivresse. Voici ce qui arrive alors : ou l'épileptique éprouve de la céphalalgie, des troubles plus accentués de l'intelligence et de la mémoire, tombe plus fréquemment, s'inquiète de son état et se prescrit à lui-même une sobriété qu'il sait garder, et alors il reste épileptique, mais n'est plus alcoolique; ou ses tendances ébrieuses puisent leur origine dans une prédisposition héréditaire, et il boit alors avec passion, d'une manière paroxystique, comme un autre mettrait le feu, volerait, se déshabillerait dans la rue ou se servirait de son couteau contre le premier venu. En ce cas, il reste épileptique, dipsomane et incurable.

La relation entre l'épilepsie et l'alcoolisme est telle, et, d'autre part, l'influence de l'alcool sur la production des attaques est si bien connue, que l'on rencontre des convulsifs qui, lorsqu'ils sont plongés dans un inexprimable malaise, dans un trouble anxieux, confus, et que leur accès *ne sort pas*, absorbent sciemment une demi-bouteille de vin blanc ou plusieurs petits verres d'eau-de-vie ou d'absinthe, afin de précipiter une crise trop longtemps couvée. L'appoint alcoolique conduit en général au résultat à la fois redouté et désiré.

Ainsi que je l'ai démontré dans mes leçons sur *la folie héréditaire*, l'ivresse alcoolique produit des troubles transitoires du système nerveux. N'est-il pas aujourd'hui avéré que les enfants conçus pendant un accès aigu d'ébriété, en dehors bien entendu des altérations permanentes que détermine l'alcoolisme chronique, sont souvent épileptiques ou idiots? Ces faits avaient été pressentis depuis bien longtemps. Une loi de Carthage défendait tout autre boisson que l'eau le jour de la cohabitation maritale, et Amyot dit, dans un langage pittoresque et fort expressif, que « l'ivrogne n'engendre rien qui vaille; » mais ils n'ont été scientifiquement démontrés que dans ces dernières années. MM. Demeaux, Dehant et Vousgier ont communiqué à l'Académie des sciences des observations bien nettes de cette transformation d'un symptôme transitoire en une maladie confirmée et durable, et ils ont montré que l'enfant engendré dans un accès de délire toxique passager, peut être épileptique ou idiot, et porter les stigmates indélébiles d'une dégénérescence plus ou moins avancée. Ainsi, tandis que l'ivresse n'est chez l'ascendant qu'un accident tout à fait fugitif, elle peut néanmoins fixer par transmission héréditaire une névrose grave définitive, permanente!

Toutes les fois que l'on interroge des épileptiques ou des parents d'épileptiques, on ne reçoit d'ordinaire que des renseignements étiologiques insignifiants, erronés ou absurdes. Il règne encore tant de préjugés étranges relativement à l'épilepsie! En recherchant les causes possibles de l'état convulsif, on arrive souvent à découvrir soit un traumatisme crânien chez le sujet lui-même, soit l'alcoolisme chez l'un de ses ascendants. Or, le public ne songe jamais à faire entrer en ligne de compte ces deux causes cependant si fréquentes.

Il semble au premier abord que le diagnostic de l'épilepsie alcoolique soit d'une facilité absolument élémentaire. Non-seulement les phénomènes convulsifs observés, mais l'état mental si particulier et le caractère anxieux et terrifiant du

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 décembre.

délire et des hallucinations révèlent, en effet, aux yeux de tous une situation sur laquelle le doute n'est pas permis; eh bien, plusieurs causes d'erreur peuvent cependant se présenter.

L'épilepsie peut avoir préexisté, avoir été méconnue ou nocturne, et alors l'alcoolisme l'a fait éclore au grand jour. En ce cas, l'alcoolisme passé, l'épilepsie persistera; mais cette épilepsie-là n'est pas l'épilepsie alcoolique. Si un acte délictueux ou criminel a été accompli, il importera d'étudier si le prévenu s'est trouvé au temps de l'action plutôt sous la dépendance morbide de l'épilepsie que de l'alcoolisme, et réciproquement. Il n'est pas impossible d'arriver sur ce point à une certaine précision. On va pouvoir en juger par des exemples.

En Angleterre, il y a quelques années, Bisgrove et Sweet furent condamnés à mort pour assassinat. Après la signification de la sentence, Bisgrove avoua qu'il était le seul auteur du crime et disculpa entièrement Sweet, qui fut gracié par la reine. Un ecclésiastique, frappé des circonstances tout à fait insolites de l'affaire, fit spontanément une enquête et la communiqua au ministre de l'intérieur. Bisgrove était un enfant naturel; sa santé était mauvaise et son intelligence très-débile. Il avait eu de fréquentes attaques d'épilepsie et avait été renvoyé à peu près de toutes les usines, car, après chacun de ses accès, il s'emparait de tout ce qui lui tombait sous la main et se jetait aveuglément sur le premier venu. Il avait navigué, mais les voyages avaient été loin d'améliorer son état. Il en était là, lorsque un soir, ayant commis un excès de boisson et errant sans direction hors de la ville, il vit dans un champ un homme couché et endormi. Il prit une grosse pierre et lui écrasa la tête. Il se coucha ensuite à côté de sa victime et s'endormit. On l'arrêta le lendemain, ainsi que Sweet, qui avait été vu avec lui le jour du crime. Devant la Cour, son défenseur avait oublié de mentionner chez lui la faiblesse d'esprit et l'épilepsie ! Le bienfaisant ecclésiastique obtint d'abord un sursis, puis la séquestration de Bisgrove à l'asile des fous criminels de Broadmoor. Là, quelque temps après, se promenant avec un surveillant, il réussit à rester un peu en arrière, et il se rua sur l'employé, qu'il frappa à la tête avec une pierre. Il le tua et s'évada. A l'asile de Broadmoor, on supposa que Bisgrove, dont on n'a plus jamais entendu parler, aura fini par le suicide?

Dans mon opinion, le premier crime de Bisgrove est un acte d'épileptique, bien plus que d'alcoolique. L'impulsion homicide a été un phénomène essentiellement épileptique ; mais le sommeil immédiat, par terre, auprès de la victime est un fait très-fréquent chez l'homme ivre (1). L'acte ne pouvait véritablement emporter aucune responsabilité légale. Quant au second crime, il est l'œuvre vulgaire d'un lâche assassin.

L'observation suivante est celle de ce malheureux malade que tous les journaux ont appelé *le fou de Saint-Omer,* qui a fait mettre sous les armes une garnison de quatorze cents hommes et qui a reçu trente-huit coups de fusil et quarante ou quarante-cinq coups de revolver ! On va voir, en opposition au fait clinique qui précède, que cet aliéné était beaucoup plus alcoolique qu'épileptique.

Leprêtre, âgé de trente-cinq ans, est né à Fléchie (Pas-de-Calais). Il avait environ sept ans, lorsqu'un chien se jeta un jour sur lui pour le mordre. Il éprouva une vive terreur et eut depuis cette époque une attaque d'épilepsie à peu près tous les quinze jours. Il eut la variole à douze ans, cessa d'être convulsif, fit plus tard huit ans de service militaire, rentra chez lui, se fit berger et se mit à boire chaque jour de l'eau-de-vie de grains et de betteraves. Son niveau intellectuel était très-médiocre, et l'on soupçonnait chez lui des habitudes de masturbation.

En décembre 1874, il commença à se croire poursuivi par trois hommes et une femme, puis il les entendit dire ensuite : « Nous arriverons bien à le prendre. » Inquiet, effrayé, terrorisé, en proie de nouveau à des accidents comitiaux, dormant mal ou ne dormant plus, il quittait subitement son lit et se mettait à courir à travers champs. Venait-on à l'interroger, il rapportait que ses compagnons conspiraient pour le faire mourir; — qu'on leur avait donné de l'argent pour le mettre à mort ; — que sa mère était leur complice; — que son ancien maître l'empêchait de se replacer et le faisait poursuivre partout; — qu'on voulait le forcer à débaucher quelque fille, afin de le faire condamner à cinq ans de prison; — qu'on envoyait des demoiselles chez lui, mais qu'il avait soin de se sauver, etc., etc.

On le conduisit à l'hôpital Saint-Louis, à Saint-Omer, et il crut qu'on allait le mettre à mort. Il s'échappa, monta sur un toit, s'accrocha à une tour, eut peur de la foule et de toute la troupe en armes qui le cernait et le mettait en joue, et il crut entendre les soldats dire : « Descends, ou ne descend pas, tu y passeras tout de même. » Il résista à toutes les sommations de l'autorité, et, sur l'ordre de deux fonctionnaires civils, dont les noms mériteraient bien d'être voués à jamais à l'exécration publique, il essuya environ quatre-vingts ou quatre-vingt-cinq coups de feu et reçut quatre blessures. Transféré à Paris, par ordre ministériel, en 1875, il tenta de s'évader de l'asile Sainte-Anne, parce qu'il craignait *qu'on ne lui coupât les parties sexuelles,* fit une chute grave et se fractura la cuisse.

Leprêtre a non-seulement survécu aux tentatives d'assassinat exercées administrativement sur sa personne, mais encore il s'est rétabli de sa fracture. Cependant il boîte. Il a été transféré à l'asile de Lommelet (Nord) et a déjà tenté de s'en évader. Son état mental ne paraît pas s'être amélioré.

Dans cinquante ans, lorsqu'on lira qu'un fort détachement de troupes françaises, armé de fusils chargés à balles pour la circonstance, a tiré en plein jour sur un pauvre malade, d'après l'ordre d'un substitut et d'un sous-préfet, personne ne voudra le croire. On croira bien moins encore à l'acquittement des deux coupables!

Une autre cause d'erreur est la suivante : un individu, atteint d'épilepsie alcoolique, commet un acte justiciable des tribunaux. On l'a vu tomber avant le fait incriminé et on est même certain qu'il a eu une attaque après, le jour ou le lendemain. On l'arrête, on l'incarcère, et, sous la seule influence de la sobriété, il se rétablit en quelques jours de son excitation alcoolique et n'a point d'attaques convulsives en prison. Pendant l'instruction de l'affaire, on conteste et l'on nie l'épilepsie, puisqu'on en observe aucune manifestation. Dans ce cas encore, l'absence de tout accident convulsif dépose contre le prévenu et fait songer à un commencement de supercherie de sa part. Un directeur de prison m'a dit un jour, qu'il n'avait aucune confiance dans les épileptiques, parce que beaucoup d'entre eux ne tombaient que lorsqu'ils s'étaient grisés et avaient été impliqués dans quelque entreprise malsaine, et qu'aussitôt confiés à sa surveillance, « ils avaient le bon esprit de se guérir sans médecin et sans médicament. » Cet administrateur avait parfaitement raison à son point de vue, mais en ce qui concerne seulement les épileptiques alcooliques. L'existence médico-légale de cette catégorie de malades n'a point encore été reconnue jusqu'à aujourd'hui, et je suis très-porté à croire qu'un certain nombre d'entre eux ont payé peut-être assez chèrement ce manque de notions scientifiques sur un état pathologique déterminé. Je suis heureux cependant de pouvoir citer exceptionnellement un exemple du contraire.

C... (Félix-Hippolyte), né en Alsace, cordonnier-concierge, âgé de quarante-quatre ans, marié, père de deux enfants, est d'un carac-

(1) Alphonse Laurence, le collégien de Pontoise, avait bu de l'eau-de-vie et était ivre lorsqu'il a inconsciemment étouffé la jeune domestique Julie et découvert son cadavre, afin de voir « comment étaient faits les organes génitaux d'une femme. » Il s'est affaissé ensuite par terre et a dormi six heures à côté de sa victime. Beaucoup d'autres faits absolument analogues ont été relevés, et, ainsi que je l'ai dit à la barre de la Cour d'assises de Versailles, ces faits coïncidaient toujours avec une intoxication alcoolique préalable chez l'assassin. Le criminel, l'homme ivre, l'épileptique et l'aliéné possèdent chacun dans la perpétration de leurs actes malfaisants, un *modus faciendi* un peu spécial.

tère irritable, emporté et violent. Son père et sa mère sont encore vivants, et il ne parait compter aucun aliéné dans sa famille. Il ne sort jamais de chez lui, travaille très-bien et gagne de 3 à 4 francs par jour, quelquefois 5 francs. Il boit du vin rouge et sa fille, âgée de dix ans, va plusieurs fois dans la journée en acheter un litre.

En avril 1872, on remarque qu'il commence à boire davantage et on lui en fait l'observation. Il répond alors qu'il ne mange pas beaucoup, qu'il dort très-mal, qu'il travaille considérablement et qu'il faut bien « qu'il se soutienne ».

En juillet, il est appelé chez le commissaire de police de son quartier et il est mis en demeure de s'expliquer sur un acte de brutalité vis-à-vis d'un locataire. L'affaire n'a point de suite.

En septembre, il s'exalte, perd de plus en plus le sommeil, maigrit, boit en moyenne de trois à quatre litres de vin par jour et commence à avoir des vertiges épileptiques. Il est convaincu que ses éblouissements sont causés « par la faiblesse », et, comme on lui refuse du vin chez lui, il sort, ne travaille plus qu'irrégulièrement et fort mal, mécontente ses patrons, n'a plus d'ouvrage, se croit en butte à des manœuvres hostiles de la part de sa femme, lui fait des reproches constants et la menace de mort.

Dans l'espace de quelques mois, ses vertiges se rapprochent et une attaque d'épilepsie alcoolique se produit un jour, au moment où il se lève, à huit heures du matin. A peine a-t-il repris connaissance, qu'il demande à boire, qu'il se jette sur sa femme armé d'un marteau, et qu'il la frappe à outrance. De prompts secours surviennent : C... est arrêté et conduit au poste, tandis que la blessée est transportée d'urgence à l'hôpital Saint-Antoine.

C... a une attaque convulsive au poste et une autre, à son arrivée au dépôt de la préfecture. Je l'interroge et l'examine longuement. Je constate chez lui de l'épilepsie alcoolique, des anxiétés mélancoliques confuses, des illusions de la vue, des hallucinations incomplètes de l'ouïe, la peur d'être recherché et inquiété pour participation aux actes de la Commune, des idées de suicide et un tremblement de tout le corps. Les poursuites sont abandonnées aussitôt, et le malade est dirigé sur l'asile de Sainte-Anne. De là, il est envoyé à Bicêtre et il entre dans mon service,

Ce malade n'a jamais eu ni vertiges ni attaques convulsives à partir de son arrivée dans nos salles, et il s'est rapidement rétabli sans traitement. Je l'ai néanmoins conservé et mis en observation pendant quatre mois. Au bout de ce temps, sa femme, qui avait également guéri sollicita très-activement la sortie de son mari, s'engagea à quitter Paris avec lui et à le conduire à la campagne. Il fut rendu à la liberté.

J'ai émis cette opinion que l'épileptique alcoolique, lorsqu'il était héréditairement prédisposé à la folie et aux névroses, se rétablissait nécessairement de son alcoolisme, lorsqu'on le mettait dans l'impossibilité de boire, mais qu'il restait épileptique. L'exemple clinique suivant va justifier cette assertion.

H... (Eugène-Joseph), serrurier, âgé de vingt-huit ans, est intelligent, mais bizarre, paresseux et irascible. Il n'a jamais éprouvé d'accidents nerveux d'aucune sorte. Sa mère est morte folle. Il s'adonne à la boisson et vit maritalement avec une fille Delphine D..., âgée de vingt-huit ans.

Des disputes et des scènes de violence éclatent fréquemment dans cet intérieur, et plus d'une fois les voisins ont dû intervenir.

A partir du commencement de l'année 1874, H... a des vertiges épileptiques, à la suite desquels il s'irrite et s'emporte, puis tombe dans un abattement profond, pleure, ne dort pas, se dit malheureux, puis malade, déclare qu'il voudrait bien mourir et se laisse aller jusqu'à la période presque extrême du découragement. Il retourne boire, a de nouveaux vertiges, s'excite, se déprime, et ainsi de suite.

Le 27 avril 1875, après une discussion insignifiante, il se jette inopinément sur Delphine D... et lui fait de graves blessures. Je le reçois dans mon service, à Bicêtre, le 5 mai suivant, et je constate chez lui de la mélancolie alcoolique, des anxiétés et des craintes, des idées de persécution, la peur d'être empoisonné par de l'éther « que l'on mélangerait avec son tabac », des vertiges et des impulsions subites. Il ne paraît pas avoir eu d'attaques convulsives.

Dès les premiers jours de son entrée à Bicêtre, il est tombé deux jours de suite et a traversé notamment, à la suite de la deuxième crise, un accès de fureur maniaque terrible. Il a été camisolé, placé au quartier de la sûreté et gardé à vue.

Qu'est devenu H... depuis vingt mois ? Il s'est guéri de son alcoolisme dans l'espace de six semaines, mais il a encore des vertiges et des attaques convulsives. Il a des impulsions subites extrêmement dangereuses et a failli étrangler un infirmier, il y a quelques mois. Il ne travaille pas et n'est bon à rien. Il devient incohérent et amnésique. Il tombe tout à fait en démence, est incurable et ne sortira vraisemblablement jamais de Bicêtre.

A la suite de tant d'affirmations sur les rapports étroits qui existent entre l'alcoolisme et l'épilepsie, je suis obligé de convenir qu'il peut encore se présenter à l'observation des cas presque douteux. Ils le seraient beaucoup moins si les parents des malades étaient toujours de bonne foi; mais ils sont si souvent portés à nier, par ignorance ou par amour-propre blessé, tous les phénomènes que le médecin essaie de rattacher cliniquement soit à l'épilepsie, soit à l'alcoolisme ! Dans le fait vraiment très-curieux qui va suivre, je ne prononce pas les mots d'alcoolisme et d'épilepsie, parce que je n'ai pas pu faire établir par des preuves testimoniales les antécédents vertigineux, épileptiques larvés et alcooliques du malade ; mais la lecture attentive de l'observation devra laisser subsister bien des doutes sur la sincérité des renseignements transmis.

Pierre B..., propriétaire, âgé de trente-neuf ans, prédisposé peut-être héréditairement aux affections cérébrales, a toujours été d'un caractère bizarre, impatient, emporté. Il se montrait facilement impressionnable et se préoccupait volontiers outre mesure des difficultés ou des contrariétés qui pouvaient traverser sa vie. Il passait pour être distrait et il avait effectivement de petites absences. Il se plaignait de temps en temps de la tête, se couchait aussitôt, dormait quelques instants ou quelques heures, et était guéri au réveil. Il s'est complétement évanoui deux fois, sans cause appréciable. On le supposait atteint de migraines périodiques. Dans le cours de l'année 1875, il a adressé à l'autorité une réclamation au sujet d'un chemin et s'est montré inquiet du résultat de sa lettre. Il en parlait à chaque instant. Le 2 novembre, se trouvant mal à l'aise, ayant perdu le sommeil en partie, il a été impressionné par la mort violente d'un de ses employés, a tenu à assister à l'autopsie légale du cadavre et est rentré chez lui en proie à une véritable émotion. A partir de ce moment, plus troublé et plus anxieux que précédemment, racontant les détails de la nécropsie, parlant la nuit, ayant peur, allumant sa bougie et tenant des propos incohérents, il a subi certainement une aggravation morbide.

Vers la fin du mois de décembre, en proie à une excitation intellectuelle croissante, présentant une altération manifeste de la mémoire et de la raison, frappant tout le monde par ses allures inquiètes et anormales, tourmenté par des visions singulières, craignant d'être attaqué, poursuivi ou maltraité, dormant de moins en moins, se sentant *comme électrisé*, il fût tout à coup emporté, le 31 décembre, par une agitation furieuse et par des impulsions homicides soudaines; tenta en vain de se livrer à des voies de fait sur la personne de sa femme en lui annonçant qu'elle allait mourir ; se leva en chemise, poursuivit sa femme qui fuyait devant lui, rencontra Madeleine R..., domestique, âgée de soixante-dix ans, à peine vêtue, qui accourait au secours de sa maîtresse; l'entraîna précipitamment, à travers des cours et des jardins, du côté de la fontaine minérale de ***, la précipita dedans, se jeta lui-même dans l'eau et en sortit aussitôt. Madeleine R..., fut noyée.

A la suite de cet événement, le délire maniaque continua et s'exaspéra encore. Le malade crut apercevoir deux loups, s'imagina qu'il y avait des rats dans la paillasse de son lit, refusa de manger « parce que les aliments qu'on lui offrait sentaient le loup ou ren-

fermaient du poison », déchira ses vêtements et dut être camisolé d'une façon permanente.

Mandé au bout de quelques jours, en janvier 1876, auprès de M. B..., dans le centre de la France, je retrouvai des traces très-appréciables de tous les phénomènes délirants et hallucinatoires qui viennent d'être résumés. La mémoire était infidèle et confuse, et je crus pouvoir annoncer le début d'une période assez franche de calme et de lucidité. De plus, dans une note clinique et médico-légale que je laissai entre les mains de la famille et du médecin, je fis la déclaration suivante : « Cette forme si grave et si dangereuse de maladie est éminemment paroxystique. Quelle que soit donc la marche ultérieure de l'état mental du malade, on devra observer avec une circonspection d'autant plus grande, qu'une rechute serait identiquement calquée sur le premier accès, suivrait les mêmes phases, présenterait le même aspect et pourrait préparer une ou plusieurs autres victimes. »

Le malade retomba tout à coup, devint furieux, se rua avec une rage aveugle contre un serviteur, le mordit et fit tous les efforts imaginables pour lui faire du mal. Je fus appelé et retournai auprès de lui. Je fus encore témoin d'une fin de crise, et j'en fis craindre d'autres encore. Une seule est survenue. Toutes les précautions étaient prises : on mit le malade dans la plus complète impossibilité de nuire, et son médecin ordinaire, assisté d'infirmiers, l'amena à Paris.

Pierre B..., placé dans l'une des maisons de santé de la Seine, a guéri presque sans traitement. Depuis huit mois notamment, il est impossible de surprendre chez lui quoi que ce soit de pathologique. Il réclame ardemment sa mise en liberté.

La situation exceptionnelle de ce malade est connue non-seulement de sa famille, mais de la justice et de l'administration.

Que réserve l'avenir? Je ne voudrais en aucune façon prophétiser des catastrophes nouvelles, mais je suis très-résolu, si mon avis est de nouveau réclamé, à m'opposer énergiquement à la sortie, jusqu'à ce que des garanties très-sérieuses viennent surabondamment démontrer l'innocuité possible d'une réintégration au sein de la société.

Enfin, s'il était vrai qu'il n'y eût point existé chez ce malade d'alcoolisme préalable? Je serais obligé alors de pencher cliniquement du côté de l'épilepsie paralytique, dernière variété de l'épilepsie qu'il me reste à faire connaître.

THÉRAPEUTIQUE

Le vin de Saint-Raphaël naturel, comparé aux vins pharmaceutiques

Par M. le docteur Xavier Blanchin.

Le vin a par lui-même des propriétés si éminentes dans l'hygiène, qu'il est tout rationnel que la thérapeutique lui ait fait sa part dans le régime qui accompagne le traitement des maladies et notamment des maladies atoniques ou par faiblesse.

De très-bonne heure, en effet, nous voyons les vins employés en médecine, et lorsqu'on a songé à y dissoudre ou à y incorporer quelque substance médicale aromatique ou autre, on les voit faire à eux seuls tout le traitement des malades.

De notre temps, il a passé un système qui les a complétement exclus non pas seulement de la thérapentique, mais encore de la diète de toutes les maladies. La doctrine antiphlogistique de Broussais, fondée sur ce que les organismes étaient toujours trop riches de chaleur et de forces, les remplaça absolument par de l'eau qu'il fallait encore adoucir avec quelque mucilage.

Nous avons bien changé tout cela. Sont-ce les organismes qui sont devenus pauvres de sang et d'énergie depuis cinquante ans, ou bien serait-ce que les médecins modernes seraient dans l'erreur ? Le fait est que de nos jours, non-seulement la thérapeutique est devenue corroborante ; mais l'hygiène elle-même qui concourt à la cure doit être restaurante dans tous ses aliments. Beaucoup de médecins donnent du vin pour tisane, et le malade ne s'en trouve pas mal.

Nous ne discuterons pas la question de ce changement subi par l'opinion médicale. Seulement Broussais serait bien étonné de voir les bons résultats que la clinique obtient en usant largement de ce qu'il interdisait d'une manière absolue.

Bref les vins sont entrés dans la thérapeutique, et y jouent un rôle dont il serait difficile de nier les bons effets. Aussi répondant à ce besoin actuel jamais les vins médicinaux n'avaient autant préoccupé l'art pharmaceutique. C'est à qui en composera tous les jours de nouveaux ; ils sont déjà très-nombreux, et tous se consomment de l'avis ou par ordonnance des médecins.

Ces vins pharmaceutiques, si on les considère dans leur composition, outre certaines propriétés qui visent tel organe ou telle affection, ont une intention commune. Ils sont faits généralement pour l'estomac, pour donner de l'appétit et pour servir ensuite à la bonne digestion des aliments. Ces vins sont qualifiés stomachiques, digestifs, etc., etc. Il y en a pour choisir et pour varier.

Tout en rendant justice aux savantes préparations de ces vins, il faut louer les médecins qui, pour répondre au même besoin, ont eu la bonne idée de trouver dans la nature ce que d'autres ont cherché à réaliser par l'art.

N'y aurait-il pas, disons-nous, des vins naturels, c'est-à-dire, produits de toute pièce par la vigne, qui auraient les mêmes propriétés que les vins préparés au laboratoire, pour subvenir aux indications médicales dont il s'agit ?

Cette question suppose ce que la science ne saurait contester, à savoir, que tout ce qui est fait pour entrer dans l'alimentation, doit être de préférence pris dans la nature, l'art ne faisant jamais si bien les choses qui sont utilisées par les fonctions d'assimilation.

C'est de cette simple question qu'est sorti le vin de Saint-Raphaël que les cliniques hospitalières ont adopté depuis plus de vingt ans, et qu'aucun des vins artificiels d'invention nouvelle n'avait pu remplacer. Ce que l'on cherchait donc était découvert depuis longtemps, et c'est la clinique elle-même qui l'avait trouvé à l'usage.

Maintenant, quelles sont les vertus spéciales du vin de Saint-Raphaël? D'abord il est naturel ; ensuite il remplit l'objet qu'on s'en propose sur le malade et le convalescent : il fortifie l'organisme ; enfin il fait du bien.

Lorsqu'on a voulu se rendre raison de ces propriétés efficaces, la chimie s'est mise en devoir d'analyse pour savoir ce qui distinguait la composition du vin de Saint-Raphaël, parmi tous les autres, et l'on a trouvé que de tous les vins de liqueur, c'était celui qui était le plus riche en tannin, et l'on sait que le tannin est ce principe immédiat qui avec l'alcool fait la partie la plus active que les médecins demandent aux vins réellement stomachiques et digestifs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 décembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux exemplaires d'un ouvrage sur une épidémie variolique qui a sévi à Lyon pendant l'année 1875.

2° Une lettre de M. le préfet de l'Indre, faisant connaître qu'aucune épidémie n'a été observée dans son département pendant l'année 1875.

3° Le compte rendu négatif concernant les épidémies dans le département des Ardennes pendant l'année 1875.

4° Quatre exemplaires du rapport sur les travaux des conseils d'hygiène du département de l'Eure en 1875.

5° Une brochure de M. le docteur Puel, de Figeac (Lot), intitulée : *de l'Action de l'air sur les plaies.*

6° Le compte rendu d'une épidémie de dysenterie observée en automne 1876, parmi les hommes du 4e régiment de dragons, à l'hôpital de Longwy. (Commission des épidémies.)

7° Le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur pour la saison de 1874.

8° Le rapport général de M. le médecin inspecteur de l'établissement thermal de Vichy pour la saison de 1875.

9° Le rapport général de M. l'inspecteur d'Aulus pour la saison de 1874. (Commission des eaux minérales).

M. le ministre des travaux publics transmet une lettre de M. le directeur des mines, relative au caractère des accidents auxquels les ouvriers mineurs sont exposés et à la nature des secours qui doivent leur être administrés quand ces accidents se produisent.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. les docteurs Auguste Voisin et Marc Sée pour les sections d'anatomie pathologique et d'anatomie et physiologie.

2° Une lettre de M. le docteur Ancelet, de Vailly (Aisne), qui réclame la priorité de l'emploi des pinces hémostatiques.

M. J. LEFORT présente, au nom de M. le docteur Miel, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse, un mémoire intitulé : *Recherches sur la composition des eaux minérales sulfureuses de Bonnes* (*Basses-Pyrénées*). (Commission des eaux minérales.)

RAPPORT

M. PERSONNE, au nom de la commission des remèdes nouveaux et secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

LECTURE

M. MÉHU, candidat à la place vacante, dans la section de pharmacie, lit un travail intitulé : *Étude sur les liquides pathologiques de la cavité péritonéale.* Voici quelques extraits de ce travail :

« Les liquides ascitiques contiennent, dit l'orateur, les mêmes éléments organiques que le sérum du sang ; la proportion des matières albuminoïdes y varie seule dans des limites assez étendues, mais jamais elle ne dépasse celle qu'aurait donné un égal poids de sérum sanguin.....

« Ces liquides sont un mélange de sérum, de fibrine, d'urate et de sels minéraux, ils se comportent vis-à-vis de la chaleur, de l'acide acétique, de l'acide azotique, du tannin, du bichlorure de mercure et du sulfate de magnésie comme le sérum sanguin, le liquide de la plèvre et celui de l'hydrocèle de la tunique vaginale.

« ..... Je n'ai jamais vu de liquide ascitique se prendre en gelée, à la façon des liquides de la cavité pleurale et de quelques hydrocèles de la tunique vaginle, car la proportion de fibrine desséchée, n'a jamais dépassé 16 centigrammes par kilogramme de liquide.

« Rarement la fibrine des liquide sascitiques est ferme, élastique, stable. A l'air elle se ramollit ordinairement, devient poisseuse et noircit. Enfin elle se liquéfie avec une facilité d'autant plus grande, que la température est plus élevée et que la fibrine primitive était déjà plus molle.

« La présence de quelques leucocytes dans les liquides ascitiques, et même celle d'une quantité de leucocytes capable de donner une couche sensible à l'œil, n'est pas nécessairement l'indice d'un état bien grave, à moins que le liquide ne soit très-pauvre en éléments solides.

« Le poids des matières fixes contenues dans 1 kilogramme de liquide ascitique ne paraît pas s'élever jamais au-dessus de 90 grammes, ni descendre au-dessous de 14 grammes.

« Le poids des sels minéraux (7 à 9 grammes par kilog. de liquide), ne varie jamais que dans des limites très-étroites.

« Les liquides pauvres en matières fixes se reproduisent ordinairement d'une façon plus rapide que les liquides riches. En général, la vie des malades est beaucoup plus menacée dans les cas de liquides pauvres que dans les cas de liquides riches. »

A quatre heures moins le quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 décembre 1876. — Présidence de M. Cl. BERNARD.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

De la différence d'action des deux nerfs pneumo-gastriques. — M. LÉON TRIPIER (de Lyon), au nom de M. Artoing et en son propre nom, communique une note sur ce sujet.

Il rappelle que dans la séance du 29 juin 1872, M. Brown-Sequard a bien voulu présenter, en leur nom, une première note sur le même sujet. Ils avançaient, dans cette note, que le pneumo-gastrique droit agit plus énergiquement sur le cœur que le pneumo-gastrique gauche et que c'était l'inverse pour le poumon.

A la même époque M. Masouin (de Liége) arrivait à un résultat identique relativement au cœur. Depuis lors, leurs expériences ont été répétées par M. Tarchanoff. Un peu plus tard, ils publiaient dans les « Archives de physiologie normale et pathologique » l'ensemble de leurs recherches sur ce sujet, et, en ce qui concerne le cœur particulièrement, ils admettaient toujours le fait de l'inégalité d'action des deux pneumo-gastriques ; mais, comme ils avaient constaté dans quelques cas la prédominance du nerf gauche, ils étaient moins affirmatifs. Ils donnaient également plus de détails sur les modifications qu'éprouve la respiration après la section du pneumogastrique gauche. Enfin, MM. Tripier et Artoing disaient que toutes leurs tentatives pour trouver une différence d'action des pneumogastriques relativement à l'œsophage et à l'estomac était restées infructueuses ou plutôt indécises.

Cependant, déjà à cette époque ils avaient noté deux cas de mort après la section du pneumo-gastrique droit chez l'âne ; or, ce résultat n'avait pas laissé de les surprendre. En effet, on admettait avant eux que les animaux ne meurent qu'après la section des deux pneumo-gastriques. Toujours est-il qu'en pratiquant de nouvelles sections ils s'aperçurent de la fréquence relative de ce fait, et c'est alors que ces physiologistes eurent l'idée de rechercher son degré de fréquence : sur douze sections chez l'âne, la mort a été constatée sept fois ; dans quatre cas, la section avait porté sur le pneumo-gastrique droit et dans trois cas sur le pneumo-gastrique gauche. Sur neuf sections chez le lapin, la mort est survenue trois fois, et, dans chaque cas, la section avait porté sur le pneumo-gastrique droit.

Enfin, sur plus de quarante sections sur le cheval, la mort n'est arrivée qu'une fois, la section portait encore sur le pneumo-gastrique droit.

D'après cela, on peut conclure que la section d'un seul pneumogastrique suffit pour amener la mort chez l'âne, le lapin et le cheval, et que le pneumo-gastrique droit y expose plus que le pneumogastrique gauche.

Dans tous les cas, ils ont trouvé l'estomac et l'œsophage plus ou moins remplis d'aliments, et de même ils ont rencontré des parcelles alimentaires dans les voies aériennes. Tout cela s'explique très-bien par le fait de la paralysie de la partie inférieure de l'œsophage dans la section du pneumo-gastrique à la partie moyenne de la région cervicale. Il n'en est pas moins vrai qu'on ne sait encore rien relativement aux causes et à la nature de ce phénomène. Aussi MM. Tripier et Artoing attendront pour se prononcer. Quoi qu'il en soit, ces faits ont un double intérêt : au point de vue physiologique, on saura désormais dans quelles conditions on devra se placer pour étudier la différence d'action des pneumo-gastriques sur l'œsophage et l'estomac ; et au point de vue pathologique, ces messieurs apportent un argument de plus contre la ligature des nerfs, qui, si elle ne produit souvent ailleurs aucun accident menaçant directement la vie des malades, peut entraîner la mort comme le ferait la section.

M. TRASBOT demande à M. Tripier si, dans les expériences dont il vient de relater les résultats, il n'a pas eu l'occasion d'observer des altérations du poumon, telles par exemple, que des foyers inflammatoires ou même des abcès ayant pu déterminer la mort.

M. TRIPIER répond qu'il n'a pas eu en vue les lésions qui sur-

viennent après la section des pneumo-gastriques, mais seulement la différence d'action de ces nerfs sur l'œsophage et l'estomac.

M. CL. BERNARD repousse l'explication qui a été donnée de ces faits par Traube. Ce physiologiste admet que, dans ces cas, l'animal meurt toujours par suite de l'introduction des aliments ou de mucosités, à défauts d'aliments, dans la trachée. Or, si chez un lapin on sectionne les deux pneumo-gastriques et qu'on introduise un tube dans sa trachée de façon qu'il puisse librement respirer et qu'aucun corps étranger ne puisse s'introduire dans les voies respiratoires, ce lapin n'en meurt pas moins après vingt-quatre heures en présentant des foyers sanguins dans les poumons, et il meurt d'autant plus vite qu'il est plus jeune. C'est une question de résistance du poumon. D'ailleurs, tous les faits qui se rattachent à la question des pneumo-gastriques sont toujours extrêmement complexes.

M. TRASBOT, sans repousser l'explication proposée par M. Cl. Bernard, cite cependant un fait inexplicable avec cette théorie : il a vu un animal vivre vingt jours après la section des pneumo-gastriques et succomber à la formation d'un foyer purulent ayant eu pour point de départ un corps étranger dans les poumons.

M. CL. BERNARD admet parfaitement que la mort puisse avoir pour cause celle indiquée par M. Trasbot, mais il soutient qu'il n'en est pas ainsi dans tous les cas et que d'ailleurs cette question est très-complexe et mérite d'être encore longtemps étudiée.

M. LÉPINE demande à M. Tripier s'il n'admettrait pas, pour expliquer cette différence d'action des deux pneumo-gastriques, soit la présence d'une plus grande quantité de fibres dans le pneumo-gastrite droit, soit peut-être plus probablement la différence d'action des deux hémisphères cérébraux d'où partent les nerfs pneumo-gastriques, et une sorte de prépondérance de l'hémisphère gauche sur l'hémisphère droit expliquant la prépondérance d'action du nerf pneumo-gastrique droit, puisqu'il y a entrecroisement des nerfs pneumo-gastriques comme des autres nerfs. Il se passerait donc là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe pour l'aphasie.

M. TRIPIER répond qu'il a commencé avec son collaborateur l'étude du mécanisme, mais qu'il n'est pas encore à même de se prononcer, et qu'à ce point de vue il se rattache complétement à la manière de voir de M. Cl. Bernard.

Survie des animaux après la section des deux pneumogastriques. — M. MOREAU présente, au nom de M. Philippeau, un travail relatant une série d'expériences sur les effets de la section des pneumo-gastriques. Il signale particulièrement les faits suivants : si, chez un rat, on coupe le nerf pneumo-gastrique d'un côté et qu'on attende trente et un jours avant de couper l'autre, l'animal survit. Si l'on coupe le second avant trente et un jours, il meurt. Chez un chien il faut, pour qu'il survive, un intervalle de soixante jours entre la section des deux pneumo-gastriques ; chez le cochon d'Inde, il faut quatre-vingts jours.

Influence du resserrement ou de la paralysie des vaisseaux sur les hémorrhagies. — M. COUTY a vu le resserrement généralisé des vaisseaux périphériques déterminer, après l'augmentation considérable de la tension, une plus grande rapidité dans l'écoulement du sang fourni par des plaies diverses, des orteils, de l'oreille, etc.

Au contraire, la paralysie des artérioles a produit, en même temps que la diminution de la tension, une diminution des hémorrhagies : et il arrive un moment où, le cœur continuant à battre régulièrement, la tension est complétement nulle, et le sang complétement arrêté dans les vaisseaux, si bien que les plaies profondes, portant même sur les artères, ne produisent qu'un écoulement sanguin nul ou peu abondant. *Cet arrêt circulatoire* spécial serait dû à la *dilatation paralytique des vaisseaux* périphériques.

C'est en obstruant l'encéphale, lésion qui détermine d'abord de l'excitation et plus tard de la paralysie vaso-motrice, que M. Couty a pu observer tous ces faits, inverses de ceux constatés par M. Cl. Bernard, après l'excitation ou la paralysie vasculaires *localisées;* analogues à ceux observés par de nombreux auteurs après l'excitation du sciatique, la destruction du myélencéphale.

Du virus charbonneux. — M. PAUL BERT a montré, par de nombreuses expériences, que tous les êtres vivants microscopiques ou non sont tués et qu'au contraire les substances dites ferments ne sont nullement altérées par l'oxygène en tension. Après avoir étudié, à ce point de vue, la maturation des fruits, le vaccin, le farcin, etc., il a voulu savoir comment se comportent, dans les mêmes conditions, le virus du charbon, et il a été amené à constater ainsi des faits complexes, singuliers. En effet, du sang charbonneux soumis à l'oxygène sous tension et injecté ensuite à des animaux tue ces animaux. On devrait donc en conclure, d'après ce qu'ont appris les expériences antérieures sur les poisons vivants, que ce n'est pas par la présence de la bactéridie que ce sang était toxique, puisque certainement cette bactéridie a été tuée par l'oxygène sous tension. Pourtant le sang des animaux tués ainsi par ce sang charbonneux privé de bactéridies, injecté à d'autres chiens, tue ces chiens. Mais le sang de ces derniers n'est plus toxique. En résumé, le sang charbonneux, soumis à l'oxygène en tension, tue à première génération, mais ne se reproduit pas ; il tue, mais n'engendre pas. Il se comporte donc comme du sang en putréfaction.

Une fois fixé sur la façon dont se comporte le virus charbonneux soumis à l'oxygène en tension, M. Bert a voulu savoir comment il il se comporte vis-à-vis de l'alcool absolu. Il a donc mêlé une certaine quantité de sang charbonneux avec de l'alcool absolu et l'a mis dans le vide pendant huit jours. Il a obtenu ainsi un magma desséché, qu'il a injecté, avec un peu d'eau, à des cochons d'Inde et à un chien. Celui-ci est mort le lendemain, mais le sang pris à ce chien n'était plus toxique. D'ailleurs ce sang, examiné au microscope par M. Trasbot, ne possédait plus aucun des caractères du charbon.

Il résulte de ces expériences qu'il y a dans le sang charbonneux deux sortes de virus, un virus qui tue et s'engendre et un virus qui tue puis s'arrête. En d'autres termes, le virus charbonneux est un double poison, composé d'un être vivant tué par l'air comprimé comme par l'alcool et d'un ferment résistant à l'air comprimé et à l'alcool, et qui tue, mais ne se reproduit pas.

M. CL. BERNARD fait observer qu'il ne faut pas considérer les ferments comme résistant toujours à l'action de l'alcool absolu. La levûre de bière, par exemple, ne résiste pas à l'alcool absolu.

M. MALASSEZ croit que l'on pourrait donner des faits communiqués par M. Bert l'explication suivante : il y aurait dans le virus charbonneux un ferment secrété par une bactéridie. Celle-ci, tuée par l'air comprimé, le ferment reste, mais une fois qu'il a exercé son action, il ne se reproduit pas ; la maladie est morte.

Modifications de forme que subit la tête du fœtus pendant l'accouchement. — M. BUDIN, fait une communication sur les modifications de forme que subit la tête du fœtus pendant l'accouchement. Depuis longtemps, on avait remarqué la forme allongée, en poire, qu'offrait la tête aussitôt après son expulsion dans les présentations du sommet, et sa forme aplatie de haut en bas, à la suite de l'accouchement par la face. Ces deux formes sont caractéristiques, typiques pour ainsi dire, dans ces deux présentations, et elles peuvent exister indépendamment de tout rétrécissement du bassin. Vingt-quatre ou quarante-huit heures après la naissance, la tête retrouve sa forme ronde normale. M. Budin a pris de nombreuses mensurations et des tracés dans les huit premiers jours qui suivent l'accouchement, et il montre que des conditions anatomiques particulières favorisent et expliquent ces déformations.

En étudiant les diamètres antéro-postérieurs, l'occipito-mentonnier, l'occipito-frontale et le sous-occipito-bregmasique, il a vu d'abord que, contrairement à l'opinion généralement admise, le diamètre occipito-mentonnier n'est pas le diamètre antéro-postérieur le plus grand : le diamètre le plus étendu est un diamètre sus-occipito-mentonnier, qui va du menton à la suture-sagittale, se terminant en un lieu qui varie entre la pointe de l'occiput et la fontanelle antérieure. Ce diamètre est donc le diamètre *maximum* de la tête.

Si on mesure les diamètres aussitôt après l'accouchement, on trouve par exemple : diam., O. M. 12^{cm}, diam., O. F. 11^{cm}, diam., Ss.O. Br., 9^{cm} ; le lendemain ou le surlendemain, on trouvera : O.M. 12^{cm}.5. O.F. 11^{cm}.5, Ss. O. Br. 9^{cm}5. Ces trois diamètres ont

donc augmenté, et comme la tête a repris sa forme normale, il est rationnel d'en conclure, que ces diamètres avaient, au moment de l'accouchement, diminué de longueur.

Quant au diamètre maximum, il diminue au contraire de beaucoup, le premier et le deuxième jour, donc, il avait augmenté pendant l'accouchement.

Or, en examinant le crâne d'un enfant nouveau-né qui a succombé, si on enlève les deux pariétaux, on voit la pointe de l'occipital, excessivement mobile, se laisser refouler en avant avec la plus grande facilité. L'écaille de l'occipital, dans son ensemble, est mobile autour d'une charnière, qui existe au niveau de sa réunion avec la portion basilaire de cet os. Il y a là, en effet, une ligne de démarcation très-nette, constituée par du tissu cartilagineux et du tissu fibreux, qui explique cette mobilité. Pendant l'accouchement, la pointe de l'occiput est repoussée en avant et s'enfonce sous les pariétaux, ce qui explique la diminution des diamètres O.M. et O.F. L'abord postérieur des frontaux est mince et très-souple, il se laisse aussi déprimer, d'où la diminution du diamètre Ss.O.Br. Quant aux pariétaux, ils sont comprimés d'avant en arrière, et leur bord sagittal devient beaucoup plus connexe, d'où l'augmentation au contraire du diamètre maximum.

A la suite des présentations de la face, le phénomène est tout différent : la pointe de l'occiput, se trouve au contraire repoussée en arrière, d'où une augmentation des diamètres occipito-mentonnier et occipito-frontal. La tête reprend sa forme normale, et les diamètres diminuent après l'accouchement. La même disposition anatomique explique donc des déformations tout à fait différentes.

Quand la tête a repris son aspect normal, il se passe pendant les jours qui suivent un nouveau phénomène, la tête continue à augmenter dans tous ses diamètres lorsque l'enfant est bien portant. Les sutures et les fontanelles s'élargissent considérablement, à tel point parfois, qu'on pourrait se demander s'il n'existe pas un commencement d'hydrocéphalie. Il n'en est rien, cette distension des sutures et des fontanelles est un fait normal et habituel.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Laboratoire de chimie biologique. — MM. les étudiants qui désirent faire des recherches de chimie médicale sont prévenus que le laboratoire sera ouvert tous les jours, de midi à cinq heures, à partir du 15 décembre courant.

Les élèves sont priés de se faire inscrire dès à présent à l'École pratique (cabinet de M. le chef du matériel).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Riban, docteur ès sciences, est nommé directeur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Schutzemberger, appelé à d'autres fonctions.

M. Rigaud est nommé préparateur de chimie (deuxième chaire), en remplacement de M. Lescœur, appelé à d'autres fonctions.

— *Collége de France.* — M. Gérard (Camille), licencié ès sciences physiques, chargé des fonctions d'aide-préparateur et de répétiteur près le laboratoire de chimie minérale de l'École pratique des hautes études, est nommé préparateur du cours de chimie minérale, en remplacement de M. Riban, appelé à d'autres fonctions.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er avril 1877, s'ouvrira le lundi 22 janvier prochain à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale, 47, quai de la Tournelle.

Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures, du jeudi 21 décembre 1876 au lundi 8 janvier 1877.

— *Distinctions honorifiques.* — M. Malherbe, professeur à l'École de médecine de Nantes, officier d'Académie du 16 mars 1870, est nommé officier de l'Instruction publique.

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. Chartier, professeur à l'École de médecine de Nantes, et Rippol, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Toulouse.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Nicolas Duranty est nommé suppléant des chaires de médecine.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Bleicher, docteur ès sciences, médecin-major à l'hôpital militaire du camp de Châlons, est chargé du cours d'histoire naturelle médicale.

— *Muséum d'histoire naturelle. Cours de chimie organique.* — M. le professeur Frémy commencera son cours de chimie minérale le mardi 19 décembre 1876, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le professeur fera l'historique des grandes découvertes qui servent de base à la chimie minérale, et développera leurs conséquences.

Ce cours aura lieu dans le laboratoire de chimie, rue de Buffon, n° 63.

L'enseignement, à la fois théorique et expérimental, se composera de leçons et de manipulations chimiques.

Les manipulations auront lieu tous les jours, depuis onze heures du matin jusqu'à cinq heures du soir, et se termineront le 15 juillet 1877.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Nº 146. — SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1876. — Nº 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les altérations du cœur chez les aliénés.

Depuis un certain nombre d'années, il s'est établi dans les études, si intéressantes par elles-mêmes, de l'aliénation mentale, un courant auquel nous ne saurions donner, pour notre part, trop d'encouragement, nous voulons parler de ce courant qui porte les médecins aliénistes à s'isoler de moins en moins dans le cercle de leur spécialité et à élargir le champ de leurs investigations, en éclairant tous les jours par des recherches nouvelles les relations de la pathologie mentale avec la pathologie commune. Depuis les travaux très-remarquables, à ce point de vue, de Thore sur les maladies incidentes des aliénés, il en a été publié un grand nombre d'analogues, soit sur l'aliénation considérée comme complication ou comme suite des diverses pyrexies aiguës, soit sur les altérations que l'on rencontre dans les divers organes des aliénés, indépendamment et en dehors des lésions cérébrales qui leur sont propres. Nous avons signalé ces travaux toutes les fois que les occasions s'en sont présentées. Voici de nouvelles recherches de ce genre sur les altérations du cœur, du foie et des reins, chez les aliénés, fondées sur les autopsies pratiquées à l'asile de Sainte-Gemme, en 1874 et 1875, par M. le docteur Dufour, aujourd'hui médecin adjoint de l'asile de Bron, près Lyon, que nous trouvons dans l'un des fascicules des *Annales médico-psychologiques*, de la présente année.

Vu l'impossibilité de résumer en un seul article tous les faits réunis dans ce travail, nous lui emprunterons seulement pour aujourd'hui, ceux qui ont trait exclusivement aux altérations du cœur.

Le dépouillement des notes que M. Dufour a relevées sur ce point, et qu'il a réunies en un tableau dans ce travail, donne les résultats suivants :

On y trouve quarante-quatre cas de lésions du cœur sur soixante et un aliénés, soit 74 pour 100. Dans ces quarante-quatre cas le cœur était atteint dans son tissu musculaire ou dans ses valvules. Le péricarde a été trouvé plus rarement malade : onze cas d'hydropéricarde, cinq de plaques laiteuses, trois de péricardite avec ou sans adhérence générale au cœur. — Chez l'un des aliénés atteint d'une péricardite aiguë, rien pendant la vie n'en a fait soupçonner l'existence.

En étudiant isolément chacune des lésions du cœur, voici ce que M. Dufour a constaté. Les lésions de la valvule mitrale se sont montrées de beaucoup les plus fréquentes : sept fois la mitrale était simplement épaissie et vingt-trois fois athéromateuse.

La mitrale n'a été trouvée seule lésée que dans deux cas; quatre fois elle l'était en compagnie des sigmoïdes aortiques, plus souvent (six fois) s'accompagnant d'une altération du muscle. Dix-huit fois, ce dernier et les différentes valvules étaient altérés. Enfin quatorze fois le tissu cardiaque seul a été atteint; ces altérations consistaient en général en dégénérescence graisseuse ou en hypertrophie simple.

Les valvules sigmoïdes ont été trouvées atteintes vingt-six fois. Toutes ces lésions appartenaient au cœur gauche. Les cavités droites, sauf quelques cas de dilatation et un seul fait où la tricuspide était notablement épaissie, n'ont donné lieu à aucune observation digne d'intérêt. Elles participaient toutefois plus ou moins à l'augmentation de volume général qui a été rencontrée quatorze fois, tout en affectant plus particulièrement le côté gauche. Souvent le cœur s'est trouvé atteint de dégénérescence graisseuse. Chez un malade, cette dégénérescence causa la mort par rupture du cœur pendant l'effort de défécation.

Ce malade, âgé de soixante-six ans, était dans l'asile depuis vingt-trois ans, en état de démence. L'autopsie montra comme altérations encéphaliques une congestion des sinus, pachyméningite chronique, athérome artériel, hydropisies des méninges viscérales, atrophie et ramollissement du cerveau; comme altérations thoraciques, péricarde rempli par un caillot volumineux, cœur surchargé de graisse, très-friable au toucher. A gauche, en avant, à l'union du tiers supérieur au tiers moyen du ventricule, il existait une déchirure transversale, irrégulière, contenant des caillots. L'orifice interne était plus grand, il était situé entre un grand pilier et la base de la mitrale. Au point rompu, les parois étaient imbibées de sang; les artères coronaires et les valvules étaient athéromateuses. Il est fait mention aussi dans les observations d'un abcès du cœur dans la paroi interventriculaire.

Quelquefois le cœur a été trouvé petit et atrophié.

L'aorte participe généralement aux lésions des valvules;

l'athérôme y est fréquent et sa crosse est parfois dilatée. Dans un cas, ce vaisseau fut trouvé rompu, ce qui entraîna la mort subite, genre de mort fréquent chez les aliénés et attribuable le plus souvent à l'état du cœur ou des vaisseaux.

Le muscle cardiaque n'est pas le seul altéré dans les maladies mentales. M. Dufour a porté aussi son attention sur d'autres muscles, mais il a jugé que ces observations n'étaient pas encore assez complètes pour les faire figurer dans ce travail.

Aux lésions du cœur se rattache l'étude d'altérations simultanées et concomitantes d'autres organes, tels que le foie, les reins, la rate. Les maladies du cœur, dit M. Dufour, par suite des troubles de la circulation qu'elles engendrent, développent des lésions secondaires du foie et des reins. Réciproquement aussi, ces dernières peuvent être primitives et produire des modifications dans la tension du système circulatoire, cause ultérieure de lésions cardiaques. Les affections pulmonaires, certaines cachexies s'accompagnent aussi de lésions hépatiques ou rénales; d'où la difficulté de reconnaître la part d'influence qui revient à chacune des lésions observées sur celles d'autres organes et de discerner l'action particulière du trouble cérébral.

Nous nous arrêtons, pour le moment, sur cette juste réflexion de l'auteur de ces intéressantes recherches.

Dilatation bronchique.

Il y a en ce moment dans le service clinique de M. le professeur Potain, à l'hôpital Necker, deux cas de dilatation bronchique, l'un chez une femme, le second chez un homme, qui ont de l'intérêt en ce qu'ils réalisent deux types différents de ce genre d'affection.

On sait que les dilatations bronchiques, très-faciles à reconnaître lorsqu'elles sont considérables, présentent souvent, au contraire, de très-grandes difficultés. Nous ne reviendrons pas ici, à l'occasion de ces deux faits, sur ce que nous avons dit déjà, dans une autre occasion, de la caractéristique anatomique et des signes cliniques de la dilatation bronchique, de ses diverses formes et des symptômes auxquels elle donne lieu. Nous ne voulons nous arrêter un instant seulement que sur les deux caractères par lesquels se distinguent l'un de l'autre les deux cas en question.

Chez la femme, l'affection dont il s'agit est surtout caractérisée par une expectoration extrêmement abondante. Chez elle, la dilatation bronchique est survenue à la suite de poussées successives et nombreuses de bronchites qui ont fini par modifier la texture des parois bronchiques et amener également à leur suite un emphysème très-étendu et très-caractérisé. C'est là un type de l'une des trois variétés principales auxquelles on peut ramener presque tous les cas de dilatation bronchique. Cette variété est la plus grave de toutes, en ce que l'extrême abondance des sécrétions bronchiques morbides facilement altérables au contact de l'air, devient, en même temps qu'une cause de déperdition presque incessante pour l'économie, une source de septicémie toujours imminente.

L'homme présente un exemple également typique d'une autre variété; ce qui domine chez lui, c'est l'induration pulmonaire circonvoisine, cette sorte d'état cirrhotique du poumon, auquel quelques pathologistes ont fait jouer un rôle prédominant dans la pathogénie de la dilatation bronchique. On sait, en effet, qu'une opinion, assez généralement admise aujourd'hui, fait dépendre la dilatation des bronches de l'état du tissu pulmonaire environnant, lequel, sous l'influence d'une inflammation, chronique s'infiltre d'une production conjonctive nouvelle, d'une sorte de tissu de consistance fibroïde, dont la rétractilité force les canalicules qu'il entoure à se dilater excentriquement.

Ces deux malades représenteraient donc deux des types pathogéniques de la dilatation bronchique admis par M. Barth, et dont le troisième est le produit de la pleurésie chronique.

Dans un cas comme dans l'autre, il y a peu à espérer des ressources de l'art pour faire disparaître ou pour amoindrir la lésion dont il s'agit. La thérapeutique ne peut rien contre le fait même de la dilatation des bronches, elle n'a donc guère d'action que sur les sécrétions, dont elle doit s'attacher à diminuer autant que possible l'abondance et à détruire surtout la fétidité. Les expectorants, les balsamiques, et l'inhalation de vapeurs d'acide phénique au deux-centième. Tels sont les moyens qui ont été plus généralement conseillés et qui ont été prescrits par M. Potain à la femme dont nous venons de rapporter sommairement l'histoire, et dont l'état est plus immédiatement compromis.

Grossesse gémellaire. — Développement excessif du ventre, cause de dyspnée.

Une femme entrée, il y a quelques jours, dans les salles de la Clinique d'accouchement est remarquable par le développement excessif qu'a pris chez elle l'utérus. Cette femme n'est enceinte que de six mois et demi, et son utérus a un volume double de celui qu'a habituellement l'utérus dans une grossesse à terme. Ce n'est pas tout à coup, mais peu à peu et graduellement que s'est produit ce développement exagéré. Il y a longtemps que cette femme s'en est aperçue.

De quoi dépend ce développement? Par le palper abdominal et le toucher, on acquiert aisément la conviction que non-seulement l'utérus est hypertrophié, mais encore qu'il est fortement distendu. En palpant, on sent des parties fœtales partout, en haut et en bas, à droite et à gauche, en même temps qu'à travers les parties vaginales. S'il pouvait y avoir le moindre doute sur le contenu de la matrice, ce doute serait complétement levé par l'auscultation. Non-seulement l'auscultation donne la certitude d'une grossesse, mais encore elle révèle l'existence d'une grossesse double. On distingue très-nettement les battements de deux cœurs distincts, ces battements n'étant point isochrones et se faisant entendre sur deux points assez distants l'un de l'autre.

Si nous signalons ce fait, ce n'est pas qu'il présente, en somme, rien de bien extraordinaire, ni qu'il y ait lieu d'en déduire un pronostic sérieux. Cette femme ne court, quant à présent, aucun danger; mais cette grossesse gémellaire, avec un développement aussi considérable de l'utérus, ne laisse pas que d'être pour elle une cause de très-grande incommodité. La respiration est très-gênée par suite du refoulement du diaphragme en haut; le jeu des côtes, dans les mouvements respiratoires, est limité; et le soir, après avoir mangé, lorsque l'estomac est distendu par des gaz, cette femme est en proie à une véritable oppression. Enfin, il s'est manifesté depuis peu de l'œdème aux extrémités et sur la région pubienne, indice d'un trouble de la circulation générale, du cœur, des reins et du foie; les urines sont fortement albumineuses, l'albumine se prend en masse par la chaleur. Cette femme a un peu de mal de tête, mais elle n'éprouve aucun trouble de la vision, ni de l'audition. Les sens, jusqu'à présent, ainsi que l'intelligence restent intacts.

Jusqu'à présent il n'y a rien à faire, mais c'est une femme à surveiller. Il peut se présenter plus tard telle circonstance qui pourrait obliger à intervenir. C'est ce qui nous a engagé à la signaler comme un des cas intéressants du service.

Mais en voici un autre qui, plus ou moins prochainement, va devenir certainement l'objet d'une attention particulière.

Déformation du bassin chez une femme cyphotique enceinte de sept mois et demi.

Une femme atteinte d'une excurvation très-prononcée de la colonne vertébrale, formant une saillie presque à angle droit en arrière, depuis quelques jours, dans le service de la Clinique, soulève une des questions de pratique obstétricale les plus difficiles. Cette femme, enceinte de sept mois et demi, présente, par suite de l'excurvation de la région dorso-lombaire, ce genre de déformation cyphotique du bassin, si bien décrit par M. G. Chantreuil, dans l'étude sur la déformation du bassin chez les cyphotiques, publiée en 1869, et que nous avons déjà eu l'occasion de citer. Le plus grand diamètre du bassin, ne mesure pas plus de 7 cent. 1/2. Or c'est à peu près le diamètre que doit avoir ou qu'a du moins, ordinairement, le diamètre de la tête de l'enfant à cette époque de la grossesse. En comptant sur un certain degré de réductibilité du crâne, qui peut aller jusqu'à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2, on voit que cette tête pourrait passer actuellement sans de très-grandes difficultés. Mais le pourrait-elle plus tard, et surtout au terme naturel de la grossesse ? On peut affirmer que non. En cet état de choses, quel est le devoir qui incombe à l'accoucheur, faut-il agir de suite ou faut-il attendre, et dans ce dernier cas, jusqu'à quelle limite peut-on ajourner l'intervention ? Enfin, quelle doit être cette intervention? L'indication est subordonnée, ici, au rapport du volume de la tête avec le diamètre connu du détroit inférieur et le degré de viabilité de l'enfant. Attendre le terme de la grossesse, c'est se préparer des difficultés insurmontables, et se trouver réduit à la triste alternative du sacrifice de la mère ou de celui de l'enfant, si ce n'est même des deux. Agir immédiatement, c'est sauvegarder plus sûrement la vie de la mère, mais en compromettant celle de l'enfant, dont la viabilité est quelque peu problématique. C'est en présence de cette difficulté que se trouve placé M. Depaul. Nous ferons connaître la détermination qu'il aura prise et le résultat qu'il en aura obtenu.

Dr Brochin.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOTE SUR L'ACTION DU FER DANS L'ANÉMIE (1)

Par M. G. Hayem.

Bien que depuis Sydenham, les médecins sachent guérir la chlorose à l'aide du fer, on ne connaît pas encore, d'une manière précise le mode d'action de ce précieux médicament.

Dans les cours de mes recherches sur le sang des anémiques, j'ai constaté un certain nombre de faits qui viennent à l'appui de l'opinion d'après laquelle le fer agirait sur la nutrition intime des globules rouges.

Je tiens compte, dans chaque examen du sang:

1° Du nombre des globules par millimètre cube;

2° Du pouvoir colorant du sang, c'est-à-dire, de la richesse de ce liquide en hémoglobine;

3° De la valeur moyenne des globules en matière colorante.

Les différentes anémies que j'ai étudiées peuvent être distinguées au point de vue du traitement, en anémies curables et en anémies incurables. Dans l'une et l'autre catégorie de cas, le fer agit d'une manière identique : il détermine constamment une augmentation dans la richesse des globules en matière colorante.

Pour mettre ce fait général en évidence, je ne puis citer ici, parmi mes observations, que celles ayant le plus de valeur.

(1) Présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 20 novembre 1876.

A l'état normal, le nombre des globules du sang capillaire du doigt est, en moyenne, de 5,500,000 par millimètre cube. Chez les chlorotiques atteintes d'un degré d'anémie modéré, on compte un nombre de globules à peu près égal. Examinons, par exemple, un cas dans lequel le sang contenait 5,352,000 globules. Ces éléments relativement nombreux étaient altérés, tant dans leurs dimensions que dans leur richesse en hémoglobine, et, par suite, le sang n'avait qu'un faible pouvoir colorant. Avec 5,352,000 globules il n'était pas plus coloré que s'il avait contenu 2,500,000 globules sains; de sorte que la valeur moyenne de chaque globule en hémoglobine n'était que de $\frac{2500}{5352}$ soit, 0,467 (1 exprimant la moyenne normale.)

Il en est ainsi chez un grand nombre de chlorotiques. Lorsqu'on prescrit à ces malades une bonne préparation ferrugineuse, le nombre des globules rouges varie peu, souvent même il diminue, tandis que le pouvoir colorant du sang va progressivement en s'améliorant. Ce résultat favorable est dû à un retour progressif des globules vers leur état physiologique. Ces éléments acquièrent des dimensions normales et en même temps, une quantité de matière colorante proportionnelle à leur volume. Il résulte de ces modifications que, le plus souvent, au moment de la guérison, les globules sont moins nombreux qu'au début du traitement.

Dans l'exemple précédent, sous l'influence du fer, le nombre des des globules est descendu à 4,150,000 (soit une diminution de 1,202,000); mais, à ce moment, ces éléments avaient un pouvoir colorant égal à 4,000,000 de globules sains; par conséquent, leur valeur moyenne était devenue presque normale, soit de 0,76.

Chez les chlorotiques profondément anémiées, le nombre des globules est sensiblement au dessous de la moyenne physiologique, il est, par exemple, de 2,500,000. Pendant l'usage du fer, on voit apparaître de nouveaux globules plus petits et plus pâles que les globules normaux, puis le sang subit les mêmes modifications que dans les anémies de moyenne intensité, et au moment de la guérison, lorsque les globules sont devenus physiologiques, leur nombre est moins élevé qu'à certaines époques de la maladie.

Pour obtenir chez les chlorotiques une guérison définitive, il est presque toujours indispensable de continuer pendant longtemps le traitement ferrugineux. Si l'on supprime le fer prématurément, l'anémie s'accentue de nouveau. C'est encore par une altération des globules qu'elle se caractérise; le nombre de ces éléments, loin de diminuer, reste stationnaire et parfois même augmente. Au contraire, après un traitement prolongé, le nombre des globules est souvent encore inférieur à celui du sang normal, tandis que, considérés individuellement, ces éléments sont devenus plus riches en matière colorante que ceux des personnes bien portantes, non soumises au traitement ferrugineux.

On peut déjà conclure de ses observations que, dans les anémies curables, et notamment dans la chlorose, la médication martiale a une influence plus marquée sur la qualité des globules rouges que sur leur proportion dans le sang.

L'étude de l'anémie dans les cachexies fatalement mortelles, n'est pas moins instructive.

Ces états pathologiques s'accompagnent, en général, d'une anémie très-profonde, et le sang renferme alors des globules rouges plus grands que ceux du sang normal. Lorsque l'anémie devient extrême, la proportion de ces éléments hypertrophiés augmente, et, malgré la présence d'éléments très-petits, les dimensions moyennes des globules rouges s'écartent moins du chiffre normal que dans les anémies d'une intensité moins grande; parfois même ces dimensions dépassent celles des globules sains.

Le nombre des globules rouges décroît alors de jour en jour, et le fer ne peut enrayer la marche de l'anémie, son action est cependant manifeste, mais elle n'est sensible que sur les globules considérés individuellement.

Ces éléments acquièrent de l'hémoglobine, et, lorsque leurs dimensions sont exagérées, leur valeur moyenne en matière colorante devient égale, puis supérieure à celle des globules sains. Un seul exemple suffira.

Dans le cas d'anémie le plus considérable que j'aie rencontré, le chiffre minimum des globules a coïncidé précisément avec le maxi-

mum de la valeur moyenne de ces éléments en hémoglobine. Le sang ne renfermerait plus que 414,062 globules, mais ces globules avaient acquis, grâce à leur hypertrophie et au fer, un pouvoir colorant équivalent à celui de 555,000 globules sains. La valeur moyenne de chacun d'eux, était donc de $\frac{555\,000}{414\,062}$ soit, 1,34.

En résumé, introduit dans l'organisme, le fer, qui constitue une des parties principales de l'hémoglobine, semble solliciter les globules à se charger d'une quantité plus grande de matière colorante, et cette action se produit non-seulement dans les anémies curables, mais même dans les cachexies, alors que, l'organisme étant épuisé la production des globules rouges est presque complétement entravée.

La médication martiale est donc une des plus rationelles de la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE

Du podophyllin dans le traitement de la constipation habituelle

Par M. le docteur Rousselet.

Malgré les mémoires si concluants publiés par M. Constantin Paul et par M. Marchant, sur l'emploi du podophyllin dans le traitement de la constipation, il ne semble pas que ce médicament ait encore pris droit de cité dans la pratique des médecins français. A chaque instant en effet, lorsqu'il s'agit de constipation, on voit apparaître les anciens errements, et cela dans les travaux les plus récents, dans des articles de journaux parus depuis moins d'un an.

A quoi peut-on attribuer ce fait? Beaucoup sans doute à la paresse que nous mettons à nous tenir au courant de la science, ou à l'impossibilité où nous sommes de le faire, en raison des exigences de la pratique ; mais aussi au mauvais emploi du médicament, et au découragement qui suit toujours un premier échec. Je me suis trouvé dans ce cas ; c'est un peu par hasard que j'ai persévéré, et aujourd'hui que je n'obtiens que des succès, je serais heureux que mon expérience pût servir à d'autres.

Dans les deux premiers cas où j'ai employé le podophyllin, j'ai échoué, et j'y aurais certainement renoncé, si une cliente ne fût venue ranimer ma confiance, en me racontant le résultat qu'elle avait obtenu depuis déjà longtemps, au moyen de pilules que l'on vend dans les pharmacies, sous le nom de podophylle, et qui ne sont que du podophyllin préparé peut-être d'une façon plus régulière.

J'avais formulé tout d'abord des pilules de 3 centigrammes, ainsi que le conseille M. Constantin Paul, et je n'avais pas même obtenu d'effet, tandis que dans le second cas, avec du podophyllin pris dans une autre pharmacie, j'avais produit une superpurgation. Eclairé par la malade qui s'était guérie à mon insu, j'essayai la dose d'un centigramme, et comme elle, je fis usage des mêmes pilules de podophylle. Depuis, je les ai employées dans quarante-sept cas de constipation habituelle, et comme M. Marchant, je n'ai pas eu un seul insuccès. Le médicament dont je me suis servi, doit évidemment en revendiquer une part, mais je ne doute pas que tout podophyllin bien préparé n'ait pu donner les mêmes résultats, et j'attribue le principal mérite au mode d'emploi. A ce sujet, je me sépare précisément, en quelques points, de l'auteur des pilules que j'ai employées, et ce sont ces points que je voudrais développer, parce que là surtout me paraît être la pierre d'achoppement.

Que chez les gens affectés de constipation habituelle, la cause soit la même, je le veux bien ; mais elle varie d'intensité, de durée ; elle peut exister enfin, chez des malades d'une nature toute différente et beaucoup plus impressionnable les uns que les autres. Une règle générale applicable à tous, ne saurait donc être absolument indiquée, mais on peut facilement poser les bases du traitement. Or, voici ce que j'ai observé :

Le grand écueil, c'est la durée de la maladie ; après quinze jours, un mois de traitement, en espaçant la prise du médicament, on paraît guéri, et au bout d'un mois, tout est à recommencer. En général, si la constipation est d'ancienne date, il faut deux à trois mois pour contracter des habitudes régulières et durables ; et encore faut-il y aider en se présentant à la garde-robe tous les jours à la même heure. Si pour obtenir un soulagement on a abusé des lavements, le traitement doit être plus long encore, c'est un fait que j'ai souvent observé.

Relativement aux doses, il faut toujours commencer par une pilule, soit un centigramme, attendu qu'il est impossible de connaître à l'avance la susceptibilité du sujet ; il faut de plus, être bien assuré de l'énergie toujours semblable du médicament, sous peine de faire chaque fois fausse route, comme cela m'est arrivé au début. A cet égard, les pilules que j'ai indiquées ne laissent rien à désirer.

Si, dès le premier jour, un résultat se produit, il est rare qu'il faille augmenter la dose jusqu'à la fin du traitement. Si au contraire, on ne réussit pas avec une pilule, tous les jours on augmente d'une jusqu'à effet obtenu, et l'on s'en tient au chiffre auquel on a dû arriver. Pendant quinze jours, le même nombre de pilules est administré chaque jour, à moins d'effet trop marqué, et dans ce cas, on diminue d'une pilule, de deux même, si ce chiffre, ce qui est rare, a dû être dépassé. Après quinze jours, si la fonction est bien rétablie, je ne donne plus de pilules que tous les deux jours, et après une semaine, en supposant que tout aille bien, tous les trois jours, et ainsi de suite, en éloignant d'un jour toutes les semaines.

Lorsqu'on est arrivé à ne plus prendre de pilules que tous les huit jours, si la régularité se maintient, on peut les cesser complétement. Mais dès qu'il survient un seul jour de relâche, il faut recommencer au moins, pendant deux ou trois jours, à prendre une pilule chaque soir et les éloigner ensuite de nouveau. Je conseille même, lorsque la régularité s'est interrompue à plusieurs reprises, de ne pas attendre qu'elle se produise de nouveau, et tous les dix jours, pendant longtemps, je fais prendre une pilule.

On objectera que c'est un peu minutieux, un peu long, peut-être; mais c'est un traitement si facile! Et la maladie est si opiniâtre, si désagréable parfois, sans compter les accidents auxquels elle peut donner lieu !

Il ne me reste à préciser que le moment de l'administration. Je préfère de beaucoup à l'heure du coucher qui a été indiquée, celle du dernier repas, alors qu'on prend la première cuillerée de potage ou la première bouchée de pain. L'effet ne se fait pas sentir avant huit ou neuf heures du matin, ce qui est très-suffisant, et on ne risque pas de troubler la digestion dans les cas où l'heure du coucher n'est pas suffisamment éloignée de celle du repas. Je conseille aussi aux personnes qui ont l'habitude d'un premier déjeuner le matin, de ne se présenter à la garde-robe qu'après avoir pris ce repas. C'est une excellente condition pour établir et maintenir l'habitude.

J'aurais voulu énumérer quelques-uns des cas qui m'ont le plus frappé et qui m'ont conduit aux règles que je viens d'exposer. Mais l'espace me manque, et ce ne serait d'ailleurs que d'un intérêt secondaire. J'y renonce donc, mais je dois ajouter que je n'ai voulu parler, bien entendu, que de constipations sans lésions organiques. S'il y a un obstacle mécanique, la podophylle ne peut agir évidemment que comme palliatif, et on pourrait lui substituer tout autre évacuant si elle ne conservait encore l'avantage d'être tout à fait inoffensive.

Traitement du carreau

Par le docteur Lubert.

La *Gazette médicale de Strasbourg* insère dans son numéro du 1er décembre dernier la note suivante, qui émane d'un confrère jouissant de la plus haute estime parmi ceux qui l'entourent. Nous laissons la parole à M. le docteur Lubert (d'Héricourt).

« Je ne veux pas disparaître, sans avoir communiqué à mes confrères un traitement simple, facile et efficace de cette affection si grave et si commune chez les enfants, qui est connue sous le mon de *tabes mesenterica,* de carreau, de sec, etc. Je le tiens de mon père, qui, lui-même l'avait reçu d'un médecin militaire autrichien en 1814 : il a été mis à l'épreuve ici sans interruption, depuis plus de soixante ans, avec un succès qui ne s'est pas démenti.

J'avoue que l'effet que produit ce médicament et qui est pour ainsi dire immanquable, est difficile ou plutôt impossible à expliquer suivant les principes d'une thérapeutique rationnelle; mais les faits sont là, innombrables, incontestables, etc., c'est à l'expérience de tous que j'en appelle.

Voici la formule :

R. Teinture de rhubarbe. . . . 30 grammes.
Acétate de potasse liquide. . 8 —
Vin stibié. . . . . 4 —

Mêlez.

On administre cette mixture à l'enfant malade par gouttes dans une cuillerée à café d'eau sucrée, trois fois par jour, le matin, à midi et le soir. Le nombre des gouttes, à chaque fois, doit être proportionné à l'âge du sujet, dix gouttes au minimum, vingt au maximum. — Pas de traitement accessoire.

Il n'y a d'autres indications qu'un état fébrile très-prononcé ou une diarrhée considérable. Un commencement de rachitisme, le gonflement des articulations ne doivent pas empêcher l'administration de la mixture.

Le traitement doit être continué, mais on diminuerait graduellement la dose, pendant une ou deux semaines, après la guérison du malade.

J'engage de toutes mes forces mes confrères, surtout ceux qui sont appelés à soigner dans les hôpitaux les jeunes enfants, à expérimenter le traitement que je leur indique, sans se préoccuper des théories, sans vouloir s'expliquer l'action du médicament, c'est de l'empirisme, j'en conviens, mais de l'empirisme qui guérit. »

Puissent les promesses de M. le docteur Lubert se réaliser, et nous dirons alors *mieux vaut tard que jamais!*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATIONS

M. TRÉLAT présente une observation de *tumeur du sein droit datant de vingt ans, formée par un kyste à trois loges renfermant des caillots fibrineux noirs,* adressée par M. le docteur Gouzy, à l'occasion de la récente discussion sur la persistance des épanchements sanguins.

M. TARNIER offre, de la part de M. le docteur Wasseize, professeur d'accouchements à Liége, différents mémoires sur la *périnéorrhaphie*, sur l'*emploi du crochet mousse articulé*, sur les *tractions continues*, et plusieurs *observations obstétricales*.

M. VERNEUIL présente, au nom de M. le docteur Fleury (de Clermont), deux observations de *fistule uréthro-rectale ayant précédé de quelques mois l'apparition d'une tuberculisation pulmonaire*; l'auteur pense, d'après l'étude de ces faits, que la fistule uréthro-rectale peut être considérée comme un symptôme précurseur de la tuberculose.

DISCUSSION

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport fait dans la dernière séance par M. Guyon sur les observations de M. Cras (de Brest), relatives aux plaies de l'urèthre.

Des ruptures de l'urèthre. — M. ROCHARD (de Brest), membre correspondant, a observé souvent la rupture du périnée, accident qu'on rencontre rarement dans la pratique civile, mais qui se montre fréquemment dans la médecine navale, et désire voir mettre en lumière quelques points de médecine opératoire importants. Le chirurgien est appelé dans deux conditions différentes, ou bien immédiatement après l'accident, ou bien beaucoup plus tard, pour remédier à une ou plusieurs fistules urinaires, qui ont résisté à un traitement mal ou même bien dirigé. Dans le premier cas, trois préceptes importants ont été formulés par M. le professeur Cras :

1° S'abstenir de toute tentative de cathétérisme, et pratiquer d'abord sur le périnée une large et longue incision médiane allant jusqu'à l'urèthre.

2° Immédiatement après, faire passer une sonde de caoutchouc, dans la portion pénienne d'abord, puis dans l'extrémité divisée de l'urèthre, et la laisser à demeure.

3° Retirer cette sonde après quatre ou six jours et faire, jusqu'à la guérison, un cathétérisme quotidien.

L'auteur partage entièrement l'avis de M. Cras. Aucun traité classique ne mentionne l'incision médiane; tous conseillent des traitements dangereux et inutiles, comme les sangsues, la ponction (Reybard, Philipps). Voillemier pratique des incisions multiples quand commence l'infiltration urineuse, mais il s'abstient, on ne sait pourquoi, quand la rétention d'urine est complète. C'est M. Notta qui, le premier, a parlé devant la Société de chirurgie de l'incision moyenne unique avant de faire le cathétérisme qui, pratiqué plus tôt, est dangereux et inutile : inutile parce qu'il n'empêche pas l'infiltration de l'urine dans les caillots qui se sont formés et dans la plaie; dangereux parce qu'en labourant ces caillots avec l'extrémité de la sonde pour trouver le bout postérieur de l'urèthre divisé, il renouvelle une hémorrhagie quelquefois considérable, car, dans une chute sur le périnée, le bulbe est ordinairement broyé, et il se fait immédiatement un grand épanchement de sang.

Pour pratiquer l'incision médiane, on place le malade comme pour la taille, et on incise jusqu'à l'urèthre. Le cathétérisme immédiat devient alors avantageux. On passe la sonde dans la partie pénienne de l'urèthre, et on cherche le bout postérieur. Cette recherche est quelquefois longue et difficile, mais avec de la patience on finit par trouver l'orifice. L'opérateur est souvent gêné par le sang qui s'écoule en grande quantité, mais un homme vigoureux, comme le sont en général les matelots, peut perdre sans inconvénient 500 grammes de sang, qu'il réparera vite. On peut d'ailleurs modérer cet écoulement en faisant irriguer la plaie par un aide avec de l'eau froide, ce qui a, en outre, l'avantage de la déterger. M. Notta ne passe la sonde qu'après quatre ou cinq jours; mais M. Rochard ne reconnaît aucun avantage à cette pratique. Quant à la durée du séjour de la sonde à demeure, M. Cras ne la laisse que cinq ou six jours; M. le professeur Rochard croirait prudent de la laisser quelques jours de plus, jusqu'à ce que de nouvelles observations en aient démontré l'inutilité, tout en reconnaissant d'ailleurs que son collègue de Brest a sur ce point une plus grande expérience que lui; mais il a pu rencontrer des cas heureux.

Si le chirurgien est appelé pour porter remède soit à une fistule persistante unique, comme on en observe dans les cas où l'incision médiane a été faite au moment de l'accident, sans que l'opération ait été poussée plus loin, soit à des fistules multiples, ce qui est le cas ordinaire, c'est à l'autopsie qu'il devra avoir recours. M. Rochard décrit le procédé qu'il a employé avec succès, huit mois dans un cas, onze jours dans un autre après l'accident.

En résumé, si le chirurgien est appelé de suite ou très-peu de temps après une chute sur le périnée sur un corps dur; s'il y a miction sanglante ou rétention d'urine, il faut inciser le périnée sur la ligne médiane jusqu'au foyer, et introduire immédiatement une sonde en caoutchouc vulcanisé qu'on laissera en place huit jours. S'il est appelé plus tard, il devra faire l'autoplastie périnéale.

M. VERNEUIL. Le précepte donné par M. Cras, appuyé par MM. Guyon et Rochard, n'est pas indiqué nettement dans les auteurs classiques. Cependant c'est la pratique ordinaire de M. Verneuil qui l'a prise dans Reybard, où l'on trouve nettement formulée l'incision de bonne heure des bosses sanguines du périnée. M. Verneuil fait quelquefois passer la sonde immédiatement après avoir incisé, mais jamais avant, toute tentative de cathétérisme étant alors dangereuse et inutile. Même après l'incision, l'introduction de la sonde est souvent difficile et plusieurs quarts d'heure sont nécessaires pour trouver l'ouverture. Cela tient à un spasme du bout supérieur, qui dure quelques heures et empêche l'écoulement de l'urine, mais qui cesse bientôt par le fait même qu'on a débridé le périnée. On peut aider à ce résultat en faisant prendre un lavement laudanisé. M. Verneuil introduit la sonde par le périnée d'abord et l'anastomose ensuite par les moyens ordinai-

tres avec une sonde introduite dans le pénis. Les chutes violentes sur le périnée ne sont pas rares chez les enfants, mais M. Verneuil n'a jamais vu chez eux de fistule périnéale ancienne. Il en a traité chez des adultes, mais n'a jamais eu besoin de recourir à l'autoplastie. L'uréthrotomie externe et une sonde à demeure lui ont toujours suffi. Dans son livre sur les *opérations chirurgicales d'urgence*, M. L. Thomas (de Tours) a résumé les leçons faites sur ce sujet par M. Verneuil. On y trouve le précepte de l'incision hâtive, dans les cas de contusion violente du périnée avec rétention d'urine. Si l'on opère de suite, il y a peu de sang ; si l'on attend deux jours, on aura une hémorrhagie.

M. LE FORT fait observer que l'incision du périnée peut être une opération grave par elle-même, lorsqu'il y a du sang et de l'urine épanchés, et surtout lorsque le foyer est déjà enflammé. Trois circonstances principales peuvent se présenter :

1° Il y a rupture de l'urèthre, indiquée par l'hémorrhagie par le méat, mais il n'y a pas rétention d'urine. On doit alors passer la sonde, si cela est possible, et la laisser à demeure.

2° Il y a rupture de l'urèthre avec rétention d'urine. Il faut tenter le cathétérisme s'il n'y a pas un épanchement de sang et d'urine considérable, ou recourir au moyen indiqué par M. Guyon dans son rapport, la ponction de la vessie; non la ponction avec l'appareil de Dieulafoy, mais l'ancienne ponction classique, moins dangereuse qu'on ne le croit. On doit tenir la même conduite lorsqu'à la suite d'une contusion de l'urèthre il s'est fait un léger épanchement de sang sans épanchement d'urine. Dans ces cas, la cicatrisation de l'urèthre se fait après cinq ou six jours, et l'on peut retirer le trocart.

3° Enfin, il y a rétention d'urine et une grande quantité de sang s'est épanché. Le chirurgien devra alors recourir à l'incision du périnée.

M. DUPLAY fait une incision jusqu'à la portion rompue du canal et tâche d'en rétablir séance tenante la continuité. Il a vu faire ainsi par M. Verneuil et M. Voillemier, et croyait jusqu'ici que c'était une pratique courante. Il ne se rappelle pas avoir vu de fistule persister après cette opération qu'il a déjà eu l'occasion de faire. Cependant il ferait quelques restrictions aux préceptes posés par M. Rochard : si on ne fait que soupçonner la rupture de l'urèthre, il peut être plus dangereux qu'utile d'inciser le périnée, et M. Duplay ne craindrait pas d'attendre quelques heures pour avoir une certitude. Dans deux cas de chute à califourchon sur le périnée avec rétention d'urine, il a obtenu la guérison par le simple cathétérisme. Il y a eu de l'hématurie, mais pas d'abcès du périnée.

M. TRÉLAT. Sur le fonds de la question, MM. Duplay et Verneuil semblent être le plus près de la vérité, et leur opinion peut se formuler ainsi : s'il n'y a pas infiltration d'urine, la conduite du chirurgien doit être réservée ; s'il y a infiltration d'urine, le précepte est de rigueur. M. Le Fort préfère la ponction ordinaire de la vessie à l'incision du périnée, mais sur deux malades que M. Trélat a traités ainsi, l'un a guéri après un traitement très-long et très-minutieux et des accidents graves, l'autre a succombé rapidement à un phlegmon des parois abdominales. La ponction de la vessie est une opération toujours discutée et peu faite. On peut heureusement en tourner l'indication. Comparant à ses résultats combien guérissent facilement les plaies du périnée, dans la taille, par exemple, M. Trélat préférerait l'incision à la ponction. Mais les préceptes formels ont le grand inconvénient de dispenser le chirurgien de regarder ce qui se passe, car tous les cas ne sont pas semblables. Si le chirurgien est certain qu'il y a rupture de l'urèthre, ou si seulement il doute, le plus sage est de fendre le périnée. S'il a assez d'expérience pour pouvoir être sûr qu'il n'y a pas rupture, il devra attendre et se conformer à ce qu'il verra.

M. ROCHARD n'a pas cherché à établir une priorité pour qui que ce soit, mais à formuler, pour un cas difficile et urgent, des préceptes que les jeunes chirurgiens sont habitués à chercher dans les discussions de la Société de chirurgie. M. Cras conseille, dans les cas légers et moyens, le cathétérisme, et, dans les cas graves, la section. Ces derniers seuls ont fait l'objet des observations présentées par M. Rochard, parce qu'ils sont les plus fréquents dans la pratique de la chirurgie navale. Non-seulement, le cathétérisme est nuisible, mais il est impraticable. On a beau suivre, avec toute la rectitude indiquée par les livres, la paroi supérieure de l'urèthre, il est impossible de glisser l'extrémité de la sonde sur le pont très-étroit qui seul subsiste ordinairement, et unit les deux portions de l'urèthre rétracté. D'ailleurs, dans les cas graves, l'indication est évidente ; le sang épanché en abondance, emprisonné par les aponévroses, se fraye une voie jusques dans les bourses, où il forme une tumeur considérable et noire. Si ce phénomène ne se produit pas, on peut attendre ; mais c'est ainsi dans les cas les plus fréquents.

Chez les enfants, les choses ne se passent pas comme chez les adultes, le périnée est moins large, le bulbe n'est pas développé, toutes ces parties sont beaucoup plus élastiques, enfin le tissu cellulaire est moins lâche et s'oppose mieux à l'infiltration urineuse.

Quant aux suites graves que pourrait avoir l'incision d'un foyer déjà enflammé, elles ne sont pas à craindre lorsqu'on opère dans les douze heures qui suivent l'accident, parce que le spasme qui s'est produit immédiatement existe encore et a préservé les foyers du contact de l'urine.

Enfin, l'hémorrhagie peut être abondante, mais on peut être certain cependant, en incisant sur la ligne médiane, de ne pas sectionner de vaisseaux importants.

M. GUYON, *rapporteur*. Cette discussion aura eu une utilité pratique et satisfera au désir exprimé par M. Cras, que l'opinion chirurgicale s'affirme et que les hommes d'expérience se prononcent. Quelques dissidences se sont produites sur l'opportunité de l'opération eu égard au diagnostic. Cependant les cas légers sont faciles à reconnaître, et il y a des cas graves où l'intervention active est imposée et il où il faut choisir entre le cathétérisme, la ponction et l'incision suivie de la recherche immédiate ou non des deux bouts. L'incision périnéale, même lorsqu'on ne trouve pas les deux extrémités de l'urèthre, soulage et permet d'attendre. Elle rend au malade le service de lui sauver la vie, si elle ne le guérit pas de suite. Le cathétérisme est la ressource la plus dangereuse. La ponction de la vessie sera faite si l'on ne veut pas fendre le périnée. Mais cette dernière opération peut être faite sans danger, et la recherche des deux bouts, si elle est pénible au moment de l'opération, devient plus facile après quelques heures, comme l'a dit M. Verneuil, sans attendre quelques jours, comme l'a conseillé M. Notta.

Quant à la question de priorité, elle est tout à fait secondaire, et M. Guyon ne la réclame pour personne.

M. LE FORT est d'accord avec ses collègues sur la nocuité du cathétérisme et sur l'utilité de l'incision médiane lorsqu'il y a épanchement d'urine et de sang abondant; il diffère d'opinion s'il n'y a pas épanchement sanguin, mais rétention d'urine absolue. Il reconnaît alors à la ponction hypogastrique plus d'avantage que de dangers. Il n'a vu qu'un seul cas de mort à la suite de cette ponction, mort due à ce que, malgré ses recommandations, la sonde avait été fermée par un fausset et que l'urine s'était épanchée dans le péritoine.

COMMUNICATION

De l'hémostase naturelle et définitive dans les opérations. — M. HOUZÉ DE L'AULNOIT (de Lille), membre correspondant, fait une communication sur un nouveau moyen d'hémostase à la suite des opérations pratiquées avec l'appareil d'Esmarch, auquel il donne le nom d'*hémostase naturelle définitive à la période ischémique*. Après une amputation, avant de desserrer la bande de caoutchouc, M. Houzé de l'Aulnoit rapproche les lambeaux qu'il maintient serrés par des bandelettes de diachylon et place le membre dans une position élevée, en annihilant les mouvements articulaires au-dessus de la plaie.

Ce moyen est applicable aux petites amputations, et même aux grandes, car l'auteur a fait ainsi une amputation de jambe sur un enfant, sans qu'il se soit produit d'hémorrhagie. Il suffirait de surveiller l'opéré et de réappliquer la bande de caoutchouc si le sang s'écoulait. Ce moyen permet d'obtenir sans inconvénient la réuion réellement immédiate des plaies.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour l'externat s'est terminé mardi dernier.

— Ont été nommés :

1. Leloir, Goy, Vimont, Brault (Marie), Boullet (Léon), Bourcy, Talamon, Robert (Alphonse), Bruneau, Dunoyer.

11. Sheahan, Assaky, Thibierge, Broussin, Chanut, Brocq, Girou, Degastel, Millet (Paul), Jamin.

21. Didier, Verrier, Ledoux, Mossé, Savard, Decaye, Bertheux, Hulot, Tisné, Rotillon.

31. Cailleret, Bénard, Desnos, Rouhet, Pignot, Aubeau, Boiteux, Lambin, Coiffier, de Lamer.

41. Doléris, Bougrand, Bourdel, Hème, Lacharrière, Mathieu, Bursaux, Ambresin, Marie, Gandonet.

51. Didion, Aigre, Perigord, Réal, Andouin, Cerné, de Brun du Bois-Noir, Richard, Métaxas, Labbé.

61. Inglessis, Régeard, Piogey, Boulay (Élie), Pellier, Guadalupe, Gendron, Verneuil, Méricamp, Labadie.

71. Marie, Valentin, Bézy, Mesnet, Boivin, Tartière, Crouzat, Pousson, Philippe-Lavallée, Veil.

81. De Pezzer, Braud (Aristide), Momon, Rodet, Negel, Baralt, Chevalier, Bottez, Manaud, Thuvien.

91. Pignol, Gourgues, Chantemesse, Rueff, Constant, Deladrière, Detourbe, Rivet, Fauqué, Kinzelbach.

101. Touaille de Larabric, Debierre, Véron, Barbe, Béchon, Wuillamier, Doucet, Giraudot, Mortel, Capitan.

111. Cheyron, Gérard, Piquechef, Schwing, Régis, Robert (Paul), Boulland, Alibert, Cambillard, Lecoq.

121. Rabère, Dagnicourt, Brochard, Angé, Dodré, Dubois, Niquet, Goureau, Monferrato, Pradignac.

131. Lefèvre, Berthelot, Gabourin, Moreau (Louis), Beauvallet, Courbatien, Brionne, Jegun, Gaillard, Petitclerc.

141. Ponpinot, Lagardère, Costilhes, Salnelle, Viard, Bouillet, Gérente, Vauthier, Ovion, Roy.

151. Guiteras, Beaudoin, Cayla, Moreau (Paul), Ott, Queyrat, Pineau, Pauvert, d'Olier, Reyne.

161. Séglas, Perier, Yvon, Renard, Miculesen, Boicesen, Olive, Paynel, Godet, Aysagner.

171. Bagnéris, Gilson, Toffier, Roux, Boyer, Vivien, Debort, de Gislain, Bourguet, Hue.

181. Perrachon, Laporte et Pierin.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — A la suite du dernier concours, ont été reçus :

Aides de clinique de la Faculté de médecine : MM. Guyot et Hypolyte.

— Des concours vont être ouverts à la Faculté pour les places d'aide d'anatomie et d'aide de physiologie devenues vacantes à la suite de ce concours.

— On annonce comme prochaine la nomination de M. Engel, agrégé de chimie à Nancy, au poste de professeur de chimie à la Faculté de Montpellier, devenu vacant par la démission de M. Béchamp, passé à l'Université catholique à Lille.

— M. le docteur Lapeyrère, qui tenait, il y a quelques années, une place si distinguée dans la presse médicale, vient de former une Maison des jeunes épileptiques, 4, rue de l'Abreuvoir, à Boulogne-sur-Seine.

— Le cours de *démographie* et de *géographie médicale* du docteur Bertillon, dont nous avons déjà annoncé l'ouverture, se fera *désormais* dans le local même de la Société d'anthropologie.

Il aura lieu tous les samedis, à cinq heures.

Dans la prochaine séance de samedi prochain 16 décembre, il continuera à traiter de l'influence comparée du célibat, du mariage et du veuvage sur la mortalité, et commencera l'importante question des mariages consanguins.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda-formulaire pour 1877 (27e année). — Édition enrichie d'un exposé de la *Méthode hypodermique*.

Cet exposé est un *Traité complet* sur la matière.

PRIX DES AGENDAS :

N° 1, reliure peau chagrinée, fermant au crayon, 3 francs. — N° 2, reliure peau chagrinée, à patte ou portefeuille, 3 fr. 50. — N° 3, le même, mais avec trimestres séparés mobiles, 4 francs. — N° 4, reliure peau chagrinée, portefeuille, poche en soie, petite trousse, 6 francs. — N° 5, le même, mais avec trimestres mobiles, 7 francs. — N° 6, reliure avec deux poches en peau à l'intérieur, trimestres mobiles, petite trousse, 8 francs. — N° 7, le même, avec maillechort, 9 francs. — Agenda broché, couverture imprimée, 1 fr. 75. — Agenda cahier plein, doré sur tranches, 2 fr. 50. — Agenda trimestres séparés, doré, recouvert en soie, 3 francs. — Paris, Adr. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 147. — MARDI 19 DÉCEMBRE 1876. 49e ANNÉE. MARDI 19 DÉCEMBRE 1876. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les épileptiques (1).

PARTICULARITÉS CLINIQUES. — ÉTAT MENTAL. — ACTES CRIMINELS.

§ 5. — *Epileptiques paralytiques.*

Il existe une variété d'épilepsie qui ne peut pas être désignée sous un autre nom que celui d'*épilepsie paralytique*. Elle n'a aucun rapport avec les accès épileptiformes qui marquent principalement le début et la fin de la paralysie générale des aliénés, et elle ne saurait non plus s'appliquer à ces hémiplégies et paraplégies temporaires qui traversent parfois l'existence des épileptiques et dont il sera tout à l'heure parlé incidemment.

Entrevue par M. Billod, qui en a déjà recueilli dix-sept observations, probablement soupçonnée par Morel, mais non décrite encore, cette épilepsie consiste dans des accès véritables de franc mal comitial, échelonnés dans le cours de la paralysie générale, signalant surtout la période prodromique de cette affection cérébrale, ou même précédant longtemps à l'avance les premières modifications caractéristiques qui inaugurent le plus souvent cette période prodromique. Elle est assez rare, eu égard à la très-grande fréquence de la paralysie générale, et elle se produit sous la forme d'accès isolés ou multiples. Les signes physiques de l'attaque convulsive sont identiquement ceux de la crise épileptique ordinaire. Quant aux troubles intellectuels, à l'amnésie, aux impulsions et aux actes de violence qui peuvent suivre l'accès convulsif, ils sont en tous points semblables aux phénomènes que j'ai précédemment décrits.

Dans un certain nombre de cas, si l'on est bien exactement renseigné par l'entourage du malade, on reconnaît qu'il s'est produit, très-longtemps avant la première attaque convulsive, des emportements paroxystiques insolites et des actes presque périodiques d'une violence anormale. En face d'une attaque d'épilepsie survenue à l'improviste et en dehors de toute cause alcoolique, chez un homme âgé de trente-cinq à quarante-huit ans, il y a donc toujours lieu de rechercher la préexistence de phénomènes épileptiques larvés. Quand on découvre ces accidents, on doit faire pressentir, s'il y a lieu, l'invasion ultérieure de la paralysie générale. Si même on ne les découvre pas, car le malade s'ignore lui-même et sa famille peut n'avoir tenu compte de rien, le fait seul d'une attaque convulsive à cet âge acquiert une importance pronostique trop considérable pour que l'on ne songe pas immédiatement à la possibilité plus ou moins prochaine d'une méningo-encéphalite chronique diffuse.

J'ai, comme tout le monde, ignoré très-longtemps le fait clinique qui précède. J'avais bien remarqué que quelques individus considérés par moi comme épileptiques, avaient fini par une paralysie générale classique, mais j'avais absolument méconnu la signification réelle des attaques convulsives chez ces prétendus épileptiques-là. En y réfléchissant aujourd'hui, j'avoue donc bien franchement qu'il m'est arrivé de prendre quelquefois pour des épileptiques des sujets déjà paralytiques ou en passe de le devenir. Depuis que mon attention est sérieusement éveillée sur ce point, j'ai vu défiler devant moi une douzaine de malades rentrant absolument dans la catégorie des épileptiques paralytiques.

Le fait qui m'a le plus frappé est celui d'un médecin, âgé de quarante-quatre ans, frappé soudainement d'une attaque d'épilepsie, et qui, avec une parfaite conscience de son état, est venu me confier le soin de sa santé. Je l'ai trompé, comme c'était mon devoir, sur le diagnostic et le pronostic de ce que nous avons appelé ensemble « sa névrose », mais j'ai pensé aussitôt à une épilepsie paralytique. Trois autres crises convulsives sont survenues dans l'espace de quinze mois. Le malade a ensuite fléchi intellectuellement, a présenté de l'amnésie, de l'inégalité pupillaire, un embarras très-léger de la parole, de l'insomnie, du tremblement de la langue et des mains, de l'incertitude de la marche, de la faiblesse générale et de l'amaigrissement. Il continuait à exercer la médecine et ne délirait pas, lorsqu'un jour il signa ainsi l'une de ses ordonnances : *Comte de Lorraine d'Alsace*. Sa famille est intervenue et l'a attiré dans une maison de campagne, non loin de Paris. Il ne s'est pas même aperçu de son changement de position ! Son existence se prolonge.

M. Billod a observé le cas suivant : un individu, ayant des accès paroxystiques de violence extrême, est un jour arrêté pour coups et blessures, examiné au point de vue médico-légal par MM. Billod et Daviers (d'Angers), et dirigé sur l'établissement d'aliénés du département de Maine-et-Loire. On constate successivement une exaltation très-grande par intervalles, sans délire appréciable, puis une attaque d'épilepsie, des halluci-

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 décembre.

nations de l'ouïe, de nouvelles crises convulsives des plus caractéristiques, et enfin de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole et du délire ambitieux. La paralysie générale a marché avec une grande rapidité et les idées de richesses ont persisté jusqu'à la fin. Le malade, en effet, promit plusieurs millions à l'aumônier qui venait de lui administrer les derniers sacrements, en lui disant : « Toute peine mérite salaire. »

L'autopsie a complétement confirmé le diagnostic.

Ce fait justifie ce qui a été dit ici tout à l'heure et présente ceci de particulièrement intéressant, c'est que l'épilepsie larvée, sous la forme d'accès de violence et d'impulsions irrésistibles, a préludé longtemps d'avance à l'épilepsie convulsive et à la paralysie générale.

Me voici arrivé à la relation clinique et médico-légale d'une observation extrêmement concluante. Le malade a donné lieu, en 1868, au procès le plus retentissant et il a passionné toute la presse de l'Europe. De nombreux mémoires et un ouvrage entier ont été publiés sur lui. Au milieu des débats les plus scandaleux et des opinions médicales les plus contradictoires et les plus irritées, une grande voix s'est fait entendre et a porté un diagnostic mathématiquement exact. L'autorité scientifique du clinicien n'a pas prévalu, et un arrêt a donné tort à sa manière de voir; mais, à l'heure révélée par lui, la marche de l'affection cérébrale, la mort et le caractère des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, sont venues démontrer une fois de plus que la justice n'est point infaillible et que la médecine n'est plus un art conjectural, Je vais résumer sommairement cette observation et ne point cacher le nom du malade, car il doit y avoir quelque part une famille intéressée à la réhabilitation posthume du condamné :

Le comte Gustave Chorinski, fils du gouverneur de la basse Autriche, a éprouvé dans l'enfance des convulsions de nature épileptique. Atteint à six ans de la fièvre typhoïde, il délira et perdit complétement les dispositions musicales extraordinaires dont il avait fait preuve auparavant. Son médecin, le docteur Turckeim, tira de lui alors cet horoscope : « Voilà un enfant qui devra être traité toute sa vie comme un aliéné. » Indocile, inconsistant, fantasque, impressionnable, emporté, passant en quelques minutes d'un extrême à l'autre, il fut toujours pour son précepteur un sujet d'étonnement, de chagrin et d'inquiétude.

A peine pubère, il se lance dans les aventures galantes les plus romanesques. S'il rencontre de la résistance, il pleure, se dépite, supplie et menace de se suicider. S'il réussit, il s'exalte et se montre à la fois jaloux et enfantin, obséquieux et tyrannique. Ses exigences sont désordonnées. Des transports les plus enthousiastes, il passe sans transition à l'indifférence, au dégoût et à la haine. Toujours placé au faîte de deux états opposés, il saute d'un pôle à l'autre. Son tempérament intellectuel semble répugner aux situations intermédiaires, aux sages moyennes.

Tendre ou véhément, Chorinski inspirait quelque peur à ses maîtresses. Un jour, une certaine baronne veut rompre avec lui, et le voilà qui se désespère, s'évanouit, a des convulsions et perd connaissance. Et cependant, le lendemain même, il rencontre pour la première fois une fille Proboska et il s'en déclare épris. Une autre fois, chez une veuve galante, il se frappe avec des ciseaux, tombe et demeure inanimé. Exprimant à des femmes les sentiments les plus passionnés dans des lettres de vingt pages et donnant un libre cours aux idées les plus excentriques, il leur envoie volontiers les rognures de ses ongles, des poils de sa barbe ou quelques détritus cutanés.

D'une intelligence un peu au-dessous de la moyenne, d'un caractère faible, il est chevaleresque à ses heures. Officier au service de l'Autriche, il s'engage dans l'armée papale au moment où s'élève le conflit entre Rome et l'Italie. Son colonel l'a vu passer de la plus incoercible agitation au plus profond affaissement. Versatile, capricieux, impatient, menteur, prodigue, violent, dominé par sa nature instinctive, il ne sut point conquérir l'estime de ses chefs et la sympathie dévouée de ses compagnons d'armes.

Les jours d'orages, lorsque le ciel était sillonné d'éclairs, il ressentait d'inexprimables terreurs, se roulait par terre et criait que le feu était partout. On était obligé de le maintenir alors dans la plus complète obscurité. Son émotivité était extraordinaire. Ses accès d'irritabilité et de colère se résumaient dans des actes agressifs vis-à-vis de ses frères et sœurs. Plus d'une fois, dans le salon de son père, il lui est arrivé de se précipiter sans motif aucun sur les personnes présentes et de les mordre cruellement. Ce n'était plus cependant un enfant alors : il avait de vingt-cinq à trente ans.

Il épouse sa concubine, l'actrice Marie Ruoff, qu'il prétendait aimer jusqu'à l'adoration, puis il la délaisse, songe à briser sa chaîne, accable sa femme de mépris et la tourmente pour l'obliger à accepter un divorce. Il venait de rencontrer Julie Ebergogny et avait conçu pour elle la passion la plus violente. La comtesse Chorinski oppose la force d'inertie aux plus injurieuses obsessions.

Un projet criminel est arrêté. Chorinski est en Autriche, et Julie Ebergogny est en Bavière. Des lettres compromettantes sont échangées entre les deux amants et un envoi de fruits renfermant du poison est fait à la comtesse. La victime de ce lâche guet-à-pens ne tarda point à succomber. Julie Ebergogny fut soupçonnée, arrêtée, jugée à Vienne et condamnée à vingt ans de détention. Avait-elle agi de son propre mouvement ou n'était-elle pas l'instrument d'une volonté étrangère? Toujours est-il que le mari s'était réfugié en Bavière, qu'on s'empara de lui et que la justice retint l'affaire, en se basant sur ce fait que le crime avait été commis à Munich. Au moment de son arrestation, Chorinski portait sur sa poitrine quelques chiffons, épaves frivoles de liaisons surannées, un livre de messe, un rosaire et une prière composée à son intention et pour son usage par Julie Ebergogny.

En prison, il frappa presque aussitôt tout le monde par ses emportements et ses enfantillages. On le vit, la face congestionnée, se rouler par terre et mordre les draps de son lit. Ses accès de fureur étaient subits, non motivés, et, d'après le gardien qui l'a surveillé, ils étaient suivis parfois d'un état syncopal.

Traduit devant la cour d'assises de Munich, Chorinski paraît gai, expansif, loquace, insouciant du péril qu'il court, et ne semble humilié qu'à la pensée d'être pris pour un fou ; il s'agite, outrage des témoins, ne pense qu'à Julie Ebergogny et ricane lorsqu'on lui affirme qu'elle a été condamnée. Il a en somme une attitude choréique et donne la mesure de son impétuosité. Ses anciennes maîtresses paraissent à l'audience et affirment qu'elles ont été fréquemment terrifiées par ses colères furieuses, et qu'elles l'ont vu notamment se rouler sur le parquet, mordre des meubles, déchirer ses vêtements, etc.

Les médecins-experts sont introduits et exposent des opinions divergentes sur l'état mental et sur le degré de responsabilité de l'accusé. MM. Martine, Solbrig et Gulden repoussent complétement l'hypothèse de la folie et admettent la culpabilité consciente. M. Meyer estime que la justice est placée en face d'un malade, qui ne saurait être envoyé que dans un établissement d'aliénés. M. Morel, aliéniste français éminent, cité à la requête de la défense, dépose en allemand et affirme que Chorinski a accompli fatalement et périodiquement des actes de la plus grande excentricité et de la plus insigne folie ; que son discernement apparent n'exclut pas la déraison ; qu'il l'a vu dans l'espace d'une heure passer par toutes sortes de péripéties ; qu'il est incapable de dominer ses penchants ; qu'il a fait preuve dans sa complicité criminelle d'une imprévoyance tout à fait maladive et que sa participation à l'empoisonnement de la comtesse a eu lieu sans le concours de la liberté morale. Le savant médecin de l'asile de Rouen ajoute : « A ses crises de violence, il ne manque que l'*ictus epilepticus* pour que le diagnostic soit absolument inattaquable. L'accusé est tantôt incohérent et furieux comme un maniaque, et tantôt il est doux comme un enfant, pleure et demande la permission de vous appeler son père, son frère, son ami. Il est héréditairement prédisposé à l'aliénation et il est irresponsable. »

Un débat clinique et médico-légal très-vif s'engage alors, et à bout d'efforts, M. Morel, de concert avec M. Meyer, réplique une

dernière fois, et, malgré la présence de Chorinski à l'audience, fait entendre ces terribles et prophétiques paroles : « L'accusé est atteint d'une affection cérébrale qui se manifestera un jour avec des caractères indubitables pour tous, la congestion cérébrale et probablement le ramollissement cérébral. Dans quinze ou dix-huit mois, dans deux ans au plus, le malade succombera. »

Chorinski fut condamné à quinze années de réclusion. Il mourut en prison, dix-huit mois après; et à son autopsie, M. le docteur Hagen constata toutes les lésions anatomiques les plus caractéristiques de la méningo-encéphalite chronique diffuse.

Le médecin francais avait donc scientifiquement battu les médecins allemands, dans leur propre pays, et en parlant leur propre langue.

Honneur à la mémoire de Morel !

L'épilepsie paralytique est certainement une réalité clinique. Dès 1838, Scipion Pinel avait observé le cas de Louis M..., épileptique depuis trois ans, dont les accès étaient rares, mais très-violents, qui finit par éprouver de l'affaiblissement intellectuel, du tremblement de la langue, de l'embarras de la parole et de la titubation de la marche. Pendant cinq mois et demi, il présenta à Bicêtre les symptômes les plus évidents de la paralysie générale. Il succomba, et l'on rencontra à l'autopsie les lésions les plus significatives de la méningo-encéphalite chronique diffuse.

M. Billod a rendu un véritable service en signalant un point pratique dont l'interprétation avait été méconnue jusqu'à lui, mais il doit achever son œuvre et publier ses observations. M. J. Falret compte quelques exemples de cette variété d'épilepsie, et je vais moi-même poursuivre mes recherches et recueillir lentement de nouveaux faits. Un jour viendra, et la lumière aura lui. La science n'est-elle pas la fille du temps?

Comme question absolument indépendante de celle qui précède et sans vouloir en aucune façon établir le plus faible lien avec elle, je dois rappeler ici, et tout à fait incidemment, que certains épileptiques sont frappés à l'improviste d'hémiplégie ou de paraplégie. Ces paralysies doivent être beaucoup moins le fait de la névrose elle-même, ainsi que l'a fait remarquer Valleix, que des congestions répétées des centres nerveux et des lésions qui en résultent. Elles cessent le plus souvent de la manière la plus rapide et la plus inattendue, même sans traitement, mais elles peuvent facilement récidiver. Je viens d'en observer un exemple qui à plus d'un titre pourra paraître probant.

Un sieur B..., jugé épileptique par un grand nombre de médecins, depuis 1865, condamné une première fois pour vol, traité en 1870 à la Pitié, par M. Lasègue, pour une paraplégie, s'évade de l'hôpital le 23 mai 1871, mène une vie d'aventures, est placé à l'asile de Ville-Evrard et s'en évade, puis est séquestré à Bicêtre et s'en évade également, est arrêté pour vol qualifié et passe devant la cour d'assises de la Seine, le 18 novembre 1875. Pendant l'audience, après la déposition d'un témoin à charge, B... se lève tout à coup, fait mine de se déshabiller et tombe foudroyé. La cour rend séance tenante un arrêt qui renvoie l'affaire à une autre session et qui nous commet, MM. Motet, Blanche et moi, pour procéder à l'examen médico-légal de l'accusé. B... est renvoyé à Bicêtre, et, le 9 janvier 1876, il est soudainement frappé de paraplégie avec insensibilité à la peau. Au bout de soixante-quatorze jours, bien que l'on n'ait opposé à son état que l'expectation pure et simple, il put faire quelques pas au bras d'un infirmier. En quarante-huit heures il était guéri. Soumis depuis le mois de mai dernier à un traitement bromuré, il est aujourd'hui calme, lucide et raisonnable.

D'après les conclusions du rapport qui vient d'être déposé par les médecins-experts, après une année d'observations, B... a quitté Bicêtre et a été remis à la disposition de la justice.

Enfin, les hémiplégies épileptiques, qui quelquefois atteignent de très-jeunes enfants, m'ont semblé plus tenaces et beaucoup plus durables que les paraplégies. Il y a encore là un point clinique qui n'a pas été suffisamment étudié, et sur lequel il importe de diriger l'attention des observateurs.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Des phénomènes spinaux dans les affections cardiaques.

(Leçon recueillie par M. A. Gros, lauréat de l'École de médecine.)

Messieurs, cette faiblesse que notre n° 19 de la salle Ailland éprouve dans les membres inférieurs; ce sentiment de pesanteur qu'il y accuse alors que ces membres un peu amaigris ne présentent aucune infiltration; ces douleurs plus ou moins étendues, mais jamais violentes qu'il y ressent, le matin surtout, ne proviennent ni d'un rhumatisme dont elles ne nous offrent pas plus les mouvements fluxionnaires que les localisations articulaires, ni d'une stase veineuse dans les points qui paraissent affectés et où vous le chercheriez en vain. Leur cause première est plus haut; c'est dans la moelle qu'il faut la placer; leur cause première est l'affection cardiaque dont notre malade est atteint et qui agit en troublant la circulation spinale. Nous avons donc ici un exemple de phénomènes spinaux dans les affections cardiaques.

Les faits de ce genre sont assez nombreux, mais ils sont d'habitude mal dessinés; des symptômes faibles ou transitoires se perdent alors au milieu d'un état grave et douloureux; c'est ce qui nous donne la raison du silence ordinairement gardé sur cette question. Ouvrez vos livres classiques, vous n'y trouverez pas ou presque pas de notions sur les phénomènes spinaux dans les affections cardiaques. Cependant ces phénomènes existent; ils sont physiologiquement très-faciles à expliquer; ils sont cliniquement très-difficiles à reconnaître. Leur description sommaire, leur explication, leur diagnostic : voilà les trois points de leur histoire que je désire mettre en relief devant vous aujourd'hui.

I

Les symptômes spinaux que nous rencontrons chez nos cardiopathes méritent d'être considérés dans leur siége, dans leur forme et dans leur évolution.

Comme siége, vous avez remarqué qu'ils ont une prédilection spéciale pour les membres inférieurs et qu'ils se montrent d'ordinaire des deux côtés à la fois.

Comme forme, ils peuvent se manifester par des troubles soit isolés, soit simultanés de la sensibilité et du mouvement.

Les troubles de la sensibilité sont des douleurs, des anesthésies ou des sensations subjectives.

De ces trois symptômes, le plus fréquent est la douleur, c'est même le seul dont l'existence soit, à mon sens, incontestable. Dans les cas rares où nous avons constaté soit de petites plaques d'anesthésie, soit du prurit ou d'autres sensations plus ou moins grossies et transformées par l'imagination des malades, on pouvait se demander si l'alcoolisme chez l'homme et l'hystérie chez la femme n'avaient pas à réclamer leurs droits. Quant à la douleur, ordinairement modérée, tantôt spontanée, tantôt provoquée par la pression, bien plus que par les mouvements, elle occupe soit les articulations, soit les intervalles, et paraît parfois siéger dans la profondeur des

membres. Elle peut se concentrer aussi sur la région lombaire.

Du côté de la motilité, nous avons rencontré des paralysies incomplètes ou parésies, des crampes et des contractures.

De ces trois symptômes, le plus commun est la parésie. Le terme très-doux de parésie est encore trop fort ici; le plus souvent il ne s'agit que d'un peu de faiblesse avec sensation d'engourdissement; l'exercice au lieu de l'augmenter l'atténue. Par exception, nous avons rencontré des crampes, une seule fois de la contracture.

Il ne m'est pas prouvé que la lésion spinale provoque aussi des troubles dans les viscères, tels que ceux qui peuvent résulter d'une atonie vésicale ou intestinale; et c'est précisément parce qu'elle n'en détermine pas, que je ne suis pas disposé à croire qu'elle puisse augmenter les troubles cardiaques et la dyspnée qu'éprouvent les malades.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'évolution de ces symptômes spinaux, nous nous apercevons bien vite qu'elle ne leur appartient pas en propre. Les cas de spinopathie cardiaque, dont il est difficile de préciser le nombre parce que, parmi eux, il en est beaucoup de légers et de douteux, ne se montrent pas de bonne heure. Règle générale, quand on les observe, il y a déjà des signes d'une pneumopathie assez avancée et d'une stase veineuse bien manifeste, sinon dans les membres, au moins dans les vaisseaux du cou, et d'une stase capillaire avec œdème des extrémités.

C'est à cette stase veineuse et capillaire que leur évolution paraît liée. Je n'ai à noter ici qu'un fait particulier, c'est qu'ils m'ont paru être parfois plus prononcés le matin que le soir, contrairement à ce qui a lieu pour l'engorgement veineux, surtout aux membres inférieurs. Ils ne parviennent jamais à un bien haut degré d'intensité et de gravité.

A côté de cette forme ordinaire de symptômes fréquents et variés, mais en somme assez légers, d'autres phénomènes spinaux peuvent exceptionnellement se présenter; ce sont ceux d'une paralysie subite, complète et incurable, le plus souvent limitée aux membres inférieurs. Ces cas sont rares; je n'en ai jamais observé, mais il en existe. Témoin le fait présenté par Auguste Voisin à la Société anatomique. Il s'agit d'une paraplégie avec incontinence d'urine; à l'autopsie, on a trouvé un anévrysme de la pointe du cœur, l'ossification des artères qui se distribuaient à la moelle et la diffluence des trois quarts inférieurs de l'arbre spinal. Une embolie peut aboutir au même résultat.

Il y a un troisième ordre de phénomènes qui ont été signalés, mais que je n'ai jamais rencontrés, je veux parler d'accès épileptiformes qui seraient attribués à une épilepsie spinale; il faut encore des observations et des études pour établir le fait.

II

Il est facile, messieurs, d'expliquer les troubles spinaux que je viens de vous indiquer. Il me suffira, dans ce but, de vous rappeler deux notions, l'une clinique et l'autre anatomique.

Vous remarquerez d'abord que les symptômes dont nous venons de parler ne sont pas propres aux affections cardiaques. J'ai eu occasion de vous faire observer des phénomènes analogues dans deux ordres d'affections bien différentes par leur nature et où encore ils ne sont pas assez connus : l'emphysème et l'impaludisme.

Dans l'emphysème pulmonaire, on ne les rencontre que lorsque la dyspnée est parvenue à un haut degré d'intensité, alors qu'il y a distension des veines jugulaires, et il est naturel de les placer sous la dépendance d'une congestion des veines intra-rachidiennes.

Dans l'impaludisme, où la congestion de la rate est, avec celle du poumon, le phénomène le plus saillant d'une série de congestions viscérales dont nous avons ensemble, l'année dernière, poursuivi l'étude; on a de bonnes raisons pour supposer aussi que la congestion n'est pas étrangère à leur production.

Évidemment, ces symptômes communs dans trois affections différentes par leur nature ne peuvent s'expliquer que par une lésion commune pouvant exister également dans les trois maladies, et cette lésion quelle est-elle, sinon une congestion?

Voilà ce que la clinique nous porte à présumer; et c'est également la déduction naturelle de ce que l'anatomie nous enseigne. L'anatomie, en effet, nous apprend qu'il y a peu d'organes aussi riches en veines, aussi disposées à subir l'influence d'une stase dans les gros troncs veineux que le sont les veines du rachis.

En effet, les veines du rachis, qui correspondent aux branches pariétales de l'aorte, sont disposées en trois séries : les intra-rachidiennes, les extra-rachidiennes postérieures, et les extra-rachidiennes antérieures. Les intra-rachidiennes très-nombreuses, disposées en plexus, présentent d'une manière générale quatre canaux longitudinaux reliés par quatre canaux transversaux. Vous voyez que ce système, considéré dans son origine, est très-riche, et partant, très-bien disposé pour les congestions.

Considérons-le maintenant dans sa terminaison. La plupart des veines du rachis aboutissent aux veines azygos.

Parmi les veines extra-rachidiennes antérieures, remarquables par les communications qu'elles établissent entre les deux veines caves, deux viennent frapper l'attention qui doivent probablement à ce qu'elles ont été découvertes l'une après l'autre d'avoir été appelées impaires ou azygos, et que la différence de leurs dimensions a fait distinguer en grande et petite. La grande azygos s'étend de la colonne lombaire, où elle prend naissance à la veine cave supérieure, où elle se termine immédiatement au-dessus du péricarde. C'est à la grande azygos qu'aboutissent la petite azygos et la plupart des intercostales. Il en résulte que la stase et le reflux du sang dans la veine cave doivent immédiatement se faire sentir sur tout le système veineux rachidien, et que cette influence serait même extrêmement forte si la nature n'avait placé une assez grosse valvule dans la grande veine azygos, un peu au-dessous de son embouchure et au-dessus de celle du tronc des veines intercostales droites.

Rien n'est donc plus facile que d'expliquer par une congestion veineuse la plupart des symptômes spinaux que l'on rencontre dans les affections cardiaques. C'est là un épisode dans l'histoire de la pléthore veineuse que produisent ces maladies.

Quant aux phénomènes de paralysie brusque, complète et localisée, que l'on y observe par exception et qui ont pour cause directe des foyers de ramollissement, ils sont évidemment dus à des oblitérations artérielles, comme le cas d'Auguste Voisin en est une explication et une preuve.

III

Mais ces phénomènes morbides, si faciles à expliquer physiologiquement, sont au contraire très-difficiles à reconnaître cliniquement et à distinguer des symptômes spinaux déterminés par d'autres causes. Le diagnostic présente ici plus de difficultés que la pathogénie, et j'en vois deux raisons. D'abord, ces symptômes assez légers arrivent d'ordinaire au milieu d'un nombreux cortége d'accidents graves et passent inaperçus;

ensuite, il y a beaucoup de troubles spinaux qui leur ressemblent et peuvent provenir de causes bien différentes.

Comment les distinguer d'abord des troubles apportés à la sensibilité et à la motilité des membres inférieurs par la stase veineuse avec œdème de ces membres? La stase veineuse provoque de la gêne parfois très-grande et une faiblesse apparente due à la difficulté de mouvoir des membres infiltrés.

Ce n'est, pour certains symptômes, qu'une question de degrés : douleur au lieu de gêne, faiblesse au lieu de lourdeur. Pour d'autres, c'est une question de siége, et les douleurs lombaires acquièrent ici une grande importance. Pour d'autres encore, c'est une question d'évolution : il n'y a pas de subordination, mais simplement une coïncidence assez fréquente entre les variations qu'ils subissent et les variations que présente l'infiltration des membres. On rencontre, enfin, parfois des troubles spéciaux, tels que les crampes.

Comment encore les distinguer des phénomènes produits directement par le rhumatisme?

Le rhumatisme, et j'entends par là uniquement ses localisations dans les membres, ne produit que des douleurs et pas des anesthésies. Ces douleurs ne sont pas fatalement bilatérales; aux membres, elles occupent ordinairement les articulations; au tronc, où elles sont musculaires, elles augmentent par le mouvement et non par la pression. Dans la spinopathie cardiaque, au contraire, il paraît se former des plaques d'anesthésie; il y a certainement des douleurs bilatérales des membres inférieurs, qui ne restent pas limitées aux articulations, il y a des douleurs lombaires qu'exaspère la pression.

Les troubles de la motilité dans le rhumatisme sont des crampes ou des contractures, souvent de fausses paralysies dues à la douleur, jamais de paralysies vraies ni de parésies. Dans la spinopathie cardiaque, au contraire, les contractures sont exceptionnelles, les crampes rares et les parésies habituelles.

La méningite spinale chronique d'origine rhumatismale nous présente un diagnostic plus difficile encore. C'est là une affection plus commune qu'on ne pense et beaucoup de prétendus lumbagos lui appartiennent. On peut rencontrer dans les deux affections exactement les mêmes symptômes; cependant, en y regardant de près, on notera des différences dans leur intensité, leur ténacité et leur mobilité. On devait, en effet, retrouver ici la distance qui sépare la congestion de l'inflammation; la congestion aux allures plus rapides, aux oscillations plus grandes, au déplacement plus facile; l'inflammation plus limitée, plus fixe, plus persévérante.

Mais bien qu'on puisse observer dans les deux cas le même cortége de symptômes, il y a certains signes qui appartiennent plus spécialement à l'une ou l'autre affection, où ils prédominent et peuvent éclipser les autres. C'est ainsi que, dans la méningite, on peut plus facilement provoquer une douleur par la pression sur la colonne vertébrale; que la douleur spontanée et l'analgésie qui rend insensible aux divers stimulants, peuvent coexister sur le même point; que les crampes sont plus intenses, les contractures fibrillaires plus nombreuses.

Enfin, dans l'évolution de la méningite spinale, en même temps qu'on observe des symptômes plus circonscrits et plus tenaces, on remarquera qu'ils n'ont aucun rapport avec la marche de la pléthore veineuse générale.

Les troubles spinaux assez communs de l'alcoolisme présentent aussi une certaine ressemblance avec les phénomènes de la spinopathie cardiaque. Ils déterminent aussi dans les membres inférieurs des altérations de la sensibilité et de la motilité. Mais du côté de la sensibilité, ils produisent des plaques d'anesthésie et des sensations sujectives bien plus que des douleurs; du côté de la motilité, des contractures, des contractions fibrillaires et des tremblements bien plus que de la paralysie. Ils sont enfin accompagnés de tremblement des membres supérieurs, de vomissements matutinaux, d'un aspect particulier du visage et de la langue et d'un cortége de symptômes qui éclairent le praticien.

Les affections des voies urinaires, par les douleurs lombaires qui les annoncent et les parésies réflexes qu'elles produisent, peuvent d'autant plus facilement conduire à des erreurs de diagnostic qu'elles accompagnent souvent les affections cardiaques. L'analyse des urines est seule ici capable de nous fixer.

C'est un examen local non-seulement de l'utérus, mais encore et surtout des ovaires, qui seul permettra d'établir le diagnostic; dans d'autres cas, les affections de l'appareil génital interne chez la femme étant susceptibles aussi de provoquer des parésies par action réflexe, en même temps que des douleurs dans les lombes et les membres inférieurs. Cependant cette parésie peut aller jusqu'à la paralysie complète, que la spinopathie cardiaque ne produit pas, ou bien la paralysie apparente n'est, en réalité, qu'une contracture. De son côté, la douleur occupe de préférence le genou et la partie antérieure de la cuisse; elle est le plus souvent unilatérale.

L'hystérie, qui simule tant d'affections, peut bien aussi se faire passer pour de la synopathie cardiaque, mais elle détermine des plaques d'anesthésie constantes et non pas exceptionnelles et, sur la voie des paralysies, elles va rapidement jusqu'à la privation complète de la motilité. Il est dans sa nature de marcher par brusques saccades et de ne pas s'arrêter en chemin. A des chutes subites peuvent succéder aussi des guérisons spontanées. Le cortége des symptômes concomitants, la boule, le clou, les attaques, l'exploration de la sensibilité ovarienne et surtout de l'ovaire gauche, voilà autant d'éléments de diagnostic que le praticien ne devra pas négliger.

Et alors même que toutes ces causes d'erreur auront été écartées, le diagnostic pourra présenter encore des difficultés qui tiendront à l'insuffisance des signes constatés. C'est ce qui nous arrive pour notre n° 24 de la salle Ailland. Ce malade nous accuse, en effet, des douleurs bilatérales dans le tronc et les membres inférieurs, mais il n'éprouve aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité; il n'a notamment pas de parésie, et ses douleurs ont augmenté alors que la stase veineuse a diminué au cou et aux extrémités. C'est un de ces cas où, pour ne pas porter un diagnostic hasardé, il faut savoir attendre.

En résumé, la spinopathie cardiaque forme un chapitre peu connu et fort difficile dans l'histoire de la pléthore veineuse provoquée par les affections du cœur. Bien qu'elle ne présente pas de phénomènes graves, elle mérite d'être étudiée, car la science doit être sans lacunes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 décembre 1876. — Présidence de M. Cl. Bernard.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

Arthrite de l'articulation de l'axis avec l'atlas prise pour une hématomyélie. — M. Hayem rappelle qu'il y a quelques années M. Charcot, dans ses cours, a montré que les hémor-

rhagies médullaires étaient presque toujours la conséquence d'une inflammation. Peu de temps après, M. Hayem réunissait, dans sa thèse d'agrégation, tous les cas prétendus d'hématomyélite, et cherchait à prouver que cette affection n'était pas encore absolument démontrée. En effet, certains malades peuvent présenter tous les signes de l'hématomyélite, depuis son début apoplectiforme, et être atteints en réalité d'une tout autre affection. Ainsi, le cas que présente aujourd'hui M. Hayem a été considéré par la plupart des médecins qui l'ont observé, comme un cas d'hématomyélite.

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui, en descendant son escalier, son enfant sur les bras, fut prise d'un étourdissement et tomba sur la tête. Quand on la releva, elle accusa une très-vive douleur à la nuque, et elle était paralysée des quatre membres, raide comme une planche, suivant ses propres expressions, et ne pouvait plus parler. Après quelques jours, elle recouvra l'usage de la parole, la contracture cessa, puis elle ne présenta plus qu'une paralysie flasque, absolue. La paralysie portant également sur les muscles intercostaux, cette femme ne respirait plus qu'à l'aide de ses scalènes et de ses sterno-mastoïdiens. Il n'y avait pas d'antécédents particuliers. Toutefois, dix-huit mois auparavant, elle avait été atteinte d'une attaque analogue à la suite de laquelle elle était restée légèrement hémiplégique du côté droit. Dans son enfance elle avait présenté quelques signes de scrofule.

En l'examinant, M. Hayem reconnut qu'elle était atteinte d'une affection cardiaque, d'un rétrécissement avec insuffisance mitrale.

Le diagnostic pendant la vie présentait donc de réelles difficultés. La plupart des médecins qui l'examinèrent, admirent l'existence d'une hémorrhagie médullaire. M. Hayem croyait plutôt à celle d'une hématomyélite. Or, l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une arthrite de l'articulation de l'axis avec l'atlas. La moelle, au-dessous du bulbe, était comprimée par une tumeur osseuse que formait une hypertrophie de l'apophyse odontoïde. Il y avait une véritable hydarthrose de cette articulation. Cette saillie osseuse, formée par l'apophyse odontoïde hypertrophiée, comprimait la moelle entre le premier et le second nerf cervical. Il y avait eu là une véritable contusion occupant une étendue de cinq millimètres en hauteur, plus accentuée du côté droit que du côté gauche de la moelle.

Cette femme est morte douze jours après l'accident, par asphyxie lente. Elle n'avait pas eu d'eschares de formation rapide au sacrum; elle présentait seulement quelques écorchures dans des points qui ne supportaient pas de pression. C'était tantôt la pupille droite qui était dilatée, tantôt la pupille gauche. Plusieurs fois, elle avait failli succomber subitement asphyxiée, entre les bras des infirmières qui, pour faire son lit, la soulevaient ou plaçaient sa tête dans certaines positions. Alors même qu'on eût été mis sur la voie du diagnostic, il eût été impossible, par l'examen du pharynx, de constater pendant la vie, l'existence de cette lésion. M. Hayem croit pouvoir rattacher à la scrofule cette altération osseuse de l'apophyse odontoïde.

Disposition du tissu spongieux dans les os. — M. DURET présente des pièces qui montrent que le tissu spongieux des os offre une disposition ogivale parfaitement en rapport avec les pressions que ces os ont à supporter.

De la direction centripète et centrifuge de la sensibilité dans les nerfs. — M. BERT chercha il y a une douzaine d'années à résoudre, à l'aide d'expériences sur les animaux, la question de savoir si l'ébranlement communiqué à des nerfs peut cheminer dans les deux sens, dans le sens centripète et dans le sens centrifuge. En d'autres termes, le pincement du bras par exemple, communique-t-il aux nerfs un ébranlement à la fois dans le sens centripète et dans le sens centrifuge? Le premier point étant depuis longtemps résolu, le second seul restait à déterminer; mais pour cela, il fallait trouver le moyen de placer, en quelque sorte, un cerveau au bout des doigts. Voici donc l'expérience que, dans ce but, pratiqua M. Bert : après avoir écorché l'extrémité de la queue d'un rat, il la replia sur le dos de l'animal, et l'y fixa en faisant, sur ce dos, une petite plaie qui permît à la queue de prendre racine, pour ainsi dire. Après le temps nécessaire pour que la circulation sanguine s'établit définitivement entre cette extrémité de la queue et la partie du dos à laquelle elle était ainsi fixée, M. Bert coupa cette queue en deux parties égales, l'une restant normalement à sa place, l'autre étant fixée par son extrémité à la partie médiane du dos. Interrogeant dès lors la sensibilité de cette dernière, il n'obtint d'abord aucun résultat appréciable ; mais quelques jours après, sous l'influence du pincement de cette partie de la queue fixée à son dos, l'animal se retournait et cherchait à mordre non pas l'extrémité pincée, mais le point d'union de la queue avec la ligne médiane du dos. M. Bert crut pouvoir conclure de cette expérience que la sensibilité se meut normalement, aussi bien dans le sens centrifuge que dans le sens centripète.

Toutefois, il se fit à lui-même cette objection, que les nerfs ainsi coupés pouvaient bien être régénérés, comme on l'observe à la suite de la section des nerfs dans les opérations chirurgicales. Alors il renouvela l'expérience en prenant soin d'attendre huit mois avant de couper la queue de l'animal. En admettant dès lors que la sensibilité du bout de la queue fixé au dos fût due à la régénération des nerfs de la plaie du dos, on devrait, en l'interrogeant, obtenir une sensibilité immédiate. Il n'en est pas ainsi : une fois la section pratiquée, la portion de la queue fixée au dos est insensible jusqu'à 1 centimètre de la peau, et ce n'est que le surlendemain qu'elle est sensible dans toute son étendue. Le surlendemain, cette sensibilité est même exagérée et l'animal fuit devant lui lorsqu'on pince l'extrémité de cette nouvelle queue. M. Bert se croit donc en droit de maintenir ses premières conclusions.

M. ONIMUS fait observer que la sensibilité constatée par M. Bert, dans cette expérience, pourrait bien être due à quelque filet nerveux du voisinage de la cicatrice, et serait alors simplement une sensibilité de sens centripète. Ce qui porte M. Onimus à admettre à cette opinion, c'est l'exagération de cette sensibilité constatée deux jours après la section de la queue. C'est là, en effet, ce qu'on observe quand on sectionne des parties même dépourvues de nerfs, telles que cartilage ou tendons, au milieu de tissus enflammés.

M. HÉNOCQUE, relativement à la comparaison que vient de faire M. Onimus, dit que jusqu'ici aucun fait n'est venu prouver la sensibilité des tendons. Les exemples qui en ont été donnés se rapportent tous à des sections faites autour des tendons, et la sensibilité constatée en pareil cas est due aux nerfs qui se trouvent autour des ligaments, mais il est bien démontré aujourd'hui qu'il n'existe pas de nerfs dans les tendons.

M. POUCHET, revenant à la communication de M. P. Bert, dit qu'il lui paraît impossible d'admettre que ce soit les mêmes nerfs qui conduisent la sensibilité dans les deux sens, dans le sens centripète et dans le sens centrifuge. C'est non pas sur les nerfs, mais sur un tube nerveux individuel qu'il faudrait pouvoir expérimenter pour s'éclairer en pareil cas.

Une discussion s'engage à ce sujet entre MM. P. Bert, Pouchet et Onimus.

M. BERT se propose d'éclairer la question par l'examen microscopique des nerfs contenus dans le bout de la queue fixé au dos de l'animal.

De la couleur verte. — M. P. BERT, attendant un soir un omnibus à lanternes vertes, fut frappé qu'à une grande distance, ces lanternes au lieu d'être vertes, parussent être bleues. A mesure que la voiture s'approchait de lui, cette couleur bleue s'atténuait et la couleur verte devenait de plus en plus apparente.

Voici l'explication que M. Bert croit pouvoir donner de ce fait :

Le vert est, comme on le sait, un composé de bleu et de jaune, à une certaine distance les yeux ne perçoivent pas le jaune, et le bleu seul est perçu.

Nécrose du larynx dans la fièvre typhoïde. — M. LEVEN a observé récemment un cas grave de fièvre typhoïde ayant offert quelques particularités intéressantes. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui, entre autres symptômes graves de la fièvre typhoïde, avait présenté sur diverses parties du corps du purpura et des pustules ayant une grande tendance à la gangrène. Ce jeune homme succomba subitement à un accès de suffocation ayant pour cause un œdème de la glotte. Il eut un premier accès auquel il résista, mais il succomba au second accès. A l'autopsie on constata une né-

crose du larynx. M. Leven fait remarquer ce fait singulier de l'existence d'une nécrose du larynx chez un typhoïsant dont les plaques de Peyer étaient à peine ulcérées.

De la coloration du sang. — M. MALASSEZ fait une communication tendant à prouver que, pour déterminer la coloration du sang, on peut parfaitement comparer au spectroscope, l'hémoglobine avec une solution de picrocarminate.

M. BERT, à cette occasion, fait observer qu'en médecine légale il faut bien se garder de s'en rapporter uniquement à l'analyse spectrale d'une substance que l'on croit être du sang, puisque le spectroscope donne des résultats identiques pour diverses substances, comme le prouve la comparaison sur laquelle est basée la méthode de M. Malassez pour déterminer la coloration du sang.

Mesure des différences de niveau du fond de l'œil. — M. BADAL fait une communication sur la mesure des différences de niveau du fond de l'œil, à l'aide de l'ophthalmoscope à réfraction, et montre quelles facilités résultent pour de semblables calculs de l'introduction du système métrique en ophthalmologie.

Si l'on appelle N et N' les numéros des lentilles de l'ophthalmoscope qui rendent parallèles les rayons partis de deux points de l'intérieur de l'œil, la différence de niveau entre ces deux points est égale à *trois dixièmes de millimètres multiplié par N-N'*.

On peut, de cette façon, calculer de tête, séance tenante, l'épaisseur d'un décollement de la rétine, la profondeur d'une excavation glaucomateuse, la saillie d'une tumeur intraoculaire, etc.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

SANTÉ PUBLIQUE.

PARIS (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 14 décembre 1876, il a été déclaré 870 décès, soit 24.4 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 4. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 62. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 50. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Angine couenneuse, 25. — Croup, 32. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 208. — Affections chroniques, 376, dont 154 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 51. — Causes accidentelles, 24.

— NICE (49,230 hab.). — Décès du 16 au 30 novembre, 57.

— LONDRES (3,489,428 hab.) — Décès du 3 au 9 décembre 1876, 1,446, soit 21.6 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 50. — Scarlatine, 42.

— NEW-YORK (1,065,444 hab.). — Décès du 5 au 11 novembre, 415 décès, soit 20.2 par 1,000 hab. et pour l'année.

Scarlatine, 11. — Diphthérie, 21.

— VIENNE (690,205 hab.). — Décès du 25 novembre au 2 décembre 1876, 366, soit 27.6 par 1000 hab. et pour l'année.

Variole, 26.

— ROME (262,428 hab.).— Décès du 13 au 19 novembre 1876, 184, soit 36.5 décès pour 1,000 hab. et par année.

— BUDA-PESTH (300,000 hab.). —Décès du 26 novembre au 2 décembre 1876, 203 décès, soit 35.2 décès pour 1,000 hab. et par année. — Rougeole, 5.

— BRUXELLES. (188,609 hab.) — Décès du 26 novembre au 2 décembre 1876, 87 décès, soit 23.9 décès par 1000 hab. et par année.

Variole 6.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médico-chirurgicale de Liége (Belgique) vient de juger les travaux envoyés au concours de 1876. Nous sommes heureux d'apprendre que l'ouvrage couronné est dû à la plume d'un de nos confrères de Paris, M. le docteur Adolphe Piéchaud, professeur de clinique des maladies des yeux, un de nos collaborateurs actifs.

Le mémoire couronné a pour titre : *Essai sur les cataractes traumatiques*, et paraîtra prochainement en librairie.

— *École des hautes études.* — M. Boutroux (Louis-Désiré-Léon), ancien élève de l'École normale supérieure, agrégé des sciences physiques, est chargé des fonctions d'aide-préparateur du laboratoire de chimie physiologique, en remplacement de M. Calmettes, démissionnaire.

M. Joliet (Louis-Lucien), licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de zoologie expérimentale, en remplacement de M. Villot, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Aubergier, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de chimie vacante. Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Schneider, docteur ès sciences, est chargé du cours de botanique et de zoologie, en remplacement de M. T. Monnier.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Coutenot, professeur de clinique interne, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Gauderon, suppléant des chaires de clinique et de pathologie interne.

— *École de medecine de Caen.* — Ont été proclamés lauréats de l'École :

Elèves en médecine, 1re année. — 1er prix : M. Leprévost. — 2e prix *ex æquo* : MM. Lhirondel et Thomas.

2e année. — 1er prix : M. Carlier.

Prix Le Sauvage. — 1er prix : M. Carlier. — 2e prix : M. Mauny.

Élèves en pharmacie, 1re année. — 1er prix *ex æquo* : MM. Mullois et Salmon.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Bertrand, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1876-77, par M. Huguet, suppléant des chaires de chimie, pharmacie et matière médicale à ladite école.

— *École de médecine de Lyon.* — M. Charpy, docteur en médecine, est délégué, pendant l'année scolaire 1876-77, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Jouvin, ancien pharmacien en chef de la marine, ancien professeur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, est nommé professeur de pharmacie, en remplacement de M. Malapert, décédé.

Un concours sera ouvert le 1er juin 1877, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle. — Le régistre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Sont nommés internes des hôpitaux : MM. René et Thiébaut. — Interne provisoire : M. Muller.

— M. le docteur Riembault, médecin du lycée de Saint-Étienne est nommé chirurgien dudit lycée (emploi nouveau).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1877. — Prix : broché 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise, 2 francs. — Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 francs.

Reliures diverses. — No 1, maroquin à coulisseau avec crayon doublé en papier, 3 francs. — No 2, maroquin à patte, avec crayon doublé en papier, 3 fr. 50. — No 3, *id.*, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75. — No 4, *id.*, en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille, 4 fr. 50. — No 5, *id.*, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en soie, 4 fr. 75. — No 6, *id.*, et petite trousse, doublé en soie, 5 francs. — No 7, *id.*, et petite trousse, doublé en maroquin, 7 francs. — No 8, *id.*, et petite trousse avec fermoir avec maillechort, 9 francs. — Paris, P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. De l'insuffisance mitrale. — Traitement de l'eczéma sec de la face. — De la valeur de la cautérisation modificatrice appliquée au traitement de la fistule lacrymale. — REVUE DE LA PRESSE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie n'a pas attendu la construction de son nouveau palais pour renouveler de fond en comble son mobilier : et elle l'a fait avec un grand luxe. Les anciens bancs, étroits et durs, ont été remplacés par de vastes fauteuils en acajou, élégants et commodes, où chacun aura sa place marquée et devant soi une table à pupitre, coquettement tapissée en drap vert. Mais la salle paraît aujourd'hui trop petite; car c'est à peine si quelques auditeurs pourront se presser dans l'étroit espace réservé encore au public.

On avait d'abord à procéder à l'élection d'un vice-président et de deux membres du conseil (car, le secrétaire annuel, M. Henri Roger, étant rééligible, il est toujours maintenu dans ses fonctions par acclamation).

Le bureau proposait comme vice-président M. Baillarger, comme membres du conseil MM. Barthez et Alphonse Guérin. Tout le monde était d'accord pour approuver ces choix, aucune opposition ne devait se produire, et cependant, suivant les termes du règlement, il a fallu perdre une heure et demie à trois scrutins par appel nominal.

Le dernier quart de la séance a été du moins bien rempli. M. Laboulbène a entretenu l'Académie, pièces en mains, d'un fait très-rare, dont l'interprétation a été surtout discutée par M. Gubler. Il s'agit d'un homme qui, par mégarde, avait avalé deux ou trois gorgées d'acide sulfurique, et qui a vomi, environ quinze jours plus tard, un lambeau étendu, d'apparence membraneuse, considéré par M. Laboulbène comme représentant les membranes internes de la plus grande partie de l'estomac, détachées par sphacèle. M. Gubler voudrait y voir une simple pseudo-membrane, semblable à celles de la diphthérie; mais l'opinion de M. Laboulbène nous paraît beaucoup plus probable.

Chose étrange, ce malade que nous sommes allés voir ce matin même, nous a déclaré n'avoir jamais beaucoup souffert sauf au moment où il allait vomir cette membrane. Il n'a surtout jamais éprouvé aucune douleur répondant du côté du dos, à un niveau quelconque, sauf une névralgie intercostale du septième espace gauche, qui a duré quelques jours, vers la troisième semaine après l'accident.

Aujourd'hui, il n'en souffre plus; et sur aucun point du rachis nous n'avons découvert de sensibilité à la pression. Nous aurons bientôt à revenir sur cette histoire clinique si remarquable.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

De l'insuffisance mitrale.

I

La présence dans nos salles de plusieurs malades atteints d'insuffisance mitrale m'engage à vous parler aujourd'hui de cette affection.

Un des sujets qui serviront de point de départ à cette leçon est une femme de vingt-sept ans, qui a quitté le service depuis quelques jours, mais qui, si vous vous le rappelez, présentait une anasarque presque généralisée, de la cyanose, de la dyspnée, une tuméfaction considérable du foie, et chez laquelle, indépendamment d'une matité très-étendue du niveau de la région précordiale et un déplacement de la pointe du cœur, dans le cinquième espace intercostal et dans la direction de la ligne mamelonnaire, on constatait un souffle systolique parfaitement net, parfaitement caractérisé au point même où avait lieu le choc du cœur.

En présence de ces signes et des commémoratifs dont la malade nous avait fait le récit, j'avais diagnostiqué une insuffisance mitrale consécutive à une endocardite contractée dans le cours d'une grossesse. Sous l'influence du repos, des diurétiques, des préparations de digitale, les phénomènes d'asystolie n'ont pas tardé de cesser, l'œdème a disparu, et la malade a pu quitter le service très-améliorée, sinon guérie.

Le second malade, dont je vous citerai l'exemple, est un homme de cinquante-cinq ans, qui était couché au n° 28 de la salle Sainte-Jeanne et qui présentait également des signes fort accusés d'insuffisance mitrale. Il était entré à l'hôpital sous le coup d'une attaque d'asystolie, en proie à une dyspnée, à une cyanose intenses, présentant un œdème des membres inférieurs, et de plus, une tuméfaction du foie telle, que l'épigastre et l'hypochondre droits étaient bombés et faisaient une saillie si prononcée, qu'on pouvait croire de prime-abord à quelque tumeur hépatique. Ces phénomènes s'étaient manifestés à la suite d'une bronchite contractée trois semaines avant l'entrée à l'hôpital. On percevait à l'auscultation les mêmes symptômes que chez la malade précédente; comme chez cette dernière, un traitement par le repos, la digitale et les diurétiques fit cesser en quelques jours l'attaque d'asystolie.

Enfin, nous avons encore dans nos salles deux malades qui présentent cette particularité commune avec ceux dont je viens de vous entretenir, que tous deux sont affectés d'un bruit de souffle au premier temps et à la pointe du cœur. Ces deux malades sont entrés, il y a environ six semaines, pour une même affection, un rhumatisme articulaire aigu généralisé et fébrile, dans le cours duquel nous avons vu survenir tous les signes d'une endocardite mitrale compliquée, chez l'un et chez l'autre, quoique à des degrés différents, d'une péricardite et d'une pneumonie double.

Chez ces malades, après la disparition de l'état aigu, après une amélioration notable des accidents pulmonaires et cardiaques, nous avons vu persister un bruit de souffle à la pointe et à gauche.

Tous deux présentent également un certain degré d'hypertrophie du cœur ; la pointe bat, en effet, un peu à gauche du mamelon, dans le quatrième espace intercostal chez l'un, dans le cinquième chez l'autre. La matité transversale n'est pas sensiblement augmentée. Du reste, il n'existe aucun phénomène consécutif de stase veineuse ni de congestion pulmonaire ou hépatique, et l'on est en droit de dire que, dans ces deux cas, l'altération du muscle cardiaque consiste simplement dans un certain degré d'hypertrophie du ventricule gauche.

Tel est l'état sommaire que présentaient ou que présentent actuellement ces malades, et déjà vous avez pu remarquer que tous offraient un phénomène commun, consistant dans l'existence d'un bruit de souffle à la pointe du cœur et à gauche. Ce bruit de souffle, qui se produit d'une façon très-nette pendant la systole ventriculaire, est le signe propre d'une insuffisance mitrale. Si nous examinons ce qui s'est passé chez ces malades, nous voyons que, chez chacun d'eux, il est survenu une endocardite. Chez les deux, cette endocardite a été manifestement la conséquence d'un rhumatisme, tandis qu'elle s'est développée d'une manière tout à fait insidieuse, chez les deux premiers : pendant le cours d'une grossesse chez l'une, sans cause appréciable chez l'autre. Mais, quelle que soit la nature de l'endocardite qui est venue frapper la valvule mitrale, celle-ci a toujours subi des lésions de structure importantes qui consistent dans un épaississement des valves qui la constituent, dans la prolifération des cellules du tissu conjonctif qui entre dans leur composition, puis dans une organisation de ce tissu de nouvelle formation en tissu fibreux, et enfin dans une rétraction de la valvule. Il est également fréquent de voir survenir une adhérence des valves de la valvule, soit entre elles, soit avec les parois du ventricule ; les cordages tendineux peuvent aussi être adhérents, rétractés, ou même rompus.

Eh bien, nous pouvons affirmer que, chez ces quatre malades, il s'est produit quelque chose de semblable, et que chacun présente soit un retrait, soit un épaississement de la valvule mitrale, peut-être même quelques végétations fibrineuses ou du tissu conjonctif à sa surface, et que, sous l'influence de ces lésions, peu à peu cette valvule est devenue insuffisante et impuissante à empêcher le reflux du sang du ventricule dans l'oreillette. Il peut d'ailleurs survenir d'autres lésions susceptibles de faire naître une insuffisance mitrale. Telle est, par exemple, l'endocardite ulcéreuse lorsqu'elle est suivie d'une perforation de la valvule. Telles sont encore les altérations athéromateuses qui s'établissent d'une façon lente et insidieuse par le fait d'une altération de nutrition, qui est fréquente surtout chez les vieillards, ou bien la rupture d'un anévrysme développé dans l'épaisseur même de la valvule. Ce sont là, en effet, tout autant de lésions qui peuvent agir pour empêcher l'occlusion parfaite de l'orifice mitral et permettre le passage du sang de la cavité ventriculaire dans l'oreillette.

Voyons maintenant ce qui se produit dans tous les cas où il existe une insuffisance mitrale. Au moment de la systole ventriculaire, le sang, au lieu de passer en totalité dans l'aorte, est lancé en partie dans l'oreillette, mais à ce moment celle-ci n'est pas vide ; le sang y arrivant par les veines pulmonaires, elle se trouve, au contraire, dans un état de réplétion relatif. D'autre part, ce sang auriculaire a subi une pression de la part du ventricule droit. D'où il résulte qu'il existe dans l'oreillette gauche un degré de tension qui peut même être assez prononcé. Il s'ensuit que le liquide, chassé du ventricule dans l'oreillette, rencontrant la colonne sanguine qui débouche dans la cavité auriculaire par les veines pulmonaires, qu'il tend à la refouler, et que le ventricule gauche se trouve soumis à une pression anormale résultant de ce conflit. Par conséquent, si la systole ventriculaire est assez énergique pour surmonter l'obstacle qui s'oppose au retour du sang, pour vaincre la tension de l'oreillette gauche, il y aura un refoulement du sang dans cette cavité et dans les vaisseaux qui y débouchent.

Par suite, la pression sera augmentée dans l'oreillette et, de proche en proche, dans les veines pulmonaires, dans les capillaires du poumon, dans l'artère pulmonaire et dans le ventricule droit. Toutes ces parties de l'appareil circulatoire subiront peu à peu un certain degré de dilatation, qui portera principalement sur l'oreillette gauche. Le ventricule droit, gêné dans sa déplétion, sera d'abord le siége d'une hypertrophie compensatrice, moins prononcée toutefois que celle qui survient dans certains cas de rétrécissement mitral.

Mais pour que de pareilles modifications de structure aient lieu, il faut que l'insuffisance mitrale soit assez prononcée ; car, si celle-ci est légère, la mince colonne de sang que laisse passer la valvule mitrale ne rencontre pas dans la masse de sang que contient l'oreillette et dans le degré de tension de ce liquide des obstacles suffisants pour que sa force de projection soit épuisée, et ne puisse modifier que d'une manière insensible la circulation pulmonaire. Dans ces conditions, il surviendra une dilatation très-légère de l'oreillette gauche, mais le ventricule droit ne subira ni dilatation ni hypertrophie ; le ventricule gauche seul, obligé de supporter le léger excès de pression qui résulte du conflit des sangs ventriculaire et auriculaire, à travers la valvule insuffisante, s'hypertrophiera dans une certaine mesure. Tel est le cas des deux derniers malades que je vous ai cités, qui tous deux sont affectés d'une hypertrophie limitée à la cavité ventriculaire gauche. Les choses peuvent rester dans cet état pendant un temps très-long, pendant un grand nombre d'années ; mais qu'une cause quelconque, et notamment une maladie des bronches, des poumons ou de la plèvre, vienne entraver la circulation pulmonaire, gêner la déplétion du ventricule droit, vous verrez cette insuffisance mitrale légère concourir d'une manière efficace à la stase du sang dans la petite circulation.

Vous voyez donc qu'une insuffisance mitrale organique est toujours une chose sérieuse, soit prochainement, soit à longue échéance ; il est donc nécessaire que je vous apprenne à reconnaître cette importante lésion. Par quels signes se traduit-elle?

Eh bien, vous avez vu que, chez chacun de nos malades, il existait un bruit de souffle systolique à la pointe du cœur, et à gauche. Tel est, en effet, le principal signe de la lésion cardiaque que nous étudions en ce moment. Il se produit toutes les fois que l'insuffisance est assez prononcée et que la contraction du ventricule gauche se fait avec une énergie suffi-

sante. Ce sont là deux conditions essentielles pour qu'il y ait production d'un souffle. Au moment de la systole ventriculaire, au moment où le sang est lancé à travers l'orifice aortique et l'ouverture auriculo-ventriculaire insuffisante, il y a une vibration qui s'établit au niveau des valves, soit qu'elles vibrent par elles-mêmes, soit que cette vibration soit produite par la colonne sanguine en passant d'un espace plus rétréci dans un espace plus large. Ce bruit existe pendant toute la durée de la systole ventriculaire; il a lieu à la pointe du cœur et à gauche. Et, à propos de son siége, j'appellerai votre attention sur ce fait que, dans les cas d'insuffisance légère, si vous cherchez le bruit de souffle, à l'endroit précis où a lieu le choc du cœur, vous ne le percevez que d'une façon imparfaite, et même pas du tout. Dans les cas où ce souffle est très-doux, il faut, pour le constater, s'éloigner du point indiqué par les auteurs comme le lieu d'élection du premier bruit du cœur. La contraction ventriculaire, le redressement des valvules tricuspides, le claquement de ce qui reste de la valvule mitrale, en un mot, tous ces bruits qui constituent le premier bruit du cœur, sont autant de causes qui vous empêcheront d'entendre le souffle d'une insuffisance légère. Aussi est-ce *très à gauche* et même presque dans l'aisselle que vous devez aller le chercher. Ce souffle peut d'ailleurs présenter les degrés d'intensités les plus divers; tantôt très-doux, il est parfois tellement rude, qu'il mérite le bruit de râpe de scie de lime, que lui ont donné les auteurs. Ces souffles intenses sont dus à la contraction énergique du ventricule gauche, à l'induration des membranes valvulaires, et enfin à une étroitesse moyenne de l'orifice qui établit la communication entre les cavités du cœur gauche, toutes conditions éminemment favorables à la production d'un bruit rude. Telles sont les raisons pour lesquelles le souffle de l'insuffisance est infiniment plus fort que celui du rétrécissement, qui d'ailleurs est toujours soit diastolique, soit présystolique.

Quand le souffle de l'insuffisance mitrale est très-intense, on peut constater en même temps, par la palpation, un frémissement cataire, qui se perçoit à la pointe du cœur et qui se prolonge pendant la totalité ou une partie de la durée de la systole ventriculaire. Mais, pour qu'il existe, il faut que le souffle soit très-intense et la vibration des valvules très-prononcée. Ce phénomène n'est d'ailleurs pas propre seulement à l'insuffisance, car on peut l'observer encore dans le rétrécissement. Mais c'est un fait plus rare : l'oreillette gauche n'ayant généralement pas assez d'énergie pour produire en se contractant des vibrations très-fortes.

D'après ce que je viens de vous dire, vous comprenez très-bien qu'indépendamment de ce signe fourni par l'auscultation, on constate tous les phénomènes propres à une hypertrophie. Suivant le degré de l'insuffisance, vous trouverez les signes d'une hypertrophie faible ou forte qui portera surtout sur le ventricule gauche. C'est alors que vous verrez la pointe du cœur battre non plus dans le quatrième, mais dans le cinquième espace intercostal, quelquefois même dans le sixième, et se rapprocher de plus en plus de la ligne mamelonnaire qu'elle pourra même dépasser.

Enfin, si la lésion cardiaque est plus prononcée encore, s'il existe des troubles profonds dans la circulation pulmonaire, à la modification de volume que le cœur gauche a subie, viendra se joindre une dilatation avec hypertrophie du ventricule droit; et vous constaterez tous les phénomènes qui indiquent une augmentation de volume généralisée du muscle cardiaque, à savoir un accroissement du diamètre transversal, un choc de la pointe perceptible dans une très-grande étendue et parfois un bruit de souffle à droite dénotant une insuffisance de la valvule tricuspide.

Mais l'insuffisance mitrale peut ne pas toujours relever d'une lésion de la valvule qui ferme la communication entre les deux cavités du cœur gauche. Autrement dit, il n'est pas toujours nécessaire qu'une endocardite soit venue frapper cette membrane valvulaire pour qu'il y ait un passage anormal du sang du ventricule dans l'oreillette. Il est, en effet, des cas dans lesquels l'insuffisance résulte simplement d'une dilatation du ventricule gauche, tantôt avec amincissement des parois, tantôt avec un certain degré d'hypertrophie, et on a vu des exemples d'insuffisance dans lesquels l'examen le plus attentif n'a fait découvrir aucune lésion appréciable de la valvule mitrale. Ces faits exceptionnels sont dus à ce que le ventricule et l'oreillette s'étant dilatés, l'orifice auriculo-ventriculaire s'est lui-même agrandi, entraînant ainsi une insuffisance fonctionnelle indépendante de toute lésion directe de la valvule.

L'insuffisance mitrale se présente-t-elle toujours avec tous les signes que je viens de vous indiquer? Non, car il est des cas dans lesquels le souffle fait complétement défaut et est remplacé par un silence absolu. Si vous voulez bien réfléchir un peu, vous comprendrez très-bien comment il peut en être ainsi. Il peut arriver, en effet, qu'il y ait un équilibre suffisant entre la tension du sang dans l'oreillette gauche et la pression exercée par l'ondée rétrograde. Aucune vibration ne pourra alors se produire. C'est ce que vous observez chez les malades qui ont une insuffisance très-légère, et alors que la contraction cardiaque se fait avec calme et régularité comme dans l'état de repos. Mais que ces mêmes cardiopathes soient soumis à un effort quelconque, à un exercice un peu violent, à une émotion morale vive, à toute cause, en un mot, d'excitation cardiaque, le souffle de l'insuffisance deviendra perceptible, parce que, les systoles devenant plus énergigues, l'équilibre sera rompu.

Une autre condition, dans laquelle le bruit du souffle peut également disparaître, est la suivante : lorsque la contraction ventriculaire est devenue tout à fait insuffisante par le fait d'une dilatation de cette cavité, résultant elle-même d'une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires et par conséquent d'une altération de la musculature du cœur, on conçoit que le reflux du sang se fait du ventricule dans l'oreillette avec une telle faiblesse, qu'aucune vibration ne puisse se produire et que la lésion vasculaire reste muette.

Lorsque la stéatose du cœur n'est pas très-avancée et que la faiblesse des systoles est due pour une partie à un défaut d'innervation, on pourra parfois, au moyen des préparations de digitale, rendre aux contractions cardiaques une énergie suffisante pour déterminer le retour du bruit de souffle.

Il faut enfin que je vous signale l'absence de bruit de souffle, dans le cas d'insuffisance très-considérable, lorsque l'anneau est très-dilaté et que la valvule mitrale est elle-même détruite au point de vue fonctionnel par l'ulcération des adhérences à la paroi ventriculaire ou une rétraction extrême. Dans de telles conditions, le retour du sang dans l'oreillette se fait si facilement à travers un orifice si large, qu'aucune vibration ne peut se produire.

Traitement de l'Eczéma sec de la face (Hardy).

Eau distillée	40	grammes.
Glycérine neutre	20	—
Protonitrate de mercure	5	centigrammes.

Ne pas se raser, mais couper la barbe avec des ciseaux. Faire, matin et soir, sur les parties malades des lotions avec une décoction

tiède de laitue (une laitue pour un litre d'eau), et les faire suivre de l'application avec le doigt d'une cuillerée à café du mélange ci-dessus.

DE LA VALEUR DE LA CAUTÉRISATION MODIFICATRICE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE (1)

Par le docteur E. Chamoin.

Conclusions. — A part certains cas exceptionnels d'obstruction primitive du canal nasal, la tumeur et la fistule lacrymales reconnaissent pour cause de production : 1° l'inflammation de la muqueuse ; — 2° Les rétrécissements et oblitérations du canal nasal doivent être regardés, la plupart du temps, comme la conséquence de l'inflammation. Ils constituent des complications fâcheuses de la maladie; — 3° La principale indication du traitement est celle-ci : combattre la phlegmasie des voies lacrymales; — 4° La seconde indication, qui ne sera jamais négligée lorsqu'elle se présentera, consiste dans l'emploi des moyens destinés à rendre au conduit rétréci son calibre normal; — 5° On remplira la première indication en modifiant franchement la vitalité de la muqueuse enflammée à l'aide des caustiques : le nitrate d'argent solide nous paraît mériter ici la préférence; — 6° Dans les cas graves de dacryocystite chronique avec épaississement lardacé des parois, il y a avantage à agir directement sur toute la face interne du sac, à travers une ouverture de sa paroi antérieure; — 7° Cette ouverture sera pratiquée avec le bistouri et dans le point le plus déchiré. L'incision se ferme très-rapidement, et laisse au bout d'un temps très-limité, une cicatrice linéaire à peine visible; — 8° La seconde indication sera satisfaite par la combinaison des diverses méthodes de canalisation, suivant les cas, à la cautérisation modificatrice.

REVUE DE LA PRESSE

Des abcès rétropharyngiens chez les enfants (J. Bokai). — A l'hôpital des Enfants-Malades, à Pesth, l'auteur a observé, de 1854 à 1876, 144 abcès rétropharyngiens.

Dont : 129 idiopathiques.
3 consécutifs à des inflammations suppurées du cou.
4 à la suite de spondylites.
7 après des scarlatines.
1 autour d'un corps étranger.

Sur ce nombre : 102 furent ouverts par le pharynx avec le bistouri, 5 par la seule pression du doigt, 19 s'ouvrirent spontanément, enfin 11 ne s'ouvrirent point.

11 cas se terminèrent par la mort, 122 guérirent et 13 malades sortirent pendant le cours du traitement.

I. *Précautions à prendre pour explorer le pharynx.* — Le diagnostic de ces abcès est fort difficile. L'étroitesse du pharynx chez les enfants de un à deux ans, son irritabilité lorsqu'il est enflammé, rendent illusoires les résultats que peut donner l'inspection. Il est indispensable de pratiquer le toucher avec l'extrémité de l'index. La chose est facile et bien dangereuse pour des enfants de un à deux ans. A un âge plus avancé, les morsures sont redoutables, surtout dans les cas de diphthérite. Pour les éviter, on porte un des index par le vestibule de la bouche jusqu'en arrière des grosses molaires et on abaisse la langue. En plaçant ensuite entre les mâchoires le manche d'une cuiller ou un petit bâton de bois recouvert d'un linge, on évite les morsures. Il est toujours indispensable de faire cette exploration avec précision et célérité.

Dans aucun cas, on ne négligera de s'assurer quel est l'état des ganglions cervicaux.

II. *Marche et symptômes.* — Les caractères et la marche des abcès rétropharyngiens diffèrent suivant les individus. Certains évoluent en deux ou trois jours. D'autres ne se montrent qu'une quinzaine après les premiers symptômes d'angine. Les abcès secondaires marchent les plus lentement de tous.

Les troubles fonctionnels du début tiennent plutôt à la douleur qu'à la gêne mécanique. L'allaitement des enfants à la mamelle devient impossible. Ils prennent le sein, mais l'abandonnent après une ou deux gorgées et se mettent à crier. A un âge plus avancé, les boissons chaudes ou acides sont rejetées immédiatement par la bouche et les narines. On voit des enfants rester des jours entiers sans prendre d'aliments. D'autres fois, la maladie marche assez vite pour arriver à son terme sans produire de dysphagie.

Le *timbre de la voix* subit une modification particulière à laquelle Schmitz a donné le nom de *son palatin*. Plus l'inflammation est intense, plus l'œdème des parties du pharynx est marqué et plus ce changement de la voix est caractéristique. Le timbre est toujours moins obscur, moins profond, moins guttural que dans les paralysies du palais. Elle n'a pas non plus la raucité de la voix croupale. Jamais les abcès pharyngiens ne produisent l'aphonie complète.

La *dyspnée* a peu de valeur diagnostique. Les adénites ou les abcès de la partie supérieure du pharynx gênent le passage de l'air par les fosses nasales, de sorte que, pendant le sommeil, les enfants tiennent la bouche constamment ouverte et font entendre un ronflement sonore. Lorsque ce dernier symptôme se présente brusquement chez un enfant qui n'avait point antérieurement les amygdales volumineuses, il est d'une très-grande valeur. Plus la marche de l'angine est aiguë, plus l'enfant est jeune, plus la dyspnée est intense. Elle est dangereuse lorsque l'abcès siége au voisinage de la glotte. L'accumulation de mucosités dans le pharynx l'augmente quelquefois; il survient brusquement de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques. L'auteur a vu une petite fille de huit mois présenter cette complication. Elle eut, outre les phénomènes asphyxiques habituels, des convulsions qui disparurent après l'ouverture artificielle de l'abcès et ne se montrèrent point depuis lors. La toux, les dégurgitations, les vomissements sont des symptômes inconstants.

Les abcès rétropharyngiens à marche aiguë produisent souvent de la *rigidité du cou*. Quand on explore au toucher la région sous-maxillaire. On trouve des ganglions dont le volume varie depuis celui d'un haricot jusqu'à celui d'une châtaigne. Du même côté, il y en a souvent plusieurs. Les abcès à marche torpide des scrofuleux produisent des tumeurs ganglionnaires superficielles et ordinairement bilatérales. Dans ces cas, le diamètre du cou est élargi, la tête immobile, et rejetée en arrière. Lorsqu'on la fléchit de force en avant, les enfants résistent souvent ou exagèrent la dyspnée.

Malgré le peu de renseignements que fournit l'inspection simple, on ne doit cependant pas les négliger. Elle permet de constater l'état des amygdales de la bouche, du voile du palais; lorsque l'on peut abaisser convenablement la langue, ce qui, par malheur, est rare, on aperçoit la saillie de la tumeur du pharynx.

Chez une petite fille de dix-huit mois, Bokai put constater à la vue une petite tache jaunâtre. C'était là que l'ouverture était sur le point de se faire, et, en la ponctionnant, avec le bistouri, il évacua très-rapidement la collection purulente.

Au toucher, les abcès rétropharyngiens présentent les caractères suivants : ils sont résistants, lisses à la surface, situés le plus souvent sur les côtés du pharynx, presque jamais sur la ligne médiane. Ceux qui suivent une marche aiguë sont très-sensibles à la pression. Ils s'étendent en avant et en bas, au point de remplir à moitié la lumière du pharynx. Les abcès siégeant sur la ligne médiane forment la saillie la plus forte. L'auteur exerce une pression sur les parties externes du cou, en même temps qu'il explore le pharynx avec l'index de l'autre main; de cette manière, la *fluctuation* est rendue évidente.

II. *Symptômes fonctionnels.* — La *fièvre* se montre au début dans les cas aigus seuls, mais elle arrive toujours au moment où l'abcès se forme. Dans 143 cas, la température rectale fut de 38°2 avant l'ouverture de l'abcès; dans un seul cas, elle atteignit 39°. La fièvre suit d'ailleurs la même marche que la suppuration.

Les *troubles digestifs* dépendent essentiellement de l'intensité et de la durée de la dysphagie.

Les *phénomènes nerveux* ne se présentent que chez les malades

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Adr. Delahaye.

atteints d'une dyspnée intense. Bokai a vu dans ces cas des convulsions, de la somnolence et trois fois une *hémiplégie faciale*.

IV. *Diagnostic.* — Les abcès rétropharyngiens, surtout ceux qui surviennent dans le cours de la scarlatine, sont presque toujours masqués par la diphthérie. Pour peu que le cas soit grave, les tissus sont profondément mortifiés. L'haleine est fétide; un écoulement sanieux de mauvaise odeur se fait par la bouche. C'est alors que l'on doit songer à la formation d'un abcès et pratiquer le toucher. La même remarque peut s'appliquer à l'angine diphthéritique primitive. Pourtant les abcès rétropharyngiens sont si rares dans cette maladie, que Bokai n'a jamais eu l'occasion d'en voir.

Les caractères énumérés ci-dessus sont notablement modifiés lorsque les abcès arrivent à la suite d'un mal de Pott cervical. Les symptômes de l'affection vertébrale précédent longtemps la formation des abcès rétropharyngiens. La dysphagie, l'altération du timbre de la voix, les difficultés respiratoires, permettent de soupçonner la formation d'une collection purulente derrière la paroi postérieure du pharynx, lorsqu'ils arrivent brusquement chez un petit malade atteint depuis longtemps de spondylite. — (*Alleg. Wien. méd. Zeitung*, 1876, n° 38, 39, 40 et 41.)

Un fœtus fusillé dans l'utérus. (Staples.) — Voici un fait que l'on pourrait probablement rapprocher d'une observation publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1875, n° 57).

Une femme de vingt-huit ans, arrivée à une époque avancée de sa grossesse, reçut accidentellement un coup de pistolet dans l'abdomen. La balle pénétra à deux pouces au-dessus de la crête iliaque du côté droit, en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il n'y eut pas d'accidents immédiats sérieux. Au bout de quarante-huit heures, cette femme accoucha d'un enfant mort-né, dans l'abdomen duquel on retrouva la balle. Le travail fut régulier, et, malgré quelques symptômes d'épuisement nerveux à la suite de l'accouchement, la mère se rétablit complétement. — (*New-York med. Record*, 9 sept. 1876, et *Med. Times and Gaz.*, 28 oct.)

Traitement des plaies de l'estomac. (Mercanton. Thèse de Strasbourg, 1875.) — Un jeune homme reçut dans l'abdomen un coup de couteau à la suite d'un repas abondant. Transporté dans le service du professeur Lüche, il présentait, aussitôt après son entrée, à un travers de doigt au-dessus de la cicatrice ombilicale et sur la ligne blanche une tumeur du volume d'un œuf de poule, recouverte par une muqueuse. On voyait sourdre constamment par une ouverture qu'elle présentait du sang et des matières alimentaires. On diagnostiqua une plaie de l'estomac, accompagnée d'une hernie de l'épiploon et des parties lésées.

L'estomac fut vidé en partie par aspiration et en partie par vomissement. La portion herniée fut nettoyée avec une solution phéniquée, puis la plaie fut réunie par une suture placée d'après la méthode de Lembert. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt. Les fils furent laissés au dehors de la paroi abdominale, à laquelle on fit quatre sutures.

A l'extérieur, on appliqua de la glace, tandis qu'on donna de la morphine à l'intérieur.

La guérison survint sans complication. Le malade fut nourri au moyen de lavements alimentaires préparés dans le laboratoire de Hoppe-Seyle, d'après la formule suivante :

Viande pilée.	2 kilogrammes.
Eau.	1 litre.
Acide chlorhydrique.	4 cent. cubes.

Laisser en repos pendant vingt-quatre heures et filtrer.

On injecta 200 grammes à la fois de cette solution pendant douze jours, le malade fut nourri de cette manière, et, au bout de ce temps, on lui donna quelques aliments légers par la bouche. Il sortit guéri au bout de six semaines.

L'auteur ajoute que les plaies de l'estomac sont moins graves pendant la réplétion de cet organe qu'à un autre moment, parce qu'il se trouve alors en contact immédiat avec la paroi abdominale, de sorte que son contenu ne se vide point dans le péritoine. On nota dans ce cas une augmentation notable de l'indigotine de l'urine, dont la quantité fut portée à 80 milligrammes par litre. Il est probable que ce phénomène dépendait d'une péritonite locale qui, en diminuant l'étendue des mouvements péristaltiques de l'intestin, avait déterminé une absorption plus forte d'*indol*.

L'auteur recommande la suture pour les plaies de l'estomac. Il croit qu'on doit réduire les portions herniées sans laisser, comme certains l'ont préconisé, une fistule gastrique persistante. On n'a point à craindre que l'action du suc gastrique détruise la suture, parce qu'elle se recouvre immédiatement d'une couche de mucus qui la protége. En outre, la sécrétion du suc gastrique ne se fait que quand l'estomac contient des matières alimentaires. Si l'on laisse une fistule persistante, il se fait pendant chaque digestion des mouvements étendus, qui peuvent parfaitement décoller de la paroi abdominale les lèvres de l'ouverture. Les fistules persistantes ne sont nécessaires que quand il y a une perte de substance de la paroi de l'estomac, soit par gangrène, soit autrement.

Quand la portion blessée ne fait par hernie, l'auteur conseille d'élargir la plaie du ventre, de chercher l'estomac, de l'attirer au dehors, de suturer la plaie de l'estomac pour empêcher l'hémorrhagie et l'issue des matières alimentaires. Il se base sur les résultats donnés par les ovariotomies.

On doit également noter que, pendant les quinze jours que ce malade fut nourri par le rectum, la quantité d'urée fut plus grande que chez l'individu sain. Pendant ce temps, les chlorures étaient diminués.— (*An. In. Giornale de medic. militare*, oct. 1875.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre de M. le préfet du Jura faisant connaître qu'aucune épidémie n'a été observée dans son département en 1875.

2° Le compte rendu des épidémies observées dans le département de l'Isère en 1875.

3° Une lettre par laquelle le préfet de Lot-et-Garonne fait connaître qu'aucune épidémie ne s'est déclarée dans son département en 1875.

4° Un rapport de M. le docteur Malichecq sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Mont-de-Marsan (Landes) en 1875. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Hayem se portant candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

2° Une lettre de M. le docteur Lebert (de Vendôme) relative au traitement de la diphthérie par la glace.

ÉLECTION

L'Académie procède au renouvellement de son bureau.

M. Henri Bouley, vice-président, passe de droit président pour l'année 1877.

M. Baillarger est élu vice-président par 65 voix sur 71 votants.

M. Henri Roger est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. Barthez et Alphonse Guérin sont élus membres du conseil en remplacement de MM. Delpech et Vulpian, membres sortants.

COMMUNICATION

M. Laboulbène communique à l'Académie un fait d'*élimination des membranes internes de l'estomac et d'une partie de l'œsophage*, à la suite d'un empoisonnement accidentel par l'acide sulfurique.

Les détails très-intéressants recueillis par M. Laboulbène sont les suivants : un homme de cinquante-neuf ans, journalier, est entré le 4 novembre 1876, salle Saint-Jean, dans son service, n° 24, à l'hôpital Necker. Au moment de l'entrée, la figure du malade est pâle,

elle exprime une vive souffrance, le corps est plié en deux, les mains appuyées sur l'abdomen; la démarche est lente et pénible, la parole haletante. Il nous apprend que la veille, vers midi, il a avalé par mégarde et brusquement deux ou trois gorgées d'acide sulfurique à 66 degrés, versé et abandonné depuis peu de temps dans un verre; presque aussitôt, une sensation de brûlure se fit sentir le long de l'œsophage et au creux épigastrique, le corps se couvrait d'une sueur abondante, des douleurs s'irradiaient sous forme de coliques dans tout l'abdomen.

On s'empressa autour de lui; on courut chercher du lait dans une crèmerie, située de l'autre côté de la rue, en face de son domicile; cela prit cinq minutes environ. Des vomissements, qui n'avaient pas eu lieu, survinrent dès l'ingestion du lait, et au plus tôt cinq ou six minutes après l'accident. C'est alors seulement que le malade éprouva une forte douleur pharyngienne, une sensation de chaleur, de resserrement, siégeant à l'isthme du gosier : il est fort probable, aussi que ce fût à ce moment que le liquide rejeté vint léser la face interne des joues, où l'on retrouve des brûlures. L'acide resta donc en contact avec la muqueuse gastrique pendant un temps qu'on peut évaluer à cinq ou six minutes environ. Le soir de son entrée, le malade présente les mêmes symptômes qu'après l'accident. Les douleurs pharyngées, œsophagienes, entre les deux épaules, et au creux épigastrique persistent, mais elles sont moins vives que la veille. Les coliques ont cessé; les efforts de vomissement sont fréquents, l'ingestion d'une petite quantité de liquide les provoquent aussi tôt ; il existe un crachotement continuel.

En examinant la bouche, on constate les lésions suivantes : les lèvres sont intactes, leur bord libre est absolument indemne, leur face interne ne présente ni chute d'épithélium, ni phlyctènes. La langue n'est ni tuméfiée, ni douloureuse; la pointe de l'organe ainsi que ses bords offrent une apparence normale; il n'en est pas de même de sa base, car, à partir du tiers postérieur, la face supérieure linguale est recouverte d'un enduit blanchâtre, épais, surtout en arrière, adhérent et venant se perdre insensiblement vers la partie moyenne. La voûte palatine, au niveau de sa continuation avec le voile du palais, présente une phlyctène remplie de sérosité citrine, occupant toute sa largeur, et s'étendant en avant jusqu'aux alvéoles dentaires. La muqueuse palatine est d'un gris sâle, mais sans phlyctènes.

A la face interne des joues, surtout dans le repli de la joue et du maxillaire inférieur, l'épithélium est boursouflé par places, soulevé par de la sérosité en d'autres endroits, se détachant par petits lambeaux sur plusieurs points. Cette partie de la cavité buccale a été très-probablement imbibée par les liquides rejetés dans les efforts de vomissements; de plus il paraît y avoir eu stagnation d'une petite quantité de ces liquides entre la face interne des joues et les arcades dentaires.

Du côté de l'isthme du gosier et de l'arrière-gorge, les lésions sont plus accentuées; le voile du palais, les piliers, les amygdales, le pharynx, sont tapissés par une fausse membrane d'un blanc mat et diphthéroïde, lisse partout, continue, ne présentant ni soulèvement, ni phlyctènes.

Tel était ce malade au moment de son entrée. Immédiatement, on lui donna de l'eau de chaux et de la magnésie dans du lait coupé d'eau de chaux.

Le lendemain, 5 novembre, je constatai minutieusement avec mon interne, M. Carrié, les lésions qui viennent d'être notées. Il y a eu une garde-robe qui n'a rien offert de spécial. Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre. Le soir, le malade est plus calme, et, au bout de deux jours, les fausses membranes se sont en partie détachées, les amygdales se sont découvertes, quelques traînées blanchâtres se voient encore le long des piliers, mais la muqueuse se présente intacte, sans ulcération ; elle est d'un rouge vif. Le 7 novembre dans la soirée, il survient un hoquet excessivement pénible qui a duré pendant trois jours, mais qui a disparu complétement.

Dès l'arrivée du malade, la déglutition a été très-pénible, les liquides seuls pouvaient être avalés avec lenteur, et encore déterminaient-ils, de temps à autre, des efforts de vomissements. Cet homme souffrait beaucoup, il maigrissait rapidement : quand, le 18 novembre, il est pris d'accès de toux répétés, il sent que quelque chose l'étouffe à la gorge, des vomissements surviennent. Aux mucosités se mêlent des stries sanguinolentes; après quelques minutes d'anxiété, il retire avec ses doigts des lambeaux noirâtres d'aspect muqueux, ressemblant à des crachats pelotonnés s'écrasant en partie par la pression, et qui mis dans l'eau ont une forme allongée et se montrent constitués par des débris de muqueuse œsophagienne.

Le lendemain soir, 19 novembre, c'est-à-dire quinze jours après l'ingurgitation de l'acide sulfurique. Ces mêmes symptômes d'étouffement se reproduisent, mais plus violents que la veille, et ils durent vingt minutes environ, c'est à ce moment que le malade parvient à retirer, avec ses doigts, une masse noirâtre présentant la même apparence pulpeuse que les lambeaux rendus la veille. Cette masse est évidemment constituée par une grande partie de la muqueuse stomacale, elle est sensiblement ovale, recourbée, sa largeur équivaut à celle des deux mains réunies ; en un point vers la portion moyenne, on remarque un caillot fibrineux adhérent et de la longueur d'un centimètre et demi, à l'une des extrémités se trouve un prolongement long de 4 centimètres, recourbé et prenant sous l'eau la forme tubulée.

Après l'expulsion de ces membranes, le malade se sent bien soulagé, la respiration est devenue facile, l'anxiété n'existe plus.

Le lendemain 20 novembre, les liquides, l'eau alcaline, le lait, passaient plus facilement, le vin déterminait de violents accès de toux. Cet état a persisté jusqu'au 1er décembre : à cette époque, la déglutition des aliments solides est encore impossible, il existe toujours un sentiment de constriction vers la partie moyenne de l'œsophage. Les liquides, parvenus dans le conduit œsophagien, semblent s'arrêter vers le niveau de la cinquième vertèbre dorsale. L'oreille appliquée sur le dos, à ce niveau, pendant que le malade boit lentement, me fait percevoir un temps d'arrêt dans la déglutition, puis un bruit de glou-glou.

Le 6 décembre, ces phénomènes ont en grande partie disparu, la déglutition est plus facile et ne détermine que peu de douleurs.

Le 11 décembre le malade commence à avaler, en fort petite quantité, c'est vrai, et fort lentement, des aliments solides longtemps mastiqués: pain trempé dans du jus de viande et œuf brouillé.

Depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui, 18 décembre, le mieux est persistant, les douleurs moindres, le sommeil calme; toutefois il y a encore une sensation de malaise dans la cavité thoracique et au creux épigastrique.

M. Laboulbène donne la description histologique de la pièce anatomique placée sous les yeux de l'Académie, et il ajoute quelques considérations sur les symptômes de l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

Enfin, il cite un exemple de membranes œsophagiennes rejetées après un empoisonnement par l'acide sulfurique, recueilli par M. Barth, et un autre de membranes pharyngiennes et œsophagiennes observé par Morel-Lavallée dans les mêmes circonstances. Ces deux observations sont rapportées dans l'excellent livre de M. le professeur Tardieu sur l'empoisonnement et se rapprochent du fait actuel.

DISCUSSION

M. GUBLER hésite à admettre qu'il s'agisse bien, en effet, des membranes de l'estomac. En effet, la membrane muqueuse de l'estomac a les glandes à pepsine pour caractéristiques ; ces glandes ont leur fonds dans le tissu cellulaire qui constitue une seconde membrane sous la muqueuse. Si donc l'estomac avait perdu par sphacèle ces deux membranes, comme M. Laboulbène paraît le supposer, il faudrait d'abord y trouver les glandes à pepsine. Or M. Laboulbène déclare lui-même n'en avoir pas trouvé une seule dans cette pièce.

M. LABOULBÈNE. Il est très-vrai que dans les nombreuses préparations microscopiques qui ont été examinées, on n'a pas découvert une seule glande à pepsine. Mais il est probable que ces glandes, dont le tissu est très-délicat, auront été détruites par l'acide sulfurique. Dans tous les cas, ce qu'on retrouve incontestablement, ce sont des fibres du tissu connectif, des fibres élastiques et des vaisseaux remplis d'un sang comme carbonisé; il s'agit donc bien d'une membrane ayant eu vie.

M. GUBLER. En l'absence de glandes à pepsine je supposerais plutôt un tissu d'exsudation, une fausse membrane, analogue à celles qui se produisent dans la diphthérie ou que provoquent l'application de certaines substances irritantes. L'acide sulfurique avalé n'est pas resté dans l'estomac à l'état pur : il s'y est trouvé mélangé, d'après le récit de M. Laboulbène, avec une très-grande quantité de café au lait. Son action a donc pu se trouver adoucie au point de produire une irritation exsudatrice, et non un sphacèle. Si l'on présentait à un accoucheur une membrane ayant l'apparence de la muqueuse de l'utérus, mais sans ses glandes, comme il arrive dans certaines dysmenorrhées, il n'hésiterait certainement pas à dire qu'il s'agit d'une pseudo-membrane.

M. COLIN. La question paraît facile à juger par l'examen microscopique. Si la muqueuse gastrique elle-même s'est détachée, on doit en retrouver, en effet, tous les éléments, y compris les glandes à pepsine. Peut-être en cherchant bien en découvrirait-on. D'une autre part, une pseudo-membrane ne présenterait pas de vrais vaisseaux organisés, elle ne renfermerait pas non plus de tissu cellulaire, de fibres élastiques, et bien entendu, pas de glandes. Une difficulté c'est de comprendre comment un lambeau de muqueuse, détaché par exfoliation et séjournant dans l'estomac, n'y aurait pas été digéré, du moment où cet homme digère quelque chose.

M. VILLEMIN. On comprendrait très-bien que les glandes a pepsine ne pussent pas être retrouvées sur cette pièce. En effet, ces glandes n'ont pas de parois, ou pour mieux dire, leurs parois ne sont que du tissu cellulaire un peu condensé. Ce qui permet de les reconnaître dans les cas ordinaires, c'est leur épithélium. Or, cet épithélium, très-délicat, a dû être détruit par l'acide sulfurique. L'épithélium de la muqueuse elle-même l'était sans doute sur cette pièce.

M. LABOULBÈNE. Certainement.

M. PIDOUX. Dans quel état se trouve en ce moment le malade? quel est le pronostic?

M. LABOULBÈNE. En ce moment, le malade supporte certains aliments, tels que du lait, du pain longtemps mâché, trempé dans du jus de viande, un peu de gelée de viande et d'œufs brouillés. Il a beaucoup maigri, s'est beaucoup affaibli. Il est impossible de savoir dans quelles proportions il a conservé la faculté de digérer et de secréter de la pepsine. Mais, certainement, une notable partie des membranes de l'estomac a été détruite profondément, jusque dans le voisinage des fibres musculaires. Il n'est pas permis d'en douter, alors qu'on trouve dans les préparations microscopiques du tissu en question, non-seulement des fibres conjonctives, mais une grande quantité de fibres élastiques et des vaisseaux, de vrais vaisseaux, remplis de sang coagulé, comme brûlé. Quant à l'absence des glandes à pepsine, M. Villemin vient de l'expliquer parfaitement.

M. GUBLER. Je ne suis pas convaincu. Je ne comprendrais pas que ce malade put vivre encore un mois après avoir vomi une portion si étendue de sa muqueuse gastrique et même de la membrane sous-jacente.

M. LABOULBÈNE. Il n'est pas permis d'en douter d'après l'examen microscopique.

RAPPORT

M. LEFORT donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Filhol, professeur à l'École de médecine de Toulouse, intitulé : *Recherches sur la composition des eaux minérales de Bonnes (Hautes-Pyrénées)*.

La séance est levée à quatre heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Dans sa séance de samedi dernier, la Faculté a procédé à l'élection des candidats aux chaires de pathologie médicale, actuellement vacantes.

MM. Jaccoud et Péter sont désignés en première ligne, par la Faculté, au choix du ministre, MM. Brouardel et Olivier en seconde ligne, MM. Bouchard et Hayem en troisième ligne.

L'élection de MM. Jaccoud et Peter sera très-favorablement accueillie par le corps médical.

— *École normale supérieure.* — M. Margotet (Julien-Céleste), ancien élève de l'École normale supérieure, chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de chimie minérale de l'École pratique des hautes études (section des sciences physico-chimiques), est nommé préparateur de chimie près l'École normale supérieure, en remplacement de M. Joly, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats de l'École :

Élèves en médecine. — 1re année : 1er prix, M. Jarry. — 2e prix *ex æquo* : MM. Aumaître et Hardy.

2e *année* : 1er prix, M. Canteteau. — Accessit, M. Testut.

3e *année.* — 1er prix : M. Ollive. — 2e prix, M. Blé. — Mention honorable, M. Cantreau. — 2e prix, M. Baudry.

Élèves en pharmacie. — 1er prix, M. Domergue. — 2e prix M. Baudry.

Clinique : 1er prix *ex æquo* : MM. Passillé et Chenantais. — 2e prix, M. Ollive.

— *Hôpitaux de Nantes.* — A la suite des concours ouverts pour les hôpitaux, ont été nommés :

Internes : MM. Blé, Haret, Canteteau, Dodin et Testut.

Externes : MM. Jarry, Aubry, Faucheron, Bertet, Boiffin, Dortel, Aumaître, Hardy et Baudry.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS
ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hystérie ovarienne. — Possédées et démoniaques.

Dans l'une de ses dernières conférences de la Salpêtrière, M. Charcot a présenté à l'assistance deux femmes hystériques, qui, entre autres particularités intéressantes, offrent ceci de remarquable qu'on trouve réunis chez elles tous les phénomènes de la forme hystérique ovarienne en dehors de l'âge ou des conditions de la menstruation.

La première de ces deux malades est une jeune fille de dix-huit ans, qui est à la Salpêtrière depuis un an et qui, lors de son entrée dans l'infirmerie de cet établissement, était déjà depuis assez longtemps, c'est-à-dire depuis une époque antérieure à l'établissement de la menstruation chez elle, franchement hystéro-épileptique, en proie à des attaques convulsives, à l'hémianesthésie et à tous les symptômes de l'ovarite droite.

La seconde malade est une femme âgée de cinquante-cinq ans, pensionnaire de la Salpêtrière depuis l'âge de vingt et un ans et hystéro-épileptique depuis sa première enfance. Cette femme n'est plus menstruée. Or, après comme avant l'âge de la menstruation, elle n'en a pas moins été hystérique, hémianesthésique et ovarienne droite. Il est donc évident que l'hystérie de forme ou plutôt d'origine ovarienne avec tous les phénomènes caractéristiques, l'ovarite proprement dite, peut exister avant et après l'âge de la menstruation et indépendamment, par conséquent, de l'influence de cette fonction. Ainsi cette dernière malade, qui présente d'ailleurs beaucoup d'intérêt à plusieurs points de vue, offre aujourd'hui, à l'âge de cinquante-cinq ans, tous les phénomènes hystériques déjà constatés chez elle à l'âge de vingt ans : mêmes attaques convulsives hystéro-épileptiques, même anesthésie, etc.

Nous venons de dire que cette malade est intéressante à plusieurs points de vue. Elle est, en effet, en outre, ce qu'on eût appelé autrefois une possédée, une démoniaque. On distingue, dans ces attaques, trois périodes très-tranchées à chacune desquelles se rattachent des phénomènes plus ou moins bizarres et qui rappellent très-bien ceux dont on trouve la description dans les anciennes histoires de possédées. La première période, que l'on peut appeler période épileptique, consiste en convulsions. La deuxième période, période hystérique proprement dite, donne lieu chez elle à des phénomènes tout à fait particuliers. Pendant toute sa durée, elle prend l'attitude suivante : ses jambes sont fortement croisées l'une sur l'autre et maintenues ainsi en l'air par une flexion des cuisses à angle droit sur le bassin et dans un état de violente contracture qui rend cette position irréductible. Les bras sont placés en croix, c'est-à-dire violemment étendus et maintenus perpendiculairement à l'axe du tronc. Enfin le bassin exécute des mouvements de propulsion en tous sens. Enfin la troisième période est caractérisée par des hallucinations, la malade pousse des cris étourdissants et se livre à des mouvements violents, se démène comme pour repousser des êtres imaginaires qui l'assaillent ou tentent de l'étrangler. C'est une reproduction isolée de ce qu'on a décrit dans le temps comme se passant à la fois sur un grand nombre de femmes dans les épidémies de convulsionnaires.

Les contusions et leurs suites.

En moins d'une heure, M. Verneuil, dans la revue rapide qu'il a passée devant son auditoire des cas intéressants de son service, dans sa leçon de mercredi dernier, a soulevé plusieurs questions, dont chacune, pour être effleurée seulement, exigerait plusieurs de nos revues.

La première, à l'occasion d'un malade atteint d'une tumeur ganglionnaire maligne du cou et qui a succombé à l'empoisonnement septique ou à l'autosepticité résultant de l'ulcération de cette tumeur et sans aucune lésion viscérale concomitante, est celle-ci : comment les tumeurs, en général, amènent-elles la mort?

Le même fait a donné lieu à une seconde question : savoir s'il y a lieu de faire une distinction, au point de vue clinique, entre le lymphadénome (ce qui était le cas du malade en question) et le lymphosarcome ; si cette distinction est possible et si, au cas où les difficultés du diagnostic ne seraient pas telles qu'il est presque impossible à faire, il serait utile néanmoins de chercher à le faire pour la détermination du parti à prendre pour le traitement.

Enfin, une troisième question, mais celle-là n'a été que posée

seulement, toujours à l'occasion de faits actuellement en observation dans le service, est celle-ci : quelles sont les suites éloignées des blessures en général, et quelles sont, en particulier, les suites des contusions? — Ce ne serait plus en un ou plusieurs articles, mais en un gros volume *ad hoc* qu'une pareille question pourrait être traitée. On voit d'ici, en effet, le vaste champ qu'elle ouvre à l'observation clinique et à l'analyse physiologique, champ à peine exploré jusqu'à présent. A ne prendre seulement qu'un point de la question, celui qui est relatif aux effets réflexes, éloignés, ou pour parler plus exactement aux lésions nerveuses consécutives, qui, partant des nerfs de la partie primitivement lésée, vont se propageant par voie de continuité centripète de cette partie, jusqu'à la moelle, et de celle-ci par voie centrifuge, jusqu'au point correspondant de la partie congénère blessée. Ceci nous remet en mémoire une étude extrêmement intéressante de M. Hayem sur ce sujet, dans une des leçons cliniques qu'il a faites à la Charité, il y a quelques années, à l'occasion d'un de ses malades, anciennement blessé, et qui avait présenté au degré le plus marqué ce phénomène. On voit à combien de développements intéressants pourraient donner lieu les points indiqués dans cette leçon. Nous ne renonçons pas à l'idée d'en reprendre quelques-uns en sous-œuvre, dans nos prochaines revues. Pour aujourd'hui, car il faut savoir se borner, nous ne nous arrêterons que sur un seul point, qui a directement trait à l'un des malades dont M. Verneuil nous a entretenu ; nous voulons parler des suites, beaucoup trop souvent négligées et surtout à tort imprévues, des contusions.

Il s'agit d'un jeune garçon, qui a eu une plaie contuse du pied, il y a plusieurs mois, ayant eu le pied pris entre un corps pesant et le sol. La plaie a guéri rapidement, mais il est survenu depuis, une série de phénomènes consécutifs, qui l'ont gêné au point de l'obliger à entrer à l'hôpital. Voici ce qu'il présentait à son entrée à la Pitié. On voyait sur le dos du pied la petite cicatrice de la plaie, avec un reste d'épaississement des téguments. Le pied était déformé, il était maintenu dans un état d'extension permanente, avec renversement sur le bord externe, produit par une contracture du jambier antérieur, dont on sentait la saillie sous la peau. Les orteils étaient fortement fléchis, et, au premier abord, on pouvait croire qu'ils étaient ankylosés dans cette situation. Mais, avec quelques efforts, on parvenait à les redresser et à les maintenir même dans l'extension ; mais, sitôt qu'ils étaient abandonnés à eux-mêmes, la flexion forcée se reproduisait. Enfin, l'articulation médio-tarsienne était légèrement subluxée, par suite de l'action combinée de ces diverses contractures. Il résultait de cette situation que ce jeune garçon ne pouvait ni marcher, ni même se tenir debout sur son pied. Sous l'influence d'une série de séances de faradisation (cinq ou six séances), prescrites par M. Verneuil et pratiquées par l'un des élèves du service, les contractures ont presque entièrement cessé aujourd'hui; la voûte plantaire du pied a repris sa forme, les orteils sont redressés, et le jeune malade peut appuyer son pied sur le sol et marcher. Encore quelques séances, et il pourra sortir probablement, sous peu, complétement rétabli.

Voilà un exemple d'une contusion, suivie d'accidents successifs qu'on eût pu peut-être prévenir, auxquels on a pu remédier heureusement, parce qu'ils ne dataient que d'une époque relativement récente encore. Mais si l'on eût attendu plus longtemps, il aurait très-probablement fallu recourir à un traitement beaucoup plus énergique, et peut être sans les mêmes chances de succès.

Il s'est présenté tout récemment dans le même service, un autre exemple de contusion, dont les conséquences pourraient être plus sérieuses peut-être encore, si le sujet était livré à lui-même, et chez lequel il va être pris des mesures prophylactiques dont l'avenir nous apprendra le succès. C'est un jeune homme de la salle Saint Louis qui a reçu, il y a trois jours, un coup de pied dans les bourses. Il est entré le lendemain de cet accident, avec une large ecchymose d'un bleu ardoisé sur le scrotum, s'étendant jusqu'au périnée, plus un épanchement manifeste dans la tunique vaginale. Qu'adviendra-t-il de là? Nul doute que l'épanchement et la suffusion sanguine, qui donnent au scrotum et au périnée cette coloration ardoisée, ne soient résorbés spontanément et que les dernières traces de l'ecchymose ne disparaissent d'ici à un mois ou six semaines au plus tard, après avoir passé par les diverses phases de coloration que tout le monde connaît. Mais il est plus que douteux qu'il en soit de même de l'épanchement intra-vaginal, surtout si cet épanchement, comme cela est très-probable, n'est pas purement séreux, mais s'il est en même temps en partie sanguin. C'est à l'organisation ultérieure de ces caillots et à la formation d'une hématocèle qu'il faut chercher à obvier ici ; et pour cela, tout faire pour prévenir le développement d'une vaginalite qui ne pourrait manquer d'amener ce résultat. En conséquence, M. Verneuil a prescrit à ce malade le repos absolu, l'usage d'un bandage suspensoir, et se tient prêt à combattre aux premiers signes l'inflammation consécutive qui pourrait survenir.

La conclusion pratique à tirer de ces deux faits, qui ne sont que la reproduction de maints autres faits du même genre qui se produisent journellement, c'est la nécessité d'apporter aux contusions plus d'attention qu'on n'a peut-être l'habitude de le faire généralement, et de s'attacher par des soins attentifs à prévenir les conséquences fâcheuses qu'elles peuvent avoir.

Accidents syphilitiques tertiaires, réfractaires à l'iodure de potassium, traités efficacement par le mercure.

S'il est un point de pratique bien établi dans le traitement des affections syphilitiques, c'est assurément celui qui consiste à adapter à chacune des périodes de la maladie la méthode spéciale qui lui convient : mercure pendant la période des accidents secondaires, association du mercure et de l'iode dans la période des accidents mixtes de transition, iodure de potassium dans les accidents tertiaires. Mais comme toute règle, surtout en thérapeutique, celle-ci a ses exceptions. Tous les malades, dans les mêmes conditions pathologiques d'ailleurs, n'acceptent pas avec la même facilité le remède qui leur est approprié ou n'y répondent pas de la même manière. Indépendamment de l'intolérance de certains sujets pour le médicament spécial qui conviendrait à leur état et qui oblige à apporter des tempéraments dans son emploi, ou à recourir à des succédanés, justifiant plus ou moins leur titre, il faut tenir compte encore des circonstances particulières dans lesquelles le médicament approprié se montre complétement inefficace, et où il faut alors changer de batterie, substituer un autre médicament à l'agent infidèle, le combiner avec un autre ou revenir à la médication de la période précédente.

Un malade du service de M. Broca, à la Clinique, présentant des exostoses syphilitiques, nous a offert un exemple remarquable de cette résistance à l'agent le mieux indiqué, et de cette nécessité de rétrograder dans l'ordre de la médication. Cet homme qui avait contracté, en 1868, un chancre induré, avait vu survenir, il y a deux ans, le début des accidents pour lesquels il est entré à l'hôpital : exostoses sur les jambes, légère tuméfaction au niveau des deux bosses frontales, un peu plus prononcée d'un côté que de l'autre, éruption de pso-

riasis sur les membres, enfin douleurs ostéocopes nocturnes. Ce sont ces douleurs, devenues extrêmement vives et presque intolérables depuis un mois environ, qui l'ont déterminé à venir se faire soigner à l'hôpital. Il y avait environ trente nuits qu'il n'avait fermé l'œil. M. Broca, dès le premier jour, a prescrit l'iodure de potassium, en disant aux élèves qui l'entouraient : « Je crois pouvoir prédire que cet homme dormira la nuit prochaine. » Le lendemain à la visite, le malade questionné à ce sujet, dit n'avoir pas plus dormi que durant les trente nuits précédentes. M. Broca s'était-il trop avancé? Oui, sans doute, pour le cas particulier; mais non assurément, si l'on se place en vue de la généralité des faits qui nous montrent avec quelle rapidité agit l'iodure de potassium, dès les premières doses, et combien il est supérieur comme sédatif des douleurs ostéocopes, à l'opium et à tous les autres stupéfiants, nervins, antispasmodiques et anesthésiques, qui restent sans action dans cette circonstance. Devant cette première résistance, devait-on persévérer, en augmentant la dose des médicaments? Cela pouvait paraître rationnel, mais c'eût été parfaitement inutile, car le malade, mis alors en demeure par l'étonnement manifesté devant lui de donner des explications sur ce qu'il avait fait jusque-là, apprit que, pendant un assez grand nombre de jours déjà, près d'un mois avant son entrée à l'hôpital, il avait fait usage de l'iodure de potassium, sur le conseil d'un médecin, mais sans aucun résultat, comme on le voit.

C'est alors, que M. Broca virant de bord, modifia la médication, comme nous avons eu déjà l'occasion de le conseiller avec avantage dans une circonstance analogue, en prescrivant à ce malade des frictions mercurielles et l'usage du sirop de Gibert, préparation qui consiste, comme on le sait, en une combinaison de mercure et d'iodure de potassium et qui répond assez bien aux indications des accidents mixtes. Ici, bien qu'il ne s'agit pas d'accidents mixtes, mais de symptômes tertiaires bien caractérisés et réfractaires à l'iodure, cette médication combinée, qui est la médication appropriée à une période antérieure de la maladie, a eu le résultat heureux qu'en attendait M. Broca. Au bout de quelques jours, le malade allait beaucoup mieux, ses douleurs étaient très-calmées, il avait pu reprendre son sommeil et les exostoses commençaient à diminuer sensiblement ainsi que le psoriasis. Cet homme ayant demandé à aller continuer son traitement chez lui, y a été autorisé; et il obtiendra, suivant toute apparence, sinon une guérison radicale, toujours si incertaine dans les cas de ce genre, du moins un soulagement plus ou moins prolongé, un armistice, sinon la paix. Dr Brochin.

ÉTUDES CRITIQUES DE LARYNGOSCOPIE

Par M. le docteur Libermann, médecin major de 1re classe, à l'hôpital du Gros-Caillou.

I

Quoique d'origine toute récente, la laryngoscopie a déja inspiré un grand nombre de travaux. En France, Mandl, Krishaber, Moura-Bourouillou, Fournié; en Allemagne, Turck, Czermack, Voltolini, Lewin et tant d'autres, ont vulgarisé une science qui rend chaque jour des services signalés à la connaissance et au traitement des affections laryngiennes.

Ces services cependant ne sont pas encore appréciés à leur juste valeur par la masse des praticiens. Beaucoup d'entre eux négligent une étude si intéressante sous le prétexte qu'elle n'offre aucune utilité pratique.

Il suffit d'ouvrir le traité des maladies du larynx publié chez Delahaye par notre savant confrère le docteur Ch. Fauvel, pour voir combien cette opinion est dépourvue de fondement. Dans ce livre, que nous nous proposons de faire connaître aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, tout en passant en revue les questions les plus importantes et les plus controversées de la pathologie laryngienne, nous trouvons trois cents observations authentiques de polypes du larynx qu'il a presque tous opérés avec succès de 1862 à 1875 : chiffre énorme qui doit faire réfléchir les détracteurs d'une méthode d'investigation qui inscrit mécaniquement, si j'ose m'exprimer ainsi, sur un miroir aussi facile à manier qu'à observer, le diagnostic d'affections jusqu'alors à peine soupçonnées.

Quel progrès immense, au moins quant au traitement des polypes, la thérapeutique des affections du larynx n'a-t-elle pas, en effet, réalisé, depuis la première application médicale du miroir laryngien en 1857.

Quand notre vénéré maître Ehrmann publiait, en 1844, son observation de polype de larynx diagnostiqué et opéré sur le vivant, il excita l'admiration de tout le monde savant.

Aujourd'hui, un élève exercé pendant un mois ou deux au maniement du miroir arrive à un diagnostic beaucoup plus complet et plus précis, et un praticien tant soit peu habile enlèvera, par les voies naturelles, avec une simple pince, sans effusion de sang, une tumeur qui, en 1844, nécessitait une laryngotomie, c'est-à-dire une des opérations les plus dangereuses de la chirurgie.

Que d'autres services thérapeutiques la laryngoscopie ne rend-elle pas tous les jours? Quand ce ne serait que le soulagement produit par les badigeonnages et les cautérisations de certains ulcères du larynx.

Je cite toujours, dans mes conférences de laryngoscopie, l'histoire d'un malheureux soldat que j'eus à soigner dans le courant de l'hiver 1869, dans mon service à l'hôpital du Gros-Caillou. Cet homme avait eu une fièvre typhoïde des plus graves et entrait en convalescence après des accidents variés qu'il est inutile de rappeler ici. Il commençait à peine à s'alimenter depuis quelques jours, quand tout à coup il nous accuse une douleur très-vive au fond de la gorge et l'impossibilité d'avaler les liquides, même les plus ténus, sans éprouver d'affreuses souffrances. Je l'examinai au miroir laryngien, et je vis une énorme ulcération étendue sur tout le pourtour de l'épiglotte et occupant en partie la face inférieure de ce cartilage. J'eus la patience de le badigeonner tous les jours deux fois, immédiatement avant les repas, avec un mélange de teinture d'opium et d'iode, et, grâce à cette petite opération, mon malade put continuer à se nourrir sans trop de souffrances. Au bout de six semaines, il sortit de l'hôpital complétement guéri d'une affection qui eût certainement amené la mort par inanition, si elle n'avait été vigoureusement combattue par des moyens appropriés que seule la laryngoscopie peut mettre à notre disposition.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ces considérations dont le lecteur aura sans doute compris toute l'importance, et j'arrive droit au livre si intéressant publié par le docteur Fauvel.

Et d'abord, disons-le de suite, ce livre est le fruit d'études consciencieuses poursuivies pendant de longues années avec un matériel considérable. La clinique du docteur Fauvel, où il a puisé les éléments les plus sérieux de son travail, est une des plus suivies de l'Europe, et c'est là le résultat d'une pratique de quinze ans dont il fait profiter ses lecteurs. Tout n'est pas à louer cependant dans ce volume; il laisse une large part à la critique; mais, tel qu'il est, il restera néanmoins un des

ouvrages les plus autorisés de laryngoscopie, et, à ce titre, il mérite d'être étudié avec le plus grand soin.

Le *Traité pratique des maladies du larynx* ne comprend encore qu'un volume qui a trait tout entier aux affections chirurgicales de cet organe, polypes et cancers.

La première partie est consacrée à l'historique de la laryngoscopie et à l'étude de l'arsenal chirurgical.

L'historique de la laryngoscopie ne comportait pas des recherches d'érudition bien délicates. D'origine toute récente, elle n'a pas encore de passé, pour ainsi dire, et les questions de priorité peuvent aisément se trancher avec un peu d'impartialité. L'idée d'éclairer le fond de la gorge pour voir les parties profondes du larynx est assez ancienne; elle remonte à Levret, qui, en 1743, inventa un spéculum laryngien en modifiant simplement le miroir employé depuis des siècles par les dentistes.

Composé d'une plaque en métal qui réfléchissait les rayons lumineux dans la direction du larynx, il devait recevoir l'image sur la surface réfléchissante. Mais Levret, tout occupé d'éclairer les tumeurs du fond de la bouche pour l'application du système de ligatures dont il était l'inventeur, n'essaya pas de voir l'intérieur du larynx; son miroir resta donc sans emploi, mais n'en fut pas moins la source de toutes les découvertes postérieures, et, à ce titre, il mérite d'être signalé.

Un siècle entier passa sur cet essai sans donner de résultats, car, quoiqu'en dise Fauvel, d'après Mackensie, les tentatives de Bozini, de Senn, de Babington avortèrent misérablement, et il faut en venir à Liston, en 1840, pour trouver les premières règles de l'emploi du miroir, c'est-à-dire la chauffe préalable de l'instrument au moyen de l'eau chaude et son application méthodique au fond de la gorge.

Malgré ce progrès réel non dans l'instrument, mais dans son mode d'emploi, la glotte était restée à peu près inaccessible aux yeux des observateurs, et Garcia, qui employa le miroir en 1855 et l'éclaira avec la lumière solaire, avoue, dans ses études très-intéressantes du reste sur la phonation, qu'il n'a jamais vu que les deux tiers postérieurs des cordes vocales.

Turck, le savant professeur de Vienne, reprit en 1857 ces recherches, d'abord sur le cadavre, puis sur quelques-uns de ses malades de l'Hôpital-Général. Il perfectionna les miroirs laryngiens et en fit une application beaucoup plus étendue que ses devanciers; mais ses efforts seraient probablement restés stériles, si Czermak, en 1858, n'avait eu l'idée d'utiliser la lumière artificielle pour l'éclairage du larynx et rendu ainsi la laryngoscopie une science pratique, en permettant de voir la glotte à toutes les heures de la journée et à toutes les époques de l'année. Czermak fit plus: il donna les règles physiologiques de l'emploi du miroir en conseillant au malade de tenir la langue hors de la bouche et de prononcer la voyelle *e* pendant l'examen du médecin. Ces règles, sans lesquelles la glotte ne peut être entrevue que dans quelques cas rares, constituèrent le progrès réellement pratique de la nouvelle méthode, et lui donnèrent ses droits de grande naturalisation dans la science.

Ainsi, pour nous résumer, nous dirons que l'idée de la laryngoscopie est française, parce qu'elle vient de Levret, dont le miroir, plus ou moins modifié jusqu'à nos jours, est encore en usage, mais que son application, les règles pratiques, qui permettent de généraliser son emploi et d'en tirer tout le parti possible, sont dues à Czermak qui, à ce titre, est le véritable fondateur de cette branche de la science. Le docteur Fauvel n'établit peut-être pas d'une façon assez nette ce point important de l'histoire de la laryngoscopie, ce que nous eussions préféré à la description d'appareils surannés et aux redites qui remplissent son premier chapitre.

Le second chapitre est tout entier consacré à l'arsenal chirurgical; il est des plus complets et des plus intéressants.

L'appareil indispensable à tout examen laryngoscopique est le miroir auquel le docteur Fauvel donne le nom de laryngoscope, et que j'appelle de préférence dans mes cours miroir laryngien, réservant la première dénomination à l'appareil réflecteur. Le miroir laryngien a reçu les formes les plus variées, mais, sans contredit, la forme quadrangulaire, avec un angle de jonction de 120 à 125 degrés est préférable. Il existe deux modes d'éclairage : l'éclairage direct, l'éclairage artificiel. L'éclairage direct par les rayons solaires donne l'image la plus nette et la plus claire; mais il est difficile à obtenir par tous les temps, surtout dans nos contrées, et doit être remplacé presque toujours par l'éclairage artificiel. Ce dernier s'obtient au moyen d'une lampe et d'un réflecteur qui projette sur le pharynx du malade les rayons lumineux. Ces réflecteurs, fixés primitivement sur le médecin (bandeau de Czermak, lunettes de Semeleder), étant très-incommodes, le docteur Moura eut l'idée de les remplacer par un appareil maintenu sur la lampe même. Il substitua au réflecteur concave une lentille biconvexe qui jouit des mêmes propriétés optiques. L'appareil de Moura, très-commode, a été légèrement modifié par Fauvel, dont le laryngoscope s'adapte à toutes les lampes. Il est inutile de nous arrêter aux autres appareils qui ressemblent plus ou moins à celui de Moura; disons cependant que, pour la démonstration, le grand appareil de Fauvel, éclairé à la lumière oxhydrique et pourvu d'un tube de 2 mètres, le long duquel se placent les assistants, est excellent. Nous l'avons vu bien souvent fonctionner, et nous nous en sommes servi nous-même avec le plus grand avantage.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du podophyllin dans les hémorrhoïdes

Par le docteur RIVIÈRE.

Le numéro du 16 décembre de la *Gazette des hôpitaux* contient sur le traitement de la constipation, par le podophyllin, un article du docteur Rousselet auquel je ne puis que souscrire, car je partage parfaitement la même manière de voir au sujet des résultats obtenus par ce traitement bien dirigé. Mais je suis étonné de n'avoir vu nulle part, une autre indication du podophyllin qui me paraît tout aussi justifiée. Je veux parler de son action sur les hémorrhoïdes. J'ai déjà une quinzaine d'observations des plus concluantes, et puisque l'attention des médecins n'a pas encore été appelée sur ce fait, je crois qu'il est utile d'en dire quelques mots.

Parmi les personnes constipées chez lesquelles j'ai employé le podophyllin, plusieurs avaient des hémorrhoïdes que j'attribuais d'ailleurs à l'état permanent de constipation, c'est-à-dire à la fluxion sanguine qui en était la conséquence naturelle.

Que ces malades aient guéri de leurs hémorrhoïdes en supprimant la cause, rien de plus naturel. Mais je me demandais s'il n'en serait pas de même chez des individus non habituellement constipés. Il me semblait qu'en leur procurant des selles molles au moyen d'un médicament ne fluxionnant jamais les vaisseaux hémorrhoïdaires, on arriverait également à un bon résultat. Et je fus le premier sujet qui me soumis à l'expérience. Fréquemment fatigué par des hémorrhoïdes, je me mis à faire usage de pilules de podophylle comme s'il s'agissait de constipation, et mes hémorrhoïdes disparurent du jour au lendemain. Elles se sont reproduites plus tard, mais je les ai fait immédiatement cesser de la même façon. Depuis, j'ai eu l'occasion d'employer assez souvent le même traitement, et toujours avec le même succès ; donnant une à deux pilules de podophylle d'un

centigramme chaque, de façon à ramollir simplement le bol fécal.

Je n'affirmerai pas, cependant, que c'est là le mode d'action de la podophylle. Quoi qu'il en soit, enhardi, par ces succès, je me pris également à ordonner la podophylle, non plus seulement aux hémorrhoïdaires, chez lesquels cet accident est passager et sans grandes conséquences, mais aussi à des malades atteints d'hémorrhoïdes permanentes et devant nécessiter tôt ou tard un traitement radical.

Ces cas ne sont pas rares, et les malades, reculant autant qu'ils le peuvent une opération qui n'est pas sans danger et surtout sans douleur, en sont réduits à gémir sur leurs souffrances souvent fort vives.

Eh bien, chez ceux-là aussi, j'ai toujours observé par l'emploi de la podophylle un soulagement immédiat. Plus de douleurs en allant à la selle, plus de sortie des bourrelets hémorrhoïdaux, facilité absolue pour s'asseoir. Et comme état local, diminution considérable du gonflement des vaisseaux.

Le seul revers de la médaille chez les malades dont je parle, c'est qu'il faut continuer la podophylle d'une façon quotidienne. Mais j'ai vu, après un mois ou deux, des malades interrompre le médicament et avoir de très-longs répits ; quelques-uns même ne se plaignent plus.

En résumé : guérison complète, jusqu'à nouvel ordre, sauf aussi à reprendre le traitement, dans les cas peu prononcés, ou lorsque les accidents ne sont point permanents ; soulagement rapide et considérable, peut-être même guérison plus ou moins complète chez les autres. Voilà ce que j'ai observé, et ce que je livre à l'expérimentation de mes confrères.

Sur le traitement du carreau

Par le docteur C. Girard.

La note reproduite par la *Gazette des hôpitaux* (1), relative au « traitement du carreau », m'a suggéré l'idée de communiquer à mes confrères un traitement encore peu connu de cette maladie, qui fait annuellement un si grand nombre de victimes. Ce n'est pas dans le but de le substituer à celui que le docteur Lubert nous fait connaître, mais uniquement pour mettre entre les mains du praticien un moyen de plus pour arracher à une fin prématurée des êtres dignes de toute notre sollicitude.

Je fais préparer une *poudre* ainsi composée :

Pr. Carbonate de soude anhydre	30 grammes 75.
Calomel à la vapeur	70 centigrammes.
Poudre de craie comp. *Ph. Lond.*	7 grammes 50.

De cette préparation je fais faire des petits paquets de 15-40 centigrammes, selon l'âge de l'enfant ; aux plus jeunes je prescris le minimum, aux plus âgés le maximum de la dose : un paquet le soir, à l'heure du coucher, dans de l'eau sucrée ou du sirop simple.

Le lendemain matin, à jeun, je leur fais prendre en un paquet le mélange suivant :

Pr. Rhubarbe en poudre	30 centigrammes.
Sulfate de potasse	60 centigrammes.

J'impose ce traitement pendant huit jours consécutifs, et, si le cas l'exige, je le fais continuer dans la mesure des symptômes ultérieurs lorsque la maladie se prolonge.

Dès le deuxième jour, la fièvre hectique ou vespérale diminue d'intensité, le ventre perd graduellement de son volume, les garde-robes reprennent peu à peu leur cours normal, en même temps que l'appétit se réveille et que les digestions s'opèrent régulièrement. Le moral, que la maladie avait terrassé, se relève aussitôt, et, de taciturne qu'il était, l'enfant reprend son enjouement naturel.

Les jeunes malades qu'il m'a été donné de traiter, tant aux États-Unis qu'en Europe, ont pour la plupart recouvré une santé parfaite.

J'ai la ferme conviction de faire œuvre utile, en publiant les lignes qui précèdent; j'insiste donc auprès de mes confrères pour qu'ils entrent dans la voie de l'expérimentation, persuadé que leurs tentatives seront couronnées de succès.

Ce n'est pas un traitement secret que je leur soumets ici; des praticiens américains et anglais l'ont déjà adopté, et le *Guy's Hospital* de Londres lui a donné droit de cité dans son formulaire.

(1) V. n° 146, du 16 décembre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Dans cette séance a été élue la commission chargée d'examiner les travaux des candidats au titre de membres correspondants et associés étrangers. Elle se compose de MM. Larrey, Duplay, Le Fort, Tillaux et Verneuil.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine;

2° Une thèse adressée par M. Simon Perret, sur la *trépanation des abcès des os*, destinée au concours pour le prix Duval;

3° Un mémoire de M. Jacobi sur la *masturbation et l'hystérie chez les jeunes enfants*.

PRÉSENTATIONS

M. Périer présente, de la part de M. Berger, une étude sur le mécanisme de l'étranglement interne,

M. Duplay présente, de la part de M. Cauvy (d'Agde), un mémoire sur l'*action de l'air sur les plaies*.

M. Labbé présente au nom de M. Sarrazin (de Bourges), membre correspondant, une observation d'*ovariotomie*; et au nom de M. Petitfils (de Vierzon), un mémoire intitulé : *des Avantages de la ponction dans les épanchements traumatiques sanguins des articulations*.

M. Magitot, offre, de la part de M. Pietkiewicz, sa thèse sur la *périostite alvéolo-dentaire*

M. Paulet, au nom de M. Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, présente un *Traité des maladies du rectum et de l'anus*.

RAPPORTS

M. Tillaux fait un rapport verbal sur l'observation, lue par M. Pozzi, dans la séance du 29 novembre dernier, de *résection cunéiforme de la mâchoire inférieure par le procédé d'Esmarch pratiquée pour remédier à une constriction permanente des mâchoires par ankylose de l'articulation temporo-maxillaire droite*. Le résultat obtenu par M. Pozzi est très-beau ; cependant, comme l'opération est récente, M. le rapporteur fait quelques réserves, et demande que l'auteur veuille bien suivre ce malade et en entretenir de nouveau la Société dans quelques mois.

M. Périer donne lecture d'un rapport sur une observation adressée par M. Gros (de Boulogne-sur-Mer), et intitulée : *Tumeur enkystée de l'orbite gauche, avec exophthalmose considérable ; extirpation de la tumeur; guérison.*

LECTURE

M. Cras (de Brest) donne lecture d'une observation intitulée : *Fracture du crâne remontant à trente-huit ans; fistule persistante à la région frontale ; intégrité des fonctions cérébrales pendant trente ans; affaiblissement progressif de toutes les fonctions; phénomènes de compression, hémiplégie, amblyopie, perte des facultés intellectuelles. Trépanation du frontal extraordinairement épaissi; issue d'une grande quantité de pus; guérison.* (Rapporteurs : MM. Guyon, Le Dentu, Lucas-Championnière.)

COMMUNICATION

Guérison par une opération de l'exstrophie de la vessie. — M. Le Fort expose le procédé qu'il a employé pour une exstro-

phie de la vessie chez un garçon de quinze ans. Ce vice de conformation est très-rare en France; on l'observe plus fréquemment dans la race anglo-saxonne, ce qui explique les tentatives plus nombreuses faites en Angleterre et en Amérique pour guérir cette infirmité. L'opération est indiquée par les inconvénients graves qui résultent de l'écoulement continuel de l'urine qu'aucun appareil ne peut recueillir. Le malade de M. Le Fort, âgé de quinze ans, n'avait pu jusqu'alors porter les vêtements de son sexe, et ne pouvait se livrer à aucun travail; c'est ce qui l'a décidé à réclamer l'intervention chirurgicale. Les opérations tentées jusqu'à ce jour n'ont donné que résultats nuls et souvent mortels. En France, Simon a essayé de faire ouvrir des uretères dans le rectum au moyen d'une ponction, dont il a cherché à rendre le trajet permanent; mais le résultat opératoire fut nul, et le malade succomba au bout de quelques mois à une péritonite chronique. Louis a fait une opération semblable, mais son opéré fut enlevé par une péritonite aiguë. Jules Roux tenta de fermer la vessie par un lambeau abdominal, mais ce lambeau se gangréna et l'opération ne réussit pas. Enfin Ad. Richard se servit du procédé employé par Nélaton pour l'épispadias, mais son malade eut aussi une péritonite mortelle. En Angleterre et en Amérique, les principales méthodes sont celles de Holmes et de Hoode, qui procèdent aussi par un lambeau abdominal.

La principale difficulté de ce moyen est de boucher la partie inférieure de la vessie et d'empêcher l'ascension du lambeau, qui sert à en couvrir la partie supérieure. Dans le cas de M. Le Fort, le prépuce très-développé, autour d'un gland qui, pendant l'érection, faisait une saillie de deux à trois centimètres, fournit le lambeau inférieur et ce n'est que quelques semaines plus tard que la partie supérieure fut fermée par un lambeau pris sur l'abdomen. La réunion ne se fit pas; aussi M. Le Fort reprit-il après quelques mois la seconde partie de cette opération et cette fois avec un succès complet. Aujourd'hui ce garçon peut porter un appareil, qui empêche les urines de souiller continuellement ses vêtements et peut se livrer à un travail qui lui permet de gagner sa vie. M. Le Fort signale un inconvénient, qui résulte du renversement du lambeau abdominal, c'est la croissance de poils dans la nouvelle cavité de la vessie, poils qui se couvraient de concrétions urinaires et causaient quelques malaises à son opéré; mais celui-ci avait appris à aller chercher avec des pinces ces petits corps étrangers, et s'épilait très-habilement, de temps en temps, la surface interne de la vessie. Aujourd'hui cet inconvénient tend à disparaître par suite de modifications survenues sur cette surface cutanée à mesure qu'elle s'habitue à ses nouvelles fonctions.

LECTURE

M. FARABEUF donne lecture d'une observation de *luxation sous-glénoïdienne de l'humérus*, suivie de quelques réflexions sur les luxations de l'épaule en général. (Commission déjà nommée.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les livres d'étrennes.

Nous ne manquons pas chaque année d'attirer l'attention de nos lecteurs sur les livres dits d'étrennes. Ces livres peuvent être classés en livres de grand luxe, nous croyons inutile d'en parler, ou en livres utiles, mais sortant de nos études ordinaires et se recommandant par leurs qualités d'exécution.

Pour nous, les éditeurs modèles de ce genre de publications restent toujours les Hachette.

Sujets variés, exécution réprochable, entente parfaite de ce qui touche à l'illustration et toutes ces qualités, distribuées sur une véritable échelle où chacun peut choisir suivant ses goûts et ses moyens pécuniaires.

On va en juger par l'énumération de quelques types.

Voici d'abord le second volume de la *Nouvelle Géographie universelle* (1) de Reclus. Ce volume considérable est consacré à la France: 1 grande carte, 10 cartes en couleurs, 69 vues et types, enfin, 234 cartes intercalées dans le texte, disent assez haut avec quelle perfection est traitée cette œuvre. Qu'il y a donc loin, d'une géographie ainsi entendue à celle qui faisait la désolation de notre jeunesse. A la place des sèches descriptions, tout ce qui touche aux races, aux mœurs, aux curiosités, à la statistique, donne la vie et le mouvement à nos chères provinces.

L'ouvrage s'ouvre par une vue d'ensemble sur le milieu et la race. Les Pyrénées, les Landes et le bassin de la Garonne; les Alpes, le Rhône et le littoral de la Méditerranée; puis le Jura et le bassin de la Saône, enfin le plateau central de la France, passent tour à tour sous nos yeux. De là, l'auteur nous transporte dans la Charente et la Vendée, étudie le bassin de la Loire, la Bretagne, les îles Normandes, la basse Normandie, le Cotentin, le bassin de la Seine. Il termine, enfin, par le Nord de la France, les Vosges et les bassins de la Meuse et de la Moselle. La statistique de la France et un chapitre sur le gouvernement et l'administration complètent ce second volume d'une œuvre qui restera la plus savante et la plus agréable expression de la géographie actuelle.

Nous ne quitterons pas la géographie, si nous ouvrons le voyage aux États-Unis d'Amérique, que H. Dixon vient de publier sous le titre de « La Conquête blanche (2) ». Mais nous ne sommes plus ici dans la compagnie d'un savant qui n'avance que des faits acquis et ne donne jamais cours à son imagination. Ici l'œuvre tient sinon du roman, du moins des impressions du voyageur, et nous pouvons nous attendre à marcher de surprises en surprises, et d'émotions en émotions.

Partis de San Carlos (de Californie), nous visiterons les Indiens des missions; nous verrons à l'œuvre les conquérants blancs, les bandits; puis après avoir vu les missions catholiques, les jésuites et et leurs élèves, nous gagnerons San Francisco. Là nous retrouverons les Indiens, les Squaws, le mormonisme rouge, les Indiens blancs; la polygamie, les voyants indiens, le communisme, la vendetta blanche, la fièvre rouge, nous livreront autant d'impressions nouvelles et curieuses.

Au Texas, à la Louisiane, en Géorgie, en Virginie, les tableaux changeront, mais en gardant le plus vif intérêt. Le Chinois nous apparaît alors sur ce terrain avec une expression nouvelle et peu connue. Enfin, à Philadelphie, nous retrouverons les femmes blanches, leur croisade contre l'intempérance, et, après avoir constaté l'état de l'instruction en Amérique, l'auteur, qui semble avoir voulu faire la contre-partie des efforts contre les noirs, crie aux blancs: « Serrez vos rangs, sans quoi vous verrez s'effondrer vos institutions libres, tandis que contre vos frères blancs vous aurez pris le parti des hommes rouges, noirs et jaunes. »

Mais quittons cet ordre d'idées et avec l'*Histoire du mobilier* (3) admirons ce que l'industrie humaine a pu produire de merveilleux dans les siècles qui nous ont précédés.

Tous les objets d'art qui peuvent composer l'ameublement et les collections de l'homme du monde et du curieux ont été dans ce volume réunis et étudiés de main de maître. Pourquoi faut-il que la main de ce maître soit à jamais glacée? Albert Jacquemart a cessé de vivre le 14 octobre 1875, et l'*Histoire du mobilier* est sa dernière œuvre.

Parmi nos confrères, il est un certain nombre d'amateurs très-distingués et leurs noms apparaissent dans cet ouvrage, où nous pouvons étudier successivement le mobilier, les tentures et les objets d'art. Le mobilier historique et éclectique, puis les meubles et leurs diverses espèces: les tapisseries, les broderies, dentelles, tissus étoffes, cuirs, et papiers de tenture passent d'abord sous nos yeux. Voici maintenant les œuvres des statuaires, marbre, pierre, albâtre, bronze, ivoire, bois, terres cuites, stuc et céroplastie. L'art

(1) In-8° jésus, prix broché, 30 francs, ou 37 francs richement relié. — Paris, Hachette et Ce.

(2) In-8° raisin. Prix broché: 10 francs, ou 14 francs richement relié. — Paris, Hachette et Ce.

(3) In-8. jésus. — Prix broché, 30 francs, ou 27 francs richement relié. — Paris, Hachette et Ce.

ornemental suit avec ses bronzes, ses horloges, ses pendules, ses fers forgés et ses armes de tout style et de toute époque. L'orfévrerie, la bijouterie, les gaînes, les émaux, la verrerie, la céramique, les laques et les cuirs ouvrés complètent cette très-curieuse histoire.

Est-il besoin d'ajouter qu'un semblable livre devait parler autant aux yeux qu'à l'esprit et que l'une des deux cents eaux-fortes typographiques, dues à la piété filiale de M. Jules Jacquemart, font de l'*Histoire du mobilier*, une véritable œuvre d'art.

Si quelques lecteurs veulent parcourir maintenant une de ces productions où la forme attrayante cache un fonds qui eut pu être trop sérieux. Voici la *Bannière bleue* (1) de Léon Cahun. Ce sont les aventures d'un musulman, d'un chrétien et d'un païen à l'époque des Croisades et de la conquête Mongole. Il s'agissait de faire lire sans fatiguer l'histoire du fait qui domine le XIII[e] siècle : l'auteur a parfaitement rempli son programme, et qui aura cru n'ouvrir qu'un livre léger aura trouvé un habile et savant résumé historique.

Terminons cette petite revue, en inscrivant quelques titres : *Les Trombes et Cyclones* (2), de MM. Zurcher et Marjollé; *les Colosses anciens* (3), de M. Lesbazeilles; *la Lumière* (4), de M. Moitessier. Ces trois volumes appartiennent à l'excellente collection connue sous le nom de la *Bibliothèque des merveilles :* cette mention suffit pour les faire apprécier à leur très-juste valeur; bons et excellents petits livres, où il y a toujours d'excellentes choses à revoir ou à apprendre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. — Avis. — A l'occasion du jour de l'an, la Faculté sera fermée du dimanche 31 décembre au jeudi 4 janvier inclusivement. — Les cours et les examens recommenceront le vendredi 5. — Le bureau des consignations sera fermé le vendredi 29 et le samedi 30 décembre.

— *Hôpitaux de Paris.* — La distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux, qui ont concouru en 1876, aura lieu le vendredi 29 décembre 1876, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des internes et externes nommés à la suite du concours de 1876.

La distribution des cartes de service aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique pour les internes de 2[e] 3[e] et 4[e] année, le mardi 26 décembre à une heure précise; — pour les internes de 1[re] année ou pour les élèves internes provisoires, le 27 décembre à une heure; — pour les élèves externes de 2[e] et 3[e] année, le 27 décembre à trois heures; — pour les externes de 1[re] année, le jeudi 28 décembre à une heure précise, pour la première moitié de la liste, et à trois heures et demie pour la seconde moitié.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Frébault, pharmacien de 1[re] classe, chef des travaux chimiques, est nommé, en outre, professeur adjoint de pharmacie.

— La Société médicale d'Indre-et-Loire met au concours, pour l'année 1877, la question suivante : « De la cautérisation dans la diphthérie. »

— Dans sa séance du 11 décembre 1876, la Société de médecine légale, a procédé au renouvellement de son bureau, qui, pour l'année 1877, est composé comme il suit :

Président, M. Hémar, avocat général à la Cour de Paris. — *Vice-Présidents,* M. Trélat, professeur à l'École de médecine, M. Pénard. — *Secrétaire général,* M. Gallard. — *Secrétaires des séances,* MM. Riant, Delastre, avoué à la Cour d'appel. — *Archiviste,* M. Ladreyt de la Charrière. — *Trésorier,* M. Mayet, pharmacien.

Membres de la commission permanente, chargée de répondre d'urgence, pendant l'intervalle des séances, aux demandes d'avis motivés, qui sont adressées à la Société :

MM. Hemar, Gallard, Baudouin, Demange, Devergie, d'Herbelot, Lefort, Liouville, Mannel, Motet, Polaillon.

Conseil de famille. — MM. Champouillon, Chaudé, Choppin d'Arnouville, Dolbeau, Mannel.

Comité de publication. — MM. Delastre, Fourchy, Ladreyt de la Charrière, Lunier, Riant.

La Société a déclaré la vacance de trois places de membres titulaires et de dix places de membres correspondants nationaux.

Les nominations devant avoir lieu prochainement, les candidats sont invités à faire parvenir sans délai leurs demandes au secrétariat général.

— La Société d'anthropologie de Paris a renouvelé, dans sa dernière séance, son bureau pour l'année 1877. Ont été élus : président, M. le docteur de Ranse; — Vice-présidents : MM. Ploix et A. Sanson; — Secrétaire général, M. le docteur Broca; — Secrétaire général adjoint, M. le docteur Magitot; — Secrétaires annuels : M. Gérard de Riolle et M. le docteur Collineau; — Conservateur des collections, M. le docteur Topinard; — Archiviste, M. Dureau de la Malle; — Trésorier, M. Leguay.

— *Cours d'embryologie comparée.* — M. le professeur Balbiani commencera son cours le samedi 6 janvier, à une heure et demie, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera de la génération et du développement des vertébrés.

— M. Garrigou-Desarènes recommencera, le mercredi 27 décembre, à une heure, ses conférences et son cours public sur les maladies de l'oreille, à sa clinique, 37, rue de l'École-de-Médecine.

(1) In-8°, prix broché, 10 francs ou 15 francs relié. Paris, Hachette et C°.
(2, 3 4,) In-18 jésus. Prix broché : 2 fr. 25.

Le Directeur : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une de ces séances de fin d'année consacrées surtout à des conclusions de rapports et à des questions administratives, pour lesquelles l'Académie se forme en comité secret.

On admet bien quelques rares lectures après le dépouillement de la correspondance, mais c'est à peine s'il est possible de les entendre, tant l'auditoire est inattentif et bruyant.

Nous signalerons cette fois surtout une très-remarquable étude de M. le professeur Paulet, du Val-de-Grâce, sur l'anatomie et la physiologie comparée de la région périnéale dans le sexe masculin.

Dans le sexe féminin, cette même région appellerait aussi de nouvelles recherches. Nous avons déjà eu l'occasion de parler de certains groupes de fibres musculaires, dont la contracture insolite peut exercer de graves méprises dans la pratique gynécologique et dans la pratique obstétricale. Or, ces méprises peuvent avoir des résultats trop préjudiciables pour qu'on ne s'attache pas à décrire jusqu'aux moindres anomalies anatomiques et physiologiques qui peuvent se présenter au doigt dans le toucher.

Dr Victor REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. RIGAL.

De l'insuffisance mitrale (1).

II

Examinons maintenant quelles sont les modifications apportées dans le pouls pour la lésion cardiaque que nous étudions.

Dans les cas d'insuffisance mitrale, le pouls présente des caractères dont il faut tenir compte. Quand il existe une compensation à peu près parfaite, le nombre des battements est en général augmenté, mais ceux-ci conservent une assez grande régularité de rhythme. Il en est de même lorsque à l'insuffisance vient se joindre un rétrécissement, pourvu que la compensation soit bien faite. Quant à ce fait avancé par les auteurs, à savoir que dans l'insuffisance le pouls est petit, inégal, intermittent, cela est vrai en thèse générale, parce que très-souvent il se fait une rupture passagère ou permanente de la compensation; mais si celle-ci est bien établie, si le muscle cardiaque est encore sain, vous verrez beaucoup de malades affectés d'insuffisance chez lesquels le pouls est parfaitement égal, parfaitement régulier. Notre malade du n° 7 nous en offre un exemple; et il est de même de celle du n° 5, depuis que les phénomènes d'asystolie ont disparu.

Mais remarquez qu'une compensation aussi parfaite existe rarement; qu'il suffit d'une émotion un peu vive, d'un exercice un peu violent, pour que l'énergie des contractions ventriculaires faiblisse, et alors on trouve les caractères qu'on a décrits comme propres au pouls de l'insuffisance, et qui relèvent tout simplement d'une asystolie, c'est-à-dire de l'irrégularité et des intermittences ou plutôt de fausses intermittences, car elles tiennent à ce que la contraction cardiaque se faisant avec une force très-inégale, certaines ondées sanguines arrivent presque dans la radiale et donnent lieu au phénomène du pouls, alors que d'autres ne sont pas poussées avec une vigueur suffisante pour dilater l'artère et être perçues par le doigt.

Indépendamment des signes objectifs dont je viens de vous entretenir, il existe encore dans l'insuffisance mitrale un certain nombre de symptômes qui résultent de l'embarras que provoque, dans la petite et dans la grande circulation, la lésion valvulaire dans les cas où l'insuffisance est pure et bien compensée; ces accidents ne sont pas très-prononcés, mais, pour éviter qu'ils ne se produisent, il faut contraindre les malades à garder le repos et leur épargner, autant que possible, des émotions violentes et les empêcher de se livrer à toute espèce d'exercice violent qui oblige le cœur à un travail plus considérable dont les conséquences seraient des plus fâcheuses.

Dans les cas d'insuffisance légère, tout se borne à quelques palpitations, à des contractions cardiaques plus ou moins faibles, inégales, irrégulières; quand les malades se donnent un peu de mouvement, montent des escaliers, par exemple, ils ont de la dyspnée et un certain degré de cyanose. Mais si l'insuffisance est de date ancienne, si elle a déterminé des altérations notables dans la musculature du cœur, si le ventricule gauche est dilaté, si le droit est lui-même augmenté de volume, et qu'il existe une insuffisance tricuspide, on voit alors se produire tous les phénomènes qui indiquent un embarras considérable dans la circulation veineuse et qui résultent d'un cas de tension dans les vaisseaux : cyanose permanente, suffusions séreuses parfois très-étendues, congestions viscérales.

Chez quelques-uns de ces malades, les congestions sangui-

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 décembre.

nes prédominent dans certains organes plutôt que dans d'autres. Ordinairement, et vous en comprenez les raisons, c'est le poumon qui subit le plus facilement le contre-coup de l'embarras circulatoire. On constate alors des phénomènes indiquant la congestion et l'œdème des bases et caractérisé par de la submatité, des râles sous-crépitants, par une obscurité du murmure respiratoire et tous les signes d'une bronchite localisée. Ailleurs, alors que par le fait de la résistance individuelle propre à certains organes, les poumons ont résisté, c'est le foie qui présente des symptômes de congestion qui se produisent par une tuméfaction de cet organe plus ou moins considérable par un léger catarrhe des voies biliaires d'où résulte une teinte jaune subictérique des téguments de la cornée. Enfin, dans les cas où l'insuffisance est extrêmement prononcée, où la compensation très-insuffisante et la résistance des capillaires viscéraux très-affaiblie, on voit apparaître un anasarque considérable et des congestions des viscères qui peuvent affecter tous les organes sans exception.

J'appelle toute votre attention sur ce fait de la résistance variable que chaque organe oppose à la congestion; c'est un fait d'une véritable importance clinique, qui vous dérouterait si vous ne le connaissez pas. Il semblerait qu'un obstacle apporté à la circulation intracardiaque par une lésion d'orifice dût déterminer une stase sanguine à peu près égale dans tous les viscères : il n'en est rien; sans doute l'excès de tension veineuse est presque identique dans toute l'étendue du système veineux, mais pour qu'un organe soit congestionné d'une manière suffisante, pour que son augmentation de volume soit appréciable pour l'observateur, il faut que ses vaisseaux, ses capillaires notamment, aient perdu leur élasticité et leur contractilité; il faut qu'ils se laissent distendre par le sang, que leur résistance soit vaincue par l'excès de tension veineuse. Or c'est cette résistance, cette facilité à la distension qui est éminemment variable suivant les organes et *suivant les individus*. Il peut arriver que dans un cas d'insuffisance mitrale entravant assez la circulation pour déterminer une légère cyanose, vous ne trouvez que des congestions viscérales inappréciables; par contre il n'est point rare de constater chez certains cardiaques, dont la lésion mitrale ne paraît pas entraver véritablement la circulation, une congestion notable de la base des poumons ou une tuméfaction congestive du foie. Dans un cas, la portion périphérique de l'appareil circulatoire a résisté, dans l'autre elle est distendue et congestionnée d'une manière variable suivant les organes. J'ajoute qu'il n'est pas rare de voir ces congestions, localisées sur un organe, prendre un caractère d'activité, d'acuité remarquable.

Je viens de vous entretenir des insuffisances mitrales qui relèvent d'une lésion organique et qui, par cela même, sont durables et permanentes. A côté d'elles, il faut pour vous éviter des erreurs de diagnostic que je donne une place aux insuffisances mitrales transitoires qui ne sont pas dues à une lésion organique de la valvule, mais qui dépendent d'un affaiblissement temporaire de la contraction cardiaque, d'une sorte de parésie musculaire qui entraîne tout à la fois la dilatation paralytique du ventricule et une tension insuffisante des diverses parties de la valvule mitrale. Quelles que soient, en effet, les opinions des physiologistes sur le mode d'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, il est difficile d'admettre : 1° qu'au moment de la systole ventriculaire, il ne se produit pas un certain resserrement, un léger froncement de l'orifice mitral; 2° que les muscles valvulaires en se contractant ne donnent pas à la valvule la forme, le degré de développement et de rigidité les plus favorables pour une bonne fermeture de l'orifice. Donc si, par le fait de certaines maladies générales ou locales, il survient une sorte d'état parétique de musculature du ventricule dans son ensemble, il s'ensuivra une insuffisance légère de la valvule mitrale dont la production sera d'autant plus facile, que cet état paralytique de la fibre musculaire cause souvent un certain degré de dilatation de la cavité ventriculaire. Les données théoriques sont confirmées complétement par les études cliniques. Ne voyons-nous pas, en effet, les maladies du myocarde, la myocardite, la stéatose, donner lieu à des souffles mitraux plus ou moins intermittents et passagers? Ne constatons-nous pas ces mêmes souffles dans un grand nombre de maladies fébriles avec tendance à l'adynamie; dans le typhus, dans la fièvre typhoïde, dans l'érysipèle, dans la diphthérie, pour ne citer que les plus communes? Enfin, ceux de vous qui touchent à la fin de leurs études ont certainement rencontré des anémiques et surtout des anémiques névropathiques qui étaient porteurs d'un bruit de souffle systolique dont le maximum était manifestement à la pointe et à gauche, ce bruit de souffle, suivant les variations de l'anémie et de l'état névropathique, se modifiant et disparaissant avec eux. Il faut donc admettre les insuffisances mitrales *fonctionnelles* et vous garder de commettre l'erreur qui consiste à rapporter toujours à une insuffisance mitrale organique les souffles systoliques de la pointe du cœur. Une pareille interprétation vous conduirait à des erreurs de pronostic et de thérapeutique, dont je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance.

Les phénomènes morbides qui vous permettront, en général, de faire le diagnostic différentiel entre ces deux modes d'insuffisance, sont les suivants : l'insuffisance fonctionnelle se caractérise le plus souvent par un souffle systolique doux, parfois intermittent, par la faiblesse du choc du cœur et de l'absence d'une hypertrophie notable. Assez souvent l'auscultation révèle un affaiblissement des bruits du cœur qui deviennent sourds et éloignés. Enfin, on a encore pour s'éclairer les conditions au milieu desquelles se sont développés les signes d'une insuffisance mitrale : état anémique prononcé avec ou sans névropathie, maladies fébriles, adynamisantes, etc.

Ce diagnostic différentiel peut être difficile à faire; il m'a été donné de voir quelques anémiques névropathiques chez lesquels le soufffe mitral était fort, la pulsation cardiaque énergique, les bruits du cœur éclatant. Cette intensité des symptômes m'a paru devoir être attribuée d'une part à une grande excitabilité du cœur, de l'autre à la force des vibrations de la veine fluide qui, par suite de la diminution considérable des globules, se trouvait dans des conditions de vibration très-favorables, la vibration des liquides étant en raison directe de leur fluidité. Dans ces circonstances, vous établirez votre diagnostic en vous appuyant sur l'absence d'une hypertrophie notable et sur celle des phénomènes généraux des maladies du cœur : congestions et hydropisies.

Souvent l'insuffisance mitrale est compliquée par un rétrécissement, mais dans la majorité des cas l'une des deux lésions prédomine et rejette l'autre sur un second plan. Quand toutes les deux coexistent à un haut degré, on trouve combinés les symptômes qui les caractérisent. C'est alors que l'on constate tous les phénomènes indiquant une hypertrophie du cœur généralisée, et que l'auscultation révèle l'existence de bruits extrêmement singuliers. Chez le même malade on peut ainsi percevoir des souffles présystoliques, systoliques, diastoliques, auquels viennent encore se joindre des dédoublements du second bruit. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et, en thèse générale, quand l'insuffisance et le rétrécissement sont peu prononcés, le signe principal que l'on perçoit consiste dans un

souffle très-long, très-prolongé, à lapoin te et à gauche, qui résulte de la combinaison d'un souffle présystolique avec un souffle systolique.

Quand l'une des lésions est moins prononcée que l'autre, la lésion la plus considérable se traduit seule par des phénomènes d'auscultation : tantôt par le soufffe de l'insuffisance, tantôt par celui du rétrécissement. Ces combinaisons de souffles peuvent d'ailleurs exister à des degrés les plus divers, qu'ils dépendent de la prédominence d'une lésion sur l'autre, ou qu'il y ait combinaison de lésions égales.

Au point de vue pratique il est d'une importance très-secondaire de faire un diagnostic rigoureux et d'établir quelle est la lésion prédominante de l'insuffisance ou du rétrécissement; ce qu'il est indispensable de reconnaître, c'est d'abord l'existence d'une lésion considérable de l'orifice mitral, ensuite l'influence que cette lésion a exercée : 1° sur la musculature du cœur et sur sa force de contraction et en particulier sur le ventricule droit ; 2° sur les circulations viscérales et secondairement sur la composition du sang. Ces données étant établies, vous serez à même de porter un pronostic et d'instituer un traitement, ce qu'il importe avant tout et ce que j'espère vous apprendre dans nos prochaines leçons sur la systolie, le pronostic et le traitement des maladies du cœur.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Fracture du tibia chez un ataxique.

J'ai déjà eu l'occasion d'appeler votre attention sur un individu, couché au n° 42 de la salle Sainte-Vierge, qui est affecté d'ataxie locomotrice et qui, probablement à cause de cette affection, par suite d'une modification de texture qui rend les os plus fragiles, a contracté une fracture du fémur. Je vous ai dit que cette rupture de l'os de la cuisse, que j'ai appelée presque spontanée, malgré l'ataxie, malgré la raréfaction du tissu osseux, qui en avaient rendu la production plus facile, avait néanmoins été suivie d'une périostite condensante qui en avait amené la solidification.

Aujourd'hui, j'appellerai votre attention sur les lésions que présente le membre opposé, celui du côté gauche. Celui-ci en effet est le siége d'une déformation considérable à la région du genou. Elle consiste d'abord dans une augmentation du diamètre transversal résultant d'un aplatissement d'avant en arrière de l'articulation, et dans une légère concavité qu'on observe à la partie antérieure, au-dessous de la rotule, dépression qui s'accuse davantage quand le malade relève complétement la jambe.

Cette difformation est en rapport avec une mobilité considérable en avant et en arrière, marquée surtout dans l'extension, et s'accompagne en outre d'un phénomène semblable dans les mouvements de latéralité.

En même temps, le genou présente des craquements très-forts, qui ont lieu quand on recommande au malade d'étendre le tibia sur le fémur. Ces bruits morbides sont même plus que de la crépitation : ils constituent une sorte de percussion.

Quelle est donc cette maladie du genou consistant en une déformation de l'articulation? Comment expliquer cette mobilité latérale et quels rapports a-t-elle avec l'ataxie? C'est ce que je vais essayer de déterminer.

Il y a déjà assez longtemps que Cruveilhier, et après lui Deville, puis MM. Broca, Verneuil, ont présenté à la Société anatomique et décrit une variété de maladies des articulations, qu'ils ont appelé du nom d'arthrite sèche. Il est certain que nous avons chez ce malade des caractères de cette affection qui consiste surtout dans la disposition des cartilages articulaires, laquelle est d'abord précédée d'une altération des surfaces osseuses caractérisée au début par un état de dépoli, de rugosité et par cette disposition particulière à laquelle on a donné le nom d'altération vélvétique. Mais ici nous ne trouvons plus ni cartilages diarthrodiaux, ni semi-lunaires ; et leur absence complète est rendue suffisamment manifeste par les frottements très-durs dont les surfaces osseuses sont le siége, et qui indiquent que non-seulement elles ont perdu leurs cartilages, mais encore qu'elles présentent cet état particulier que Cruveilhier a très-bien désigné sous le nom d'éburnation. Les ligaments latéraux et les ligaments croisés paraissent également faire défaut. Mais il est certain que, s'il s'agit ici d'une arthrite sèche, il faut reconnaître qu'elle s'accompagne chez ce malade d'un phénomène que l'on ne rencontre pas souvent dans cette affection : je veux parler de la déformation du genou et de cette grande mobilité avec mouvements de latéralité, avec crépitation considérable. Si, en effet, dans un grand nombre d'arthrites sèches on perçoit des craquements, une diminution des mouvements normaux de l'articulation, un peu de rigidité même, la mobilité latérale est beaucoup moins prononcée qu'elle ne l'est ici, et les craquements beaucoup plus fins. En outre, quand une arthrite sèche ordinaire se présente avec des mouvements de latéralité aussi étendus, avec des craquements aussi accentués, on sait que ces signes n'ont apparu qu'avec une lenteur assez considérable et parfois même après plusieurs années. Or, dans le cas qui nous occupe, la déformation du genou et tous les caractères que je viens de vous énumérer ne datent que d'une époque récente, de six mois seulement. Eh bien, sachant que les arthrites sèches, consécutives soit à un rhumatisme chronique, soit à une lésion traumatique, arrivent bien plus lentement à présenter cette disparition des cartilages diarthrodiaux et semi-lunaires, et donner lieu à une mobilité aussi excessive, nous sommes en droit de nous demander ce qu'il y a de particulier dans le cas de ce malade.

Tout d'abord, quant à l'étiologie, nous ne trouvons rien qui puisse nous donner l'explication des phénomènes que nous avons sous les yeux, car, d'après le récit du malade, les accidents qu'il présente du côté du genou paraissent avoir une origine traumatique. Il déclare, en effet, qu'il y a six mois environ, en voulant monter dans une baignoire, il a fait un faux mouvement à la suite duquel il a ressenti un craquement et vu survenir un gonflement énorme du genou, puis enfin tous les symptômes d'une arthrite aiguë. Nous sommes donc en droit de dire que nous avons simplement affaire à une arthrite sèche consécutive à une arthrite aiguë.

Seulement, ainsi que je vous l'ai déjà dit, ces arthrites qui deviennent sèches mettent infiniment plus de temps à produire une lésion aussi profonde que celle que nous observons chez ce malade, et je crois que, pour expliquer des désordres aussi considérables, il faut faire intervenir, comme pour la fracture du fémur du côté droit, l'ataxie locomotrice.

Les observateurs modernes, et surtout M. le professeur Charcot, ont établi en effet que dans l'ataxie locomotrice, dans cette maladie singulière qui consiste dans une altération scléreuse des cordons postérieurs de la moelle, il n'était pas rare de voir survenir des lésions articulaires semblables à celles qu'on rencontre dans la variété désignée sous le nom d'arthrite sèche et dans la catégorie de laquelle nous devons les faire rentrer nous-mêmes, bien qu'elles ne suivent pas la même marche,

et surtout qu'elles ne présentent pas cette conformation particulière caractérisée par l'aplatissement et l'usure des os qui, de plus, deviennent irréguliers, rugueux, par suite de la production de stalactites osseuses à la périphérie des surfaces articulaires.

J'ai cru un moment que l'arthrite sèche, très-mobile, que nous avons sous les yeux, se rapprochait des arthrites ordinaires et différait de celle de M. Charcot, parce que j'a itrouvé des stalactites osseuses non pas, il est vrai, sur le fémur où on le rencontre le plus fréquemment, mais sur le plateau supérieur du tibia, où elles se présentaient sous forme de rugosités considérables, que l'on pouvait considérer comme s'étant développées dans le cours d'une arthrite sèche.

C'est qu'en effet, ainsi que je vous l'ai dit, il n'est pas ordinaire de rencontrer de telles stalactites osseuses dans les lésions articulaires qui se manifestent dans le cours de l'ataxie locomotrice. Aussi, comme chez ce malade l'affection de la moelle existe depuis longtemps avec des caractères tels qu'elle ne saurait être mise en doute, comme d'autre part les troubles dont l'articulation est le siége ont eu pour point de départ une lésion traumatique avec craquement, je me suis demandé si ces stalactites ne pouvaient pas être considérées comme des productions osseuses de nouvelle formation, développées à la suite d'une fracture. Il peut en effet se faire que ce malade ait eu une fracture du tibia, que le gonflement du genou n'a pas permis au médecin de reconnaître, et que celle-ci se soit consolidée d'une façon un peu irrégulière.

Dans le but de confirmer ce diagnostic, j'ai cherché hier à comparer par la mensuration la longueur des deux tibias, et le cordon métrique, appliqué successivement sur chaque membre, m'a donné, entre la distance du condyle interne du fémur à la malléole interne, une différence de longueur de 2 centimètres et demi au détriment de celui du côté gauche. Cette recherche était ici d'autant plus importante à faire, que le malade présente une roideur générale du membre droit, comparativement à celui du côté opposé. Nous avons ainsi constaté que le membre droit, dont le fémur a été fracturé et présente un cal, est cependant plus long que le gauche. Eh bien, pourquoi ce dernier, dont le fémur n'a pas subi de solution de continuité, qui est même plus long que celui du côté opposé, pourquoi a-t-il son tibia court? Probablement parce que le tibia a été fracturé dans le mouvement que le malade a fait pour monter dans son bain. Cette fracture a donné lieu à une arthrite consécutive, et ce n'est que quand l'épanchement a disparu que l'on a pu constater ces stalactites osseuses, qui, pour moi, sont dues certainement à la cause que je viens de vous signaler.

Ceci vous montre les relations très-inattendues qui existent entre cette maladie du système nerveux, dont les travaux de Duchenne (de Boulogne), de Axenfeld et plus tard de M. Charcot ont fait une entité morbide parfaitement distincte, et le squelette qui subit d'une part un certain degré de fragilité qui rend les fractures faciles, et, d'autre part, dont les articulations peuvent devenir le siége d'une maladie inflammatoire au début, mais susceptible de passer très-rapidement à l'état d'arthrite sèche avec tendance aux luxations spontanées.

Ces arthrites sèches, quelle qu'en soit la cause, sont incurables, et, pour le cas qui nous occupe, le traitement doit se borner à celui de l'ataxie. Quant aux moyens chirurgicaux, il consistent simplement dans l'application ou d'un appareil orthopédique ou d'un bandage silicaté, dextriné ou plâtré, dont le rôle sera de maintenir le genou complétement immobile.

C'est qu'en effet, dans ces cas, nous sommes complétement impuissants à faciliter la reproduction des surfaces cartilagineuses, qu'il s'agisse d'une arthrite sèche consécutive à l'ataxie locomotrice, d'une arthrite traumatique ou bien de celle qu'on voit survenir ordinairement dans le cours d'une tumeur blanche.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1876. — Présidence de M. Chatin.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports négatifs des épidémies pour l'année 1875, dans les départements du Cantal, du Tarn, de la Mayenne, des Landes, d'Ille-et-Vilaine;

2° Un rapport sur une épidémie d'angine couenneuse qui a sévi dans l'arrondissement de Baugé (Maine-et-Loire), pendant l'année 1875;

3° Les comptes rendus des épidémies qui ont été observés dans le département de la Haute-Loire en 1875. (Commission des épidémies.)

4° Des rapports que le service des eaux de Salies pour la saison de 1876, et de Forges pour la saison 1874. (Commission des eaux minérales.)

M. le Ministre, à l'occasion d'une mission dont MM. Maugeot et Borson, anciens élèves de l'École normale, ont été chargés au Japon, prie l'Académie de faire préparer des instructions qui puissent les guider dans leurs recherches géologiques et minéralogiques. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Garibaldi, de Gênes, relative à l'importance de la tache oculaire comme signe certain de la mort réelle;

2° Un mémoire de M. le docteur Doïn sur le service médical de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, pendant l'année 1875. (Commission des eaux minérales.)

3° Une lettre accompagnant l'envoi *d'une observation d'anurie ayant duré près de neuf jours*, par M. le docteur Mouchot, de Commercy;

4° Une lettre de M. le docteur Lagarde, de Peyrehorade, (Landes), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté).

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. Ehrmann, de Mulhouse, une lettre de candidature au titre de correspondant avec une notice sur ses titres scientifiques et un exemplaire de chacune de ses publications.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1877. — Sont élus :

Épidémies : MM. Villemin et Piorry.
Eaux minérales : MM. Empis et Bouchardat.
Remèdes secrets : MM. Bourdon et Mialhe.
Vaccine : MM. Blot et Magne.

LECTURE

M. Planchon, candidat pour la section de pharmacie, lit un travail sur *la classification naturelle des médicaments simples d'après la structure anatomique des organes.*

COMMUNICATION

M. Paulet, professeur à l'école du Val-de-Grâce, candidat pour la section d'anatomie et physiologie, communique à l'Académie, à l'appui de sa candidature, un mémoire intitulé : *Recherches sur l'anatomie comparée du périnée.*

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Les modifications successives, présentées par l'ensemble péri-

néal, à mesure que l'on passe des ruminants aux solipèdes, de ceux-ci aux carnassiers, aux quadrumanes et à l'homme, ne changent rien au plan fondamental de l'organisation, au *type* qui reste le même.

2° Chacune des parties constituant la région périnéale de l'homme a son homologue dans la région périnéale des animaux mammifères.

3° Le *fascia superficialis* est identique chez tous les mammifères et chez l'homme; il ne varie d'une espèce à l'autre que par son épaisseur, ordinairement en rapport avec la taille de l'animal.

4° Chez tous les mammifères et chez l'homme, l'appareil génito-urinaire est nettement séparé de l'appareil défécateur par une cloison aponévrotique, étendue depuis la face postéro-supérieure de la vessie jusqu'à l'extrémité libre du pénis chez l'homme. La cloison forme une véritable gaîne génito-urinaire, cylindroïde, dont les diverses portions ont été très-improprement distinguées sous des noms différents par les anthropotomistes.

5° Les muscles *rétracteurs de la verge* paraissent n'exister que chez les animaux dont le pénis est fixé à l'abdomen par un fourreau. Ils ne sont pas représentés chez l'homme. Ils n'existent pas non plus chez les singes, qui ont le pénis libre.

6° *Le muscle rétracteur du scrotum* de certains carnassiers est représenté chez l'homme par la continuité fréquente des fibres superficielles du sphincter anal avec la partie scrotale du dartos.

7° *Le muscle releveur de l'anus* de l'homme est l'homologue de l'ischio-anal des mammifères. Son élargissement et l'étendue de ses insertions dans l'espèce humaine sont en raison directe des dimensions transversales du bassin relativement à sa hauteur.

8° Chez l'homme et chez les mammifères, le *sphincter uréthral* s'étend de la vessie aux bulbes. Il est toujours constitué par des fibres circulaires, striées, auxquelles s'ajoutent, chez certaines espèces, des fibres longitudinales, diversement disposées et faisant suite aux fibres longitudinales de la vessie.

9° Les muscles *bulbo-caverneux et ischio-caverneux* ne présentent dans la série que des différences peu considérables; leur disposition anatomique est fondamentalement la même chez tous les mammifères, et ils paraissent appelés à remplir les mêmes fonctions que chez l'homme.

10° Le *muscle transverse superficiel* n'appartient pas, à proprement parler, au plan général de la région. Son existence n'est soumise à aucune règle fixe. Il manque normalement dans un grand nombre d'espèces, et l'on constate souvent son absence à titre d'anomalie chez les animaux même où il existe le plus constamment. Ses fonctions, si elles ne sont pas nulles, sont au moins très-peu importantes.

Les mêmes remarques sont applicables aux faisceaux décrits sous le nom de muscles *ischio-bulbaires*.

11° Le *muscle transverse profond* ou *muscle de Guthrie* est identique au *transverse uréthral* des carnassiers, dont il reproduit exactement les insertions, les rapports et la disposition anatomique. Ce muscle est compresseur des veines dorsales du pénis.

12° L'expression *muscle de Wilson* doit cesser d'être employée en anthropotomie. Cette expression consacre une erreur d'observation, en ce sens qu'elle tend à faire considérer comme un muscle distinct des fibres appartenant au transverse profond ou releveur de l'anus. Elle est tout aussi incorrecte dans le langage des zootomistes, car alors elle s'applique au sphincter uréthral, muscle dont Wilson ne paraît pas avoir soupçonné l'existence.

13° L'aponévrose dite *périnéale moyenne*, n'est autre chose que la gaîne du muscle transverso-uréthral. Elle n'existe pas chez tous les animaux normalement dépourvus de ce muscle. Chez l'homme, les deux feuillets de cette aponévrose et le muscle transversal profond qu'ils comprennent ferment le bassin et subdivisent la loge génito-urinaire du périnée en deux portions : 1° partie intrapelvienne, comprenant le sphincter uréthral ; 2° partie extrapelvienne, affectée à l'organe copulateur.

14° Chez les animaux pourvus de *vésicules séminales*, ces réservoirs sont recouverts d'une gaîne musculaire destinée à les comprimer ; chez l'homme, ce plan est constitué par les fibres lisses de l'aponévrose prostato-péritonéale.

15° Typiquement, la prostate occupe la face rectale du col vésical lorsqu'elle entoure l'urèthre ; la portion de la glande qui couvre la face pubienne du canal est toujours moins épaisse que l'autre.

16° L'existence des *glandes de Cooper* ne paraît assujettie à aucune loi. Ces glandes, se rencontrant normalement dans une espèce, peuvent manquer normalement aussi dans l'espèce la plus voisine.

17° Les fibres musculaires destinées à comprimer les glandes de Cooper constituent, dans certains cas, un muscle constricteur indépendant. Dans d'autres cas, la compression est exercée par des fibres appartenant au muscle le plus voisin. Chez l'homme, le muscle constricteur de la glande de Cooper est représenté par les fibres postéro-extérieures du muscle transverse profond.

18° Le muscle ischio-uréthral du cheval n'est qu'une portion du constricteur de la glande de Cooper, l'autre portion étant formée par la bandelettte émanée du sphincter uréthral. C'est donc à tort qu'on décrit ces deux moitiés d'un même muscle comme deux muscles indépendants.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. GILLETTE présente à l'Académie deux femmes, sur lesquelles il vient de pratiquer l'ovariotomie avec succès à l'hôpital Temporaire de la rue de Sèvres. Il présente en même temps les deux kystes avec grosseur à peu près normale, car la dessication leur a fait perdre une partie de leur volume.

La première malade, Mme Emma L..., âgée de trente et un ans, a habité *Concordia* de la République Argentine pendant longtemps et a eu à différentes reprises la fièvre typhoïde, une hépatite, la variole, la suette miliaire puis un érysipèle de la face. Elle a eu quatre enfants et c'est après le troisième, il y a environ trois ans, qu'elle a senti son kyste se développer à droite ; elle donna le jour à un quatrième enfant en 1874 et sans accidents. Ce kyste avait alors des dimensions moyennes. Elle a subi trois ponctions, la première le 21 avril 1876, la deuxième le 20 juin, la troisième le 29 juillet de cette même année, cette dernière, faite par M. Cruveilhier à la maison municipale de santé, fut suivie d'une injection iodée, à la suite de laquelle le kyste se remplit très-rapidement, ce qui engagea la malade a venir réclamer l'opération. M. Gillette diagnostiqua un kyste uniloculaire, probablement sans adhérence, car la malade n'avait jamais eu de péritonite partielle ni même de douleurs abdominales bien vives; il ne constata par le toucher aucun prolongement s'engageant dans la cavité du petit bassin.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital Temporaire, où elle fut opérée dans une chambre à part donnant sur des jardins et éloignée des autres salles de malades, elle était extrêmement amaigrie, très-affaiblie et sa marche était rendue très-difficile et fatigante par le volume du kyste qui était énorme. On décida l'opération pour le 12 septembre; mais par une circonstance indépendante de la volonté de M. Gillette, elle ne put avoir lieu ce jour ; la malade en éprouva une si vive contrariété, que son pouls monta à 120 et sa température à 38°; le calme revint et elle fut opérée le 14 septembre dernier. MM. Le Dentu, Leblond, et MM. Marie et Dreyfus, internes, servirent d'aides à M. Gillette. L'opération dura deux heures: anesthésie parfaitement supportée, incision de 15 centimètres, ne remontant pas jusqu'à l'ombilic ; facile extraction du kyste après deux ponctions successives, emploi du grand aspirateur Potain, une adhérence épiploïque laissée à l'extérieur au sommet de l'incision. La trompe du côté droit fut comprise en même temps que le pédicule dans l'anse du serre-nœud de Gintrac. Quatorze sutures métalliques réunissaient les bords de la plaie y compris le péritoine ; une seule épingle fut employée, qui maintenait ce diverticule épiploïque à l'extérieur. Les suites furent aussi simples que possible. Dès le cinquième jour M. Gillette commença à retirer les anses métalliques, mais le pédicule, touché de temps en temps avec le perchlorure de fer, ne se détacha que le dix-huitième jour ; plusieurs petits abcès furonculeux, dont l'un assez volumineux, se montrèrent au niveau des orifices des sutures. On ne permit à la malade de ne se lever qu'au bout de cinq semaines. La cicatrice peu déprimée a aujourd'hui 8 centimètres ; quelques tiraillements du côté du bas-ventre (la malade a une légère descente de

matrice depuis plusieurs années), qui s'étaient manifestés, ont actuellement disparu. Ce kyste contenait 20 litres de liquide non filant, de couleur analogue à celle de l'orgeat. Le tout pesait 42 litres.

— La seconde malade, Mme H..., âgée de vingt-deux ans, fruitière, portait un kyste multiloculaire, plus volumineux que celui de la malade précédente, puisque la circonférence de l'abdomen mesurait près de 115 centimètres. On sentait à gauche une portion dure, grosse comme les deux poings, le reste était fluctuant. Rien du côté du petit bassin, le kyste qui n'avait jamais été ponctionné et qu'on avait pris pour une grossesse, au début, datait de quatre ans. Le 3 avril dernier, elle est accouchée sans accident d'un enfant extrêmement petit et chétif, mais qui est aujourd'hui bien portant. L'opération qui fut pratiquée par M. Gilette, le 4 novembre dernier, avec l'aide de MM. Polaillon, Nicaise et Le Coin, et de MM. Bazy et Lataste internes, offrit plus de difficultés que chez la malade précédente. Adhérence de presque la totalité de l'épiploon, adhérences multiples à la partie postérieure de la paroi adominale antérieure (côté droit), pas d'adhérence au péritoine viscéral. Pédicule court et peu volumineux existant à gauche. Après la section des adhérences et leur hémostase complète, tout l'épiploon fut laissé à l'extérieur, en forme de bouchon. Sutures métalliques moins nombreuses que précédemment, emploi des épingles à tête (six), badigeonnage collodionné (ouate et collodion), sur toute l'étendue de la suture formant une sorte de pansement par occlusion.

Aucun accident du côté du ventre; le deuxième jour, développement d'une bronchite qui inquiète M Gilette, par suite des secousses imprimées au ventre par les quintes de toux; rien ne survient. Enlèvement des points de suture beaucoup plus rapide, chute du pédicule le douzième jour. 4 jours après l'opération, on trouve sous le magma de ouate collodionnée, la plaie abdominale complétement cicatrisée par première intention. La température resta élevée pendant plusieurs jours après l'opération. Aujourd'hui les règles ne sont pas revenues comme à la première femme. La malade, qui aurait pu se lever au bout de quinze jours, si on l'avait écoutée, n'a jamais éprouvé de tiraillement dans l'intérieur de l'abdomen.

La masse se compose de deux gros kystes séparés par un diaphragme percé d'un trou à son centre, et d'une autre masse à gauche, constituée par l'agglomération d'une foule de petits kystes à contenu gommeux. Dix-huit litres de liquide un peu poisseux : le tout pèse 41 livres.

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SANTÉ PUBLIQUE.

Paris (1,851,792 habitants.) — Pendant la semaine finissant le 21 décembre 1876, il a été déclaré 912 décès, soit 25.6 décès par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 11. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 48. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 29. — Pneumonie, 59. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Angine couenneuse, 21. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 245. — Affections chroniques, 388, dont 152 dues à la phthisie pulmonaire. — Affections chirurgicales, 46. — Causes accidentelles, 24.

— Londres (3,489,428 hab.) — Décès du 10 au 16 décembre 1876, 1,443, soit 21.2 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 75. — Scarlatine, 54.

— Vienne (690,205 hab.). — Décès du 3 au 9 décembre 1876, 317, soit 26.8 par 1,000 hab. et pour l'année.

Variole, 21.

— Rome (262,428 hab.). — Décès du 20 au 26 novembre 1876, 174, soit 24.5 décès pour 1,000 hab. et par année. — Diphthérie, 11.

— Buda-Pesth (300,000 hab.). — Décès du 3 au 9 décembre 1876, 263 décès, soit 45.6 décès pour 1,000 hab. et par année. — Rougeole, 5. — Pneumonie et bronchite, 22.

— Bruxelles. (188,609 hab.) — Décès du 3 au 9 décembre 1876, 77 décès, soit 21.2 décès par 1,000 hab. et par année.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

325. Marula. Considérations sur l'extirpation de la glande lacrymale.

326. Roger. Des vents ou courants atmosphériques et de leur influence au point de vue de l'hygiène sociale.

327. Fourcade. Des fractures de l'olécrane et en particulier d'un cas de fracture compliquée.

328. Savy. Contribution à l'étude des éruptions de la conjonctive.

329. Devins. Étude sur le traitement des métrorrhagies en général et spécialement sur les cautérisations intra-utérines.

330. Gauthier. Recherches sur l'étiologie et la pathogénie de l'angine de poitrine.

331. Durget. Essai sur la colique intestinale.

332. Dieu. De l'état de mal hystérique.

333. Villeneuve. De la maladie de Basedow.

334. Wilfrido Vénégas. Essai sur le cancer rétro-péritonéal.

335. Mercadier. Contribution à l'étude de la pectoriloquie aphonique dans la pleurésie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine. Avis. — Le doyen a l'honneur d'informer MM. les étudiants que les inscriptions pour le 2e trimestre de l'année scolaire 1876-1877, seront reçues du 8 au 25 janvier 1877. Le registre sera ouvert les lundis, mardis, mercredis, jeudis de neuf heures à onze heures du matin et de une heure à quatre heures de l'après-midi. Le registre sera clos le 25 janvier à quatre heures précises. Passé ce délai, aucune inscription ne sera reçue sans une autorisation spéciale accordée par M. le recteur de l'Académie.

Les vendredis et samedis seront exclusivement consacrés, comme par le passé, aux consignations pour les examens. Les consignations seront reçues ces deux jours, de une heure à quatre heures.

— *Assistance publique. Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Voici la liste des candidats reçus internes titulaires ou internes provisoires pour entrer en fonctions à partir du 1er janvier 1876.

Internes titulaires. — MM. 1. L. Vimont, Poulain, Labat, Merklen, Boutier, Arnozan, Lapierre, Mossé, Leduc, Brun.

11. Boursier, Havaye, Gille, Galissard de Marignac, Boudet de Pâris, Stakler, Leroux, Talamon, Veil, Clément.

21. Robert (Alphonse), Abbadie Tourné, Savard, Bruchet, Lüss, Oudin, Barthélemy, Legendre, Letoussey, Dubar.

31. Hermil, Bar, Rivet, Josias, Labbé, Boraud.

Internes provisoires. — MM. 1. Doléris, Brauet, Darcy, Galland, Ozenne, Faisans, Desnos, Piogey, Bongrand, Mary.

11. Ovion, Gaucher, Laurand (Georges), Walsdorf, Bernard, Michaux, Poirier, Comby, Baraduc, Herbelin.

21. Reignier, Bouley, Galliard, Gauthier, Valude, Ferrand (Jacques), Pioger, Boullet, Féré, Bouchard.

31. Carafi, Butruille, Luizy, Brazier, Catuffe, Decaye, Doublet, Bénard (Marie), Labarrière, Laurent (Auguste).

41. Haranger, Raymondaud.

— *Exposition universelle de* 1878. — Les comités d'admission des classes 14, 47 et 53 ont été récemment convoqués au palais de l'Industrie pour procéder à la constitution définitive de leurs bureaux. Ont été nommés :

Classe 14 (médecine, hygiène, assistance publique). — Président, M. le docteur Barth, membre de l'Académie de médecine; vice-président, M. le docteur Laussedat, député; secrétaire, M. le docteur Liouville, député.

Classe 47 (produits chimiques et pharmaceutiques). — Président, M. Berthelot, membre de l'Institut, professeur au Collége de France et à l'Ecole de pharmacie; vice-présidents, M. le sénateur Scheurer-Kestner, chimiste, M. Drouin, ancien président du Tribunal de com-

merce; secrétaires, M. Fourcade, membre de la chambre de commerce, M. Kuhlmann fils, fabricant de produits chimiques.

Classe 53 (matériel des arts chimiques de la pharmacie et de la tannerie). — Président, M. le docteur Wurtz, membre de l'Institut; vice-président, M. Poirier, fabricant de produits chimiques; secrétaires, M. Lauth, chimiste, membre du conseil municipal de Paris, M. Limousin, pharmacien.

Avis très-important. — Nous croyons devoir rappeler aux personnes qui désirent figurer à l'Exposition universelle de 1878, que le dernier délai pour le dépôt des demandes d'admission expire le 15 janvier prochain.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a renouvelé son bureau, comme il suit, pour l'année 1877 : président, M. Domerc; vice-présidents, MM. Baudoin et Fontès; secrétaire général, M. Passant; secrétaires annuels, MM. Courtaux et Labarraque fils; trésorier, M. Le Coin; archiviste, M. Machelard.

— La Société française de tempérance (association contre l'abus des boissons alcooliques), réunie en assemblée générale, le 3 décembre 1876, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1877 :

Président : M. Édouard Laboulaye, de l'Institut. — *Vice-présidents* : MM. le professeur Bouillaud, le baron Larrey, Reverchon et Paul Pont. — *Secrétaire général* : Docteur L. Lunier. — *Secrétaires généraux-adjoints* : MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne. — *Secrétaire des séances* : Docteurs Magnan et Vidal. — *Bibliothécaire-archiviste* : Docteur A. Motet. — *Trésorier* : M. Gust. Maugin.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'ateliers, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs, et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1877, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

N° 151. — SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1876. 49e ANNÉE. SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1876. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL : [illegible] du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,[illegible] fr encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés [illegible] journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des M[illegible] des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

HOPITAL NECKER. — M. Hardy.

Rhumatisme articulaire. — Péricardite-myosite.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui est entré dans mes salles, il y a quelques jours, pour une affection intéressante, et dont je vais chercher à établir devant vous le diagnostic et le pronostic, et, en terminant, vous en indiquer le traitement.

Voici l'observation succinte de cet individu. C'est un garçon de vingt et un ans, exerçant la profession de commis de magasin. Il a toujours joui d'une bonne santé et a seulement eu, il y a quelques années, une fièvre typhoïde qui n'a pas laissé de traces dans sa constitution. Il couche, au cinquième, dans une chambre où la chaleur est intolérable et où l'on a l'habitude de laisser, la nuit, la porte et la fenêtre ouvertes. Condition très-défavorable, qui est une cause fréquente de maladies diverses et particulièrement d'ophthalmies, d'inflammation des plèvres, du poumon, du cœur et de rhumatismes.

Il y a une dizaine de jours, il s'est réveillé un matin avec quelques douleurs assez vagues dans les articulations du cou-de-pied et des genoux, qui néanmoins ne l'empêchent pas de reprendre ses occupations. La semaine s'écoula sans qu'il éprouvât d'autres symptômes qu'une certaine difficulté dans les mouvements. Mais, dimanche dernier, à la suite d'une course assez longue, ce jeune homme a accusé des douleurs extrêmement assez vives dans les articulations malades, en même temps qu'il fut pris d'un état fébrile caractérisé par de la céphalalgie, par une sensation de malaise générale et de la soif. Il est resté chez lui sans pouvoir se lever ; et, le lendemain, les douleurs augmentant et se généralisant aux autres articulations, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment, nous avons trouvé les phénomènes suivants : d'abord il se plaint de douleurs très-vives dans les cou-de-pieds et les genoux, quoiqu'il n'existe pas, au niveau de ces jointures, de gonflement ni de rougeur bien considérables. Les mêmes phénomènes douloureux se retrouvent dans les épaules, les coudes et les poignets, mais là, non plus, on ne constate de rougeur ni de gonflement appréciables.

A l'examen de l'habitude extérieure, nous avons trouvé d'abord sur le ventre et la partie antéro-externe des cuisses une vingtaine de petites taches irrégulières, variant de un demi-centimètre à 1 centimètre et demi d'étendue, présentant une apparence de dépression et ayant une coloration d'une teinte bleuâtre ardoisé. En outre, la température était extrêmement élevée, le thermomètre introduit dans le rectum marquait 40 degrés.

D'autre part, le pouls était fréquent, irrégulier, intermittent; le nombre des pulsations était de 112 à 116 par minute.

L'examen attentif des diverses organes ne nous a rien révélé d'anormal du côté de la poitrine. Mais, du côté du cœur, le malade présentait tout d'abord une anxiété précordiale assez marquée, de la dyspnée, caractérisée par une augmentation considérable des mouvements respiratoires, s'élevant jusqu'à 44 par minute. En outre, en pressant l'épigastre, on déterminait des douleurs très-vives.

Quant aux signes physiques, la matité précordiale était un peu augmentée. Au lieu de 4 à 6 centimètres, l'aire de la matité atteignait jusqu'à 4 centimètres. En outre, les battements de la pointe étaient extrêmement marqués.

Enfin, à l'auscultation, on percevait à la base du cœur des bruits normaux quoique additionnés de frottement assez doux qui paraissait se passer en dehors de l'organe, car il ne se propageait pas dans les vaisseaux, et on cessait de l'entendre quand on s'éloignait de la région précordiale. Le soir même, ce signe pathologique était plus marqué encore et existait dans toute la région du cœur, aussi franchement accusé en haut qu'en bas. Aujourd'hui ce bruit de frottement a presque disparu.

A la partie inférieure du cœur, outre la matité à la percussion, on ne percevait qu'un peu de faiblesse des bruits.

J'ajouterai enfin que les urines étaient épaisses et foncées en couleur, caractères sur lesquels je me propose d'ailleurs de revenir tout à l'heure.

Ces phénomènes ont persisté pendant deux jours avec quelques modifications ; seulement le pouls est devenu presque régulier, et aujourd'hui, quoiqu'il soit encore assez fort et assez large, il ne bat plus que 60 fois par minute ; d'autre part, la température, qui s'est élevée jusqu'à 41°6 dans le rectum, est retombée hier soir à 39°6.

Quelle est maintenant, d'après cette observation, le diagnostic que nous devons porter à propos de ce malade. Tout d'abord, ce qui saute aux yeux, c'est évidemment l'existence

d'un rhumatisme poli-articulaire, caractérisé principalement par des douleurs très-vives, car les autres phénomènes extérieurs de l'arthirite sont très-peu prononcés. Et non-seulement le rhumatisme envahit les articulations, mais les tendons eux-mêmes sont affectés ainsi que l'indique un certain degré de rougeur qui se prolonge dans leur direction. Bien mieux, il existe encore un peu de rhumatisme musculaire, car le malade accuse dans la continuité des membres des douleurs semblables à celles que l'on rencontre dans le cas de méningite rachidienne. Mais hâtons-nous de déclarer qu'il n'existe pas de roideur ni de phénomène qui puissent autoriser cette manière de voir.

Ce n'est pas tout, l'intensité de la fièvre, caractérisée particulièrement par la fréquence des battements du cœur et l'élévation de la température, est certainement l'indice de quelque autre complication ; mais permettez-moi d'abord d'appeler votre attention sur ces taches ardoisées qui existent à un degré si prononcé, et en nombre si peu ordinaire. Devons-nous leur attacher quelque importance, indiquent-elles quelque affection spéciale? Non. Elles n'ont aucune espèce de signification. On les voit en effet survenir dans plusieurs maladies fébriles, dans la fièvre synoque, dans l'embarras gastrique fébrile, souvent dans le premier septénaire de la fièvre typhoïde, enfin, mais plus rarement, dans le rhumatisme articulaire aigu. Elles ne sauraient donc nous mettre ici sur la voie d'aucune complication, ni influencer en rien sur le pronostic. C'est tout simplement un phénomène de vascularisation capillaire, dont on ne connaît pas la signification clinique précise.

Mais, en présence de cette fièvre considérable, nous devons penser qu'il existe quelques-unes de ces complications viscérales fréquentes dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Si, en effet, nous ne trouvons rien du côté de la plèvre et des poumons, si l'auscultation et la percussion de ces organes ne donnent lieu qu'à des signes négatifs, il n'en est plus de même du côté du cœur.

Quand on examine cet organe, on est frappé d'abord, je vous l'ai déjà dit, de l'intensité des battements et de l'augmentation de la matité. Celle-ci est à la base inférieure ; elle figure un cône dont la pointe tronquée serait à la partie supérieure du cœur, et dont la base correspondrait à la pointe. Ce fait a un caractère particulier, parce qu'il est contraire à la disposition normale du cœur qui, ainsi que vous le savez, constitue un cône dont la base est dirigée en haut. Je vous ai fait remarquer, en outre, qu'il existait des signes physiques assez marqués ; qu'on percevait un bruit de frottement à la partie supérieure, et, en bas, un léger affaiblissement des bruits normaux qui étaient un peu plus sourds que dans l'état ordinaire. Enfin, je vous ai signalé surtout les symptômes présentés par la malade, l'anxiété précordiale très-marquée, notamment dans les premiers jours de la maladie, et une douleur à la région épigastrique, se manifestant principalement à la pression.

Enfin, autre signe qui constitue encore un symptôme d'une certaine valeur, ajouté aux autres, c'est la dysphagie, dont le malade ne nous avait rien dit, mais que la religieuse nous a signalée. Le passage des boissons est en effet l'occasion d'une impression pénible le long de l'œsophage. Cependant la gorge est indemne de toute maladie, et on n'y trouve ni gonflement, ni maladie quelconque, à laquelle on puisse rapporter cette difficulté d'avaler.

En face de ces signes, nous ne pouvions douter que nous n'eussions affaire à une péricardite. En effet, à quelle autre affection pourrions-nous rattacher la dyspnée, l'anxiété épigastrique et précordiale, l'intensité de la fièvre, qui n'est pas en rapport du tout avec les phénomènes articulaires, surtout la douleur épigastrique ? Celle-ci est certainement un des meilleurs symptômes de la péricardite. Elle démontre que l'enveloppe extérieure est devenue sensible par le fait de l'inflammation dont elle est le siége. Enfin, la facilité avec laquelle la pression de l'épigastre réveille les douleurs tient à ce qu'à ce niveau, la séreuse n'est plus aussi inaccessible que plus haut, profondément située et protégée par le sternum et les côtes, et de sorte qu'à ce point, la pression se transmet au péricarde qui arrive presque au contact des parois abdominales.

D'autre part, la dysphagie peut être encore un signe excellent dans le diagnostic de la péricardite. Elle tient à ce que les aliments, solides ou liquides, en traversant l'œsophage, provoquent, soit par leur température, soit en vertu d'une action mécanique, une sensation douloureuse sur le péricarde enflammé.

Si à ces symptômes nous joignons l'étude des signes physiques, l'augmentation de la matité, l'éloignement des bruits à la partie inférieure du cœur, l'existence d'un bruit de frottement à la partie supérieure, nous arrivons à admettre également l'existence d'une péricardite sèche au début, et dans laquelle il se fait actuellement un commencement d'épanchement. Mais nous avons non-seulement chez ce malade des signes de péricardite, il présente encore certains phénomènes anormaux qu'on n'a pas l'habitude de rencontrer dans son affection, surtout au début. Je veux parler de l'irrégularité très-considérable des battements du cœur et du pouls.

Si vous consultez le tracé que e fais passer sous vos yeux, vous voyez que le 12 juillet, jour de l'entrée de ce garçon, les caractères qu'il présente sont simplement ceux du pouls fébrile. Le lendemain, au contraire, vous observez une irrégularité très-grande des pulsations, et un tendance au dicrotisme assez prononcé. Enfin, le tracé d'hier, 14 juillet, est déjà plus régulier plus égale mais la tendance au dicrotisme est encore très-marquée. Aujourd'hui, enfin, le tracé offre une régularité parfaite seulement, non-seulement nous trouvons une ligne ascensionnelle très-verticale, indiquant que le cœur se contracte avec énergie, mais la tendance au dicrotisme est bien plus accentuée que les jours précédents. Ajoutez à cela cette anxiété épigastrique et précordiale, dont je vous ai déjà parlé, l'intensité de la fièvre, et vous comprendrez qu'en face de tels phénomènes, nous sommes en droit de penser qu'il y a autre chose qu'une péricardite.

En effet, pendant longtemps on a cru que l'inflammation simple du péricarde, s'accompagnait de l'irrégularité du pouls. Louis a démontré que ce signe n'apparaissait qu'à la fin de la maladie, alors que l'épanchement était considérable, et que ses fonctions étaient troublées soit par l'abondance du liquide sécrété dans sa cavité, soit par le fait même de l'inflammation. Par conséquent, il faut aller chercher la cause de cette irrégularité du pouls, ailleurs que dans la péricarde, ailleurs même que dans l'endocarde, et dans l'existence d'une myocardite, dont nous retrouvons chez ce malade quelques-uns des caractères. En général, l'inflammation du myocarde est d'un diagnostic très-obscur ; cependant, l'étude de cette maladie a fait de tels progrès, qu'on est arrivé aujourd'hui à en donner les symptômes et les signes physiques. Ce sont une anxiété précordiale et épigastrique très-marquée, une douleur en travers qui simule quelquefois un accès d'angine de poitrine, l'irrégularité du pouls, des contractions énergiques du cœur, et enfin, dans certains cas, une tendance aux syncopes assez prononcée. Ce dernier caractère nous fait défaut ; j'en dirais autant de la douleur en travers, mais nous avons une irrégularité du pouls, que je ne puis expliquer autrement que par une

affection simultanée du myocarde et du péricarde. Enfin, un autre signe de la myocardite, que nous retrouvons à un certain degré chez notre malade, c'est le polycrotisme du pouls, se traduisant au sphygmographe par des sinuosités dans le tracé de la ligne ascensionnelle, et qui tient à ce que sous l'influence de l'inflammation dont il est atteint, ou par le fait d'une poussée inflammatoire du péricarde au myocarde, le cœur se contracte avec énergie et d'une façon irrégulière.

Y a-t-il autre chose encore chez ce malade? Jusqu'à présent, nous ne trouvons pas de signes d'endocardite, pas d'altération des bruits. Peut-être, se produira-t-elle plus tard, et des bruits de souffle viendront-ils démontrer que l'enveloppe interne du cœur est prise comme l'externe, mais jusqu'à présent rien ne nous autorise à préjuger de l'apparition de cette nouvelle complication.

Un mot maintenant sur les urines. Ainsi que je vous l'ai dit, elles présentent un caractère particulier. Elles sont très-foncées en couleur, et par là, ainsi que par certains autres caractères, elles se rapprochent de celles que l'on observe dans le rhumatisme articulaire aigu ; dans cette maladie, en effet, la quantité des urines, est à peu près normale, mais elles sont très-foncées en couleur et en général épaisses. Ces caractères sont dus à l'augmentation de la matière colorante et des sels, et particulièrement de l'acide urique des urates.

De plus, l'analyse chimique nous a révélé ici l'existence d'une certaine quantité d'albumine, à laquelle il ne faut pas accorder une importance clinique trop considérable, car on la rencontre dans la plupart des maladies fébriles aiguës.

Que devons-nous espérer de ce malade? Est-il atteint d'une affection grave, ou sa maladie se terminera-t-elle d'une façon favorable? En face d'accidents articulaires aussi peu marqués, il est à espérer que ce garçon a des chances pour que sa maladie se termine heureusement; mais, néanmoins, je dois apporter quelques réserves dans ce pronostic. Elles sont fondées surtout sur deux faits : sur l'intensité de la fièvre d'abord, et sur l'existence des phénomènes de myocardite ; puis, d'autre part, sur l'élévation de la température. Il est vrai, que cette dernière a toujours été prise dans le rectum, mais on sait que celle de l'aisselle est inférieure d'un degré seulement à la température de l'intestin. Cette élévation hypernormale de la chaleur est ordinairement un signe fâcheux, défavorable, qui peut faire craindre que, sous l'influence de la fièvre, il ne survienne encore quelque complication nouvelle. Cette crainte est d'autant plus fondée chez ce malade, qu'il accuse des douleurs très-vives dans les membres ; douleurs qui, en face d'articulations peu gonflées, peuvent faire redouter quelque chose du côté des méninges.

De plus, l'existence de la myocardite vient assombrir encore le pronostic. Quoique susceptible de guérison, l'inflammation du myocarde est en effet une affection qui laisse toujours après elle une altération des fibres du cœur, dont la conséquence est un affaiblissement dans la force de contraction de cet organe.

Quant au traitement, c'est celui du rhumatisme articulaire. J'ai cru devoir, en face de la péricardite et de la myosite, recourir à une application de ventouses à la région précordiale, et celles-ci ont amené en effet une amélioration notable, une plus grande régularité des battements et une diminution de la douleur. De plus, en présence du rhumatisme polyarticulaire et de l'intensité de la fièvre, j'ai pensé qu'il était utile de donner le médicament antipyrétique par excellence, le sulfate de quinine, à la dose d'abord modérée de 45 centigrammes. Sous son influence, nous avons vu diminuer la fréquence des battements. A ces moyens j'ai joint l'administration de la tisane de chiendent nitrée, qui est un antiphlogistique excellent et à la fois un diurétique. Plus tard, si nous voyons augmenter le phénomène cardiaque, s'il survient de l'angine de poitrine, nous les combattrons à l'aide de vésicatoires appliqués au niveau de la région précordiale. Enfin, pour calmer les douleurs, j'ai fait envelopper les articulations dans des morceaux de toile vulcanisée, qui remplace avantageusement le caoutchouc, et qui amène ordinairement une diaphorèse abondante, suivie bientôt de l'amendement des phénomènes locaux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Hernie crurale étranglée.

J'ai opéré hier une malade affectée depuis longtemps déjà d'une hernie crurale faiblement réductible, mais qui, mal contenue par le bandage, avait à deux ou trois reprises différentes nécessité l'intervention du chirurgien. C'est ainsi que, dimanche dernier, après avoir vainement essayé de faire rentrer une partie de l'intestin et de l'épiploon qui s'étaient glissées sous l'appareil contentif et étaient venues faire saillie en dehors. Cette malade fut prise dans la nuit, de vomissements qui se prolongèrent le lundi et le mardi suivants. A ce moment seulement le médecin fut appelé, mais il ne put réussir à réduire les parties herniées. Chose remarquable, et qui n'est pas absolument rare dans le cas de hernie crurale étranglée, le deuxième jour, la malade cessa de vomir, et mercredi au soir, époque à laquelle j'ai procédé au débridement du collet du sac, les vomissements n'avaient pas reparu. Enfin, autre phénomène que l'on rencontre aussi dans la hernie crurale, la malade qui exerce la profession de ménagère a pu jusqu'au moment de l'opération continuer à vaquer à ses occupations, malgré les vomissements et les douleurs de ventre, bien que, cependant encore, elle eût perdu l'appétit et n'allât pas à la garde-robe.

En voyant cesser le troisième jour les vomissements qui s'étaient manifestés jusque-là, si nous n'avions observé souvent des faits de ce genre, nous aurions pu croire que l'amélioration des symptômes était due à ce que la hernie était rentrée ou sur le point de se réduire. Il est en effet des hernies compliquées d'étranglements parfois même très-serrés, dans lesquels on voit disparaître les vomissements et survenir une certaine modification dans l'état, l'intensité des troubles fonctionnels.

Malgré cela, néanmoins, je n'ai pas hésité à conclure que certainement cette malade avait une hernie crurale qui, réductible jusque-là, était devenue irréductible; et la raison des douleurs, quoique modérées, de vomissements qui s'étaient manifestés de l'absence de selles et de l'émission des gaz stercoraux, enfin, en raison de la perte de l'appétit et du malaise considérable, je vous ai dit que nous avions affaire à une hernie étranglée.

Quoique cette femme eût déjà été soumise à des tentatives de taxis de la part du médecin qu'elle avait consultée et quoique, d'un autre côté, l'étranglement remontât déjà à trois jours, j'ai cru devoir recourir au même moyen, et y adjoignant l'anesthésie. La hernie était en effet un peu grosse; et on sait que dans ces conditions on peut espérer, après un tel laps de temps, qu'il n'y a pas encore d'eschare à la surface de l'intestin. D'un autre côté, les parties herniées étaient assez volumineuses, assez peu sonores à la percussion; elles présentaient

un degré d'empâtement assez marqué pour que l'on pût penser que l'épiploon accompagnait l'intestin. Or, quand dans une hernie il existe de l'épiploon, c'est une raison pour que l'intestin soit protégé contre le contour de l'étranglement et par conséquent pour que cet intestin se gangrène et s'escharifie un peu moins vite. Mais après avoir endormi la malade et pratiqué le taxis pendant six minutes, j'ai bientôt acquis la conviction que la masse herniaire était complétement irréductible et j'ai cru ne pas devoir employer plus lontemps un moyen de réduction que j'avais prolongé pendant douze ou quinze minutes, si l'étranglement n'est pas remonté au delà de douze ou quinze heures. Cependant, avant de procéder au débridement, j'ai cherché encore à obtenir la réduction au moyen de la ponction suivie de l'aspiration avec l'appareil de Dieulafoy. Il est en effet des cas dans lesquels on obtient de la sorte de très-beaux résultats. Eh bien, j'ai vainement introduit une aiguille très-fine dans le sac et à une assez grande profondeur : l'aspiration a simplement déterminé l'issue d'un peu de sang, de quelques bulles gazeuses ; la tumeur ne s'est nullement affaissée, et elle a continuée à être aussi tendue, aussi rénitente que par le passé. Suivant toute probabilité, j'avais piqué l'épiploon. C'est alors que je me suis décidé à me servir du bistouri pour opérer le débridement. La tumeur était grosse, l'opération fut facile. Après avoir lié la sous-cutanée abdominale, j'ai découvert le sac et moitié avec l'instrument tranchant, moitié avec le doigt, je l'ai contourné vers sa partie interne, je l'ai isolé et mis à découvert la partie externe du collet, au niveau du ligament de Gimbernat. J'ai ensuite introduit le doigt pour faire un petit vide entre cette partie rétrécie du sac herniaire que je n'avais pas ouvert et le bord interne du ligament, tandis qu'avec l'indicateur de la main droite, je pratiquai une petite issue dans laquelle j'ai introduit le bistouri falciforme et débridé d'un centimètre sur le ligament de Gimbernat. Ceci fait, j'ai placé mon doigt entre le collet du sac et ce qui restait du ligament au voisinage de l'épine pubienne, et j'ai pu pénétrer dans le bassin. Il s'agissait alors de reconnaître si l'étranglement était fait par un contour fibreux, par un anneau du fascia crebriformis devenu fibreux ou par le collet du sac. Dans le premier cas, la réduction de la hernie était chose facile, tandis qu'il n'en était plus de même dans le second. J'ai alors pratiqué le taxis, et une minute s'était à peine écoulée, que j'avais la satisfaction de voir rentrer les parties herniées, après le débridement sans ouverture du sac.

ÉTUDES CLINIQUES DE LARYNGOSCOPIE (1)

Par M. le docteur Libermann, médecin major de première classe, à l'hôpital du Gros-Caillou.

II

Le laryngoscope une fois choisi, les règles pour l'examen du larynx sont très-simples. Il faut placer le miroir sans tâtonnements dans le fond de la bouche, sur la luette, en lui donnant une inclinaison de 45 degrés, après l'avoir préalablement chauffé de façon à ce qu'il soit à la même température que les organes avoisinants.

Avant de le placer, on fera ouvrir aussi largement que possible la bouche, dont le fond sera éclairé avec soin. Le malade tirera la langue, qu'il maintiendra hors de la cavité buccale en la tenant entre le pouce et l'index, après en avoir garni l'extrémité d'un linge pour en empêcher le glissement.

Une fois la bouche éclairée et le miroir convenablement placé, le malade prononcera la voyelle *e* en variant les intonations, et, dans la généralité des cas, l'image laryngienne sera obtenue. Il ne faut qu'un peu d'habitude pour arriver du premier coup à ce résultat. L'image est renversée, mais symétrique ; le renversement est très-simple à comprendre : les parties antérieures du larynx sont supérieures, les postérieures inférieures, en un mot, la glotte, au lieu de faire un triangle horizontal, se reproduit en projection verticale sur le miroir.

Fauvel explique d'une façon très-claire les lois d'optique qui donnent raison de ce phénomène, puis il passe à l'arsenal chirurgical, dont la description n'occupe pas moins de soixante-dix pages.

Nous eussions voulu que l'auteur ne se contentât pas de cataloguer les différents appareils, mais qu'il en fît une critique raisonnée.

Le lecteur, dans un ouvrage de ce genre, cherche plus qu'une description aride d'instruments, il veut être renseigné sur leur valeur, connaître ceux qu'il doit laisser et ceux dont l'emploi lui sera le plus commode et le plus utile.

Nous allons essayer en peu de mots de combler cette lacune importante. A notre avis, cinq à six instruments suffisent pour faire toute la chirurgie laryngienne ; ce sont : le porte-éponge, le pinceau laryngien, le porte-nitrate, la pince à polypes et, à la rigueur, les pulvérisateurs et l'inhalateur Lewin.

Parmi les nombreux porte-éponge, le meilleur est le porte-éponge à griffe, dont la portion laryngienne se termine par quatre crochets qui se rapprochent lorsqu'on fait monter le bouton de la tige, et qui retiennent un petit morceau d'éponge gros comme un pois.

Quand on se sert de liquides très-caustiques, on peut employer le porte-éponge caché, où l'éponge est reçue après la cautérisation dans une petite cupule qui se trouve à l'extrémité de la tige laryngienne. Le pinceau laryngien se compose d'une tige terminée par un pinceau fait avec des poils doux, qui est solidement fixé soit dans un tuyau de plumes d'oie, soit dans un tube de caoutchouc durci.

Les badigeonnages faits au moyen de ces appareils sont très-usités pour le traitement des diverses ulcérations du larynx, spécifiques, tuberculeuses, herpétiques.

Les liquides que nous employons le plus souvent sont la teinture d'iode, l'opium, la solution de chlorure de zinc au centième. Une règle absolue est de bien exprimer l'éponge ou le pinceau pour ne pas répandre le liquide à côté des endroits qu'on veut toucher. Il faut avoir toujours soin, dans ces petites opérations, de faire prononcer au malade la voyelle *e* pour élever le larynx et l'épiglotte et pénétrer plus facilement dans la cavité laryngienne.

Le porte-caustique est également un instrument fort utile pour modifier les surfaces ulcérées, et le meilleur est sans contredit celui de Fauvel.

« Il se compose d'une tige d'argent d'une résistance assez grande, recourbée comme il convient pour pénétrer dans le larynx, et à l'extrémité de laquelle est vissé un tube dont l'ouverture supérieure est un peu plus grande que l'inférieure. On introduit dans ce tube un crayon de nitrate d'argent assez gros pour ne pouvoir s'échapper par l'extrémité inférieure ; un petit ressort à boudin, dont l'élasticité est mise en jeu par la pression exercée sur lui par la partie de la tige à laquelle on visse le tube, fait progresser le nitrate d'argent au fur et à mesure qu'il est usé. »

Il convient de dire cependant que les badigeonnages et les cautérisations ne sont réellement utiles que dans le traitement

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 décembre.

des ulcères syphilitiques, ou bien encore des ulcérations qui suivent ou accompagnent les maladies aiguës, telles que la fièvre typhoïde, la variole.

Dans les maladies générales, comme la phthisie, les badigeonnages ne modifient pas beaucoup les ulcérations, mais ils diminuent l'intolérable souffrance éprouvée par le malade quand le bol alimentaire vient à toucher l'ulcération, et, à ce titre, il est bon de les employer. Nous rejettons d'une façon absolue les compte-gouttes, les instruments à projection de poudres médicamenteuses, qui ont le grand inconvénient de répandre les substances caustiques d'une façon aveugle sur toute la surface du larynx. Quant aux instruments destinés à enlever les tumeurs laryngiennes et spécialement les polypes, ils sont excessivement nombreux. On a inventé des tubes forceps, des pinces écraseurs, des guillotines à ressort, des serre-nœuds, des ciseaux, des couteaux laryngiens, et je dois dire qu'à mon avis tous ces instruments sont mauvais. D'un maniement difficile, ils exposent presque toujours la tumeur à tomber dans la trachée, et peuvent, dans des mains inexpérimentées, produire les accidents les plus graves. Nous leur préférons de beaucoup les pinces laryngiennes inventées par Fauvel, et qui sont certainement une des conquêtes les plus importantes de la chirurgie laryngienne. Ce sont des pinces latérales, c'est-à dire s'ouvrant sur les côtés d'une courbure correspondante à celle du larynx et terminées en cuillers; les unes ont des dents, les autres une simple rainure circulaire ou des rainures transversales; enfin, quelques-unes sont fenêtrées pour enlever du poids à l'extrémité de l'instrument et permettre l'engagement d'une tumeur très-volumineuse, qui peut venir faire saillie à travers ces ouvertures.

Quand on pratique des opérations sur le larynx, il faut avoir un grand nombre de ces pinces, parce que la forme et le volume des polypes diffèrent presque dans chaque cas. Nous reviendrons, du reste, sur ces considérations quand nous apprécierons les méthodes opératoires usitées pour le traitement des polypes et des cancers de cet organe. Après les divers instruments que nous venons de décrire, viennent les pulvérisateurs de toute nature dont on a fait dans ces dernières années un abus extraordinaire. Nous devons dire, après une expérience de dix ans, que nous n'avons jamais retiré d'avantages sérieux des pulvérisations.

Elles apportent, il est vrai, quelque soulagement aux malades dans les angines granuleuses, en diminuant le sentiment d'ardeur et de brûlure de la gorge; mais, dans les affections plus profondes, telles que les ulcérations de la muqueuse laryngienne, elles ne nous ont presque jamais donné de résultats appréciables. Nous faisons une exception cependant pour les ulcérations syphilitiques qui ont parfois été heureusement modifiées par les pulvérisations à la liqueur de van Swieten et pour certaines hémoptysies que les pulvérisations au perchlorure de fer ont semblé arrêter.

En somme, les pulvérisateurs n'ont pas répondu aux espérances qu'ils avaient donné au début. De tous les pulvérisateurs, celui de Siégle me paraît le plus commode; il fonctionne tout seul sans que les malades soient obligés d'y toucher, et évite ainsi les efforts musculaires qui pourraient empêcher les liquides de penétrer dans les parties profondes.

L'appareil de Lewin, que j'ai le premier introduit en France, est un appareil très-ingénieux à dégagement de chlorhydrate d'ammoniaque. Les malades aspirent ce gaz à l'état naissant, 3 ou 4 fois par jour pendant 10 minutes, en faisant sortir la fumée par le nez comme les fumeurs de cigarettes. Le chlorhydrate d'ammoniaque exerce une action caustique légère sur les granulations du pharynx et du larynx. Il se répand dans les fosses nasales postérieures et agit de la même manière sur la muqueuse de ces régions. Il m'a rendu de très-grands services dans l'angine granuleuse, le coryza chronique, l'asthme essentiel, ainsi qu'à l'asthme compliqué d'emphysème pulmonaire.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA GLOSSITE INTERSTITIELLE SYPHILITIQUE (1)

Par le docteur HUGONNEAU,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusion. — La glossite interstitielle syphilitique est anatomiquement caractérisée par une hyperplasie cellulaire abondante, se faisant aux dépens du tissu conjonctif de la muqueuse; ou cette hyperplasie se limite à la muqueuse, ou, de là, elle gagne le tissu conjonctif interstitiel des muscles qu'elle infiltre, qu'elle presse, qu'elle étreint, jusqu'à ce qu'elle se substitue en partie à leur élément constitutif.

Cette affection présente donc deux formes : 1° une glossite superficielle; 2° une glossite profonde ou dermo-parenchymateuse.

Ces deux formes ont chacune deux périodes : une première période ou période active, proliférante, hypertrophique, une deuxième période ou période atrophique.

Les sillons, les fissures, les crevasses, tels que nous les avons décrits, sont des signes pathognomomiques de la glossite interstitielle syphilitique.

Les ulcérations sont fréquentes dans cette affection; linéaires, elles se présentent sous la forme de fissures, de crevasses, quelquefois sous la forme d'exulcérations superficielles; ce sont des épiphénomènes de la maladie qui n'ont aucun rapport avec la diathèse syphilitique.

A côté de cette forme typique, il en existe une seconde résultant des modifications que fait subir à la muqueuse linguale l'abus du tabac. Cette deuxième forme n'est qu'une association chez le même sujet des symptômes de la glossite syphilitique et de la glossite des fumeurs, dont les symptômes se modifient mutuellement.

L'affection décrite sous le nom de psoriasis lingual, n'a du psoriasis que l'aspect et non la nature. C'est une « glossite dermo-superficielle », que nous appellerons « glossite scléreuse psoriasiforme ».

Cette glossite scléreuse psoriasiforme comprend : la glossite des fumeurs, le glossite survenant chez des arthritiques à la suite de l'action longtemps prolongée de substances irritantes sur la muqueuse linguale; ces deux affections sont identiques; quant à leurs manifestations cliniques, elles ne diffèrent que par leur étiologie.

Il y a une importance très-grande à établir, dès le début, le diagnostic de la glossite scléreuse psoriasiforme, vu l'action pernicieuse du mercure dans cette affection.

Pendant la première période de la glossite interstitielle syphilitique, avec de grands soins de propreté et l'administration de l'iodure de potassium, on peut enrayer la marche de la maladie contre laquelle on est tout à fait impuissant, lorsque la langue a subi une transformation fibroïde.

Traitement du carreau

Par le Dr GIRARD.

La première formule (voir *Gazette des hôpitaux*, 1876, page 1189) doit être rectifiée comme suit :

Pr. Carbonate de soude anhydre. . . . 3 75 centigrammes.
Calomel à la vapeur. . . . . 75 —
Poudre de craie comp. *Ph. Lond.* 7 50 —

(1) In-8°. Prix 1 fr. 50. — Paris, V. A. Delahaye et Ce.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1876. — Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. le Président annonce la mort de M. Valette (de Lyon), membre correspondant.

COMMUNICATION

M. Verneuil signale une variété de kystes non décrite jusqu'à ce jour et qu'il a eu déjà trois fois l'occasion d'observer. Ce sont des kystes occupant la région du sac lacrymal, mais n'ayant avec lui aucune connexion directe. M. Verneuil leur donne le nom de *kystes prélacrymaux*. Ils présentent de l'intérêt à cause de leur situation, de leur origine congénitale et de leur anatomie pathologique. Leur contenu présente la plus grande analogie avec l'huile d'olive. Les trois malades observés par M. Verneuil se souvenaient d'avoir toujours porté cette tumeur dans le grand angle de l'œil. Elle ne causait aucune gêne, aucune douleur, et c'était un sentiment de coquetterie qui poussait les malades arrivés à un certain âge à s'en débarrasser. Chez le premier opéré, la tumeur avait le volume d'un noyau de cerise; la ponction fut faite avec la seringue de Pravaz, et suivie d'une injection iodée. Le malade sortit de l'hôpital au bout de deux jours et ne revint plus, ce qui fit penser qu'il était guéri. L'analyse chimique du liquide recueilli fut faite par M. Ducomme, pharmacien en chef de l'hôpital de Lariboisière, qui le trouva très-analogue à de l'huile. La seconde opération fut faite sur une jeune femme de dix-neuf ans, mariée depuis peu, et qui portait un peu plus haut que le sac lacrymal une tumeur très-dure, du volume d'une cerise. M. Verneuil crut être en présence d'un kyste congénital de l'orbite analogue à ceux de la queue du sourcil, qui ont une origine cutanée, et résolut de l'ouvrir, d'en réséquer la paroi et de cautériser le fond de la cavité. Mais à peine l'incision fut-elle commencée, qu'il sortit un jet filiforme d'un liquide huileux, qui fut recueilli. La paroi était épaisse, fibreuse et doublée d'une sorte de muqueuse avec un épithélium pavimenteux stratifié. La guérison fut plus longue; il resta pendant six semaines un petit trajet fistuleux que son médecin fit disparaître en cautérisant le fond du trajet avec le nitrate d'argent. L'examen histologique et chimique fut fait par M. Longuet, qui découvrit quelques cristaux de cholestérine et d'acide margarique. Le troisième fait a été observé chez un jeune homme de vingt et un ans. La tumeur avait le volume d'une amande sèche, et cependant elle ne causait aucune gêne. La ponction fut faite avec l'aspirateur Dieulafoy et donna 2 grammes et demi de liquide huileux. La poche s'affaisa immédiatement, aucune injection ne fut faite, et le malade, sorti le lendemain, sans que le liquide se fût reproduit, ne revint pas. L'analyse faite par M. Personne démontra que le liquide était de l'oléine presque pure avec quelques cristaux de margarine.

Les kystes huileux n'ont pas pour siége exclusif le grand angle de l'œil. M. Verneuil rappelle à M. Boinet qu'ils ont opéré ensemble un kyste du corps thyroïde gros comme une petite pomme d'api et qui contenait un liquide analogue à de l'huile verte comme de l'émeraude, mais dont l'analyse ne fut pas faite. La guérison fut obtenue après une simple injection iodée. M. Verneuil pense que la la ponction simple suffit pour faire disparaître cette petite difformité.

DISCUSSION

M. Perrin a vu deux exemples de la variété de kystes que vient de décrire M. Verneuil, mais d'origine accidentelle. Ils renfermaient un liquide filant, visqueux, d'apparence huileuse, mais les caractères chimiques n'ont pas été recherchés. Ils ont été guéris par la ponction simple.

M. Magitot pense qu'on peut expliquer l'origine de ces kystes, comme de ceux de la queue du sourcil, par une invagination embryonnaire. La présence d'un épithelium pavimenteux semblerait l'indiquer.

M. Verneuil a songé à cette origine, mais a abandonné cette hypothèse qu'il n'a pas trouvée satisfaisante. Lorsque la peau a été emprisonnée, comme dans les kystes de la queue du sourcil, on trouve une sorte de bouillie graisseuse contenant des cellules d'épithélium sébacé, et quelques petits poils, mais jamais une substance analogue à de l'huile.

M. Le Dentu a observé, il y a quatre ans, un kyste du grand angle de l'œil, congénital, appartenant à la variété décrite par M. Verneuil. Il voulut l'extirper, mais dès la première incision, la poche laissa écouler un liquide ressemblant à du miel, mais avec une fluidité inaccoutumée, sans aucun des débris qu'on rencontre dans les kystes dermoïdes ordinaires.

La paroi orbitaire et l'os nasal gauche étaient déprimés. M. Le Dentu cautérisa profondément la poche avec le nitrate d'argent. Le malade n'est pas revenu.

NOMINATION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1877.

Sont élus :
Président : M. Panas.
Vice-président : M. Guyon.
Secrétaire général : M. Paulet (pour une période de cinq années).
1er *secrétaire annuel* : M. Cruveilhier.
2e *secrétaire annuel* : M. Duplay.

MM. Nicaise, *trésorier*, et Terrier, *bibliothécaire*, sont maintenus dans leurs fonctions.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Tarnier présente un instrument destiné à pratiquer l'embryotomie dans certains cas de présentation de l'épaule dont il est impossible de triompher sans recourir à cette extrémité. Cet instrument se compose de deux branches, une droite qui se glisse en avant, entre le pubis de la mère et le tronc ou le cou de l'enfant; une autre, présentant la courbe du sacrum, qui s'introduit entre cet os et l'enfant. Ces branches sont creuses et laissent passer une scie à chaîne qu'un mécanisme ingénieux, emprunté à van Hueven et perfectionné par M. Mathieu, pousse en avant, tandis que les mains la font manœuvrer. L'instrument étant placé, il faut vingt secondes pour terminer facilement une opération qui, avec les ciseaux dont on se sert ordinairement, nécessite une heure de travail pénible, et dangereux pour l'opérée et pour l'opérateur.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1876.

336. Bruel. Recherches expérimentales sur les effets toxiques de la nitro-glicérine et de la dynamite.

337. Mazuel. Étude sur la suette miliaire.

338. Ahond. De la pleurésie purulente comparée à la pleurésie tuberculeuse.

339. Auger. De la lymphadénite péri-utérine (*phlegmon des ligaments larges*) historique et pathogénie.

340. Boisson. Étude clinique sur les troubles trophiques de la névralgie trifaciale.

341. Renault. De l'opium dans la médication tonique.

342. Herbillon. Du bromhydrate de quinine et de son emploi dans la fièvre intermittente.

343. Pechdo. Contribution à l'étude des fractures de jambe compliquées de plaie.

344. Doustaud-Chatenet. Essai sur la forme palustre de la fièvre typhoïde.

345. Descarpentries. De l'accouchement prématuré artificiel dans le cas du rétrécissement du bassin dû au rachitisme.

346. Martin. Du cancer du pénis et de son traitement par l'amputation de cet organe au moyen de l'anse galvanocaustique.

347. Duvault. De la distension des nerfs comme moyen thérapeutique.

348. Chambé. Contribution à l'étude du synchisis étincelant.

349. Tarrieux. Des ulcérations de la cornée; pathogénie; mode de guérison.

350. Bouchard. De l'irréductibilité essentielle des hernies inguinales de force. (*Au moment de leur première apparition dans le scrotum.*)

351. Barret. Forme convulsive de la névralgie de la face, tic douloureux.

352. Gérard. Des kystes hydatiques du péritoine.

353. Marquet. De l'inflammation spontanée des veines variqueuses chez les femmes enceintes ou récemment accouchées.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches expérimentales sur la croissance du crâne, par le professeur Gudden. Ouvrage traduit de l'allemand par le docteur A. Forel. — 1 vol. in-8° avec 11 planches photographiques. Prix : 12 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Klinik der Paediatrik. Studien und vorlesungen für arzte und Studierende, von docteur L. Fleischmann, docent an der Universitar. — II. Der erste Zahndurchruchdes Kindes nebst einer Geschichtlichen Einleitung. — Mit 5 Tafeln und 19 Holzchnitten. — in-8°. — Wien, 1877, 1 vol. Wilhelm Braumüller.

Traité du diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux, comprenant la description des méthodes cliniques d'exploration applicables à ces organes, suivi d'un appendice sur la laryngoscopie, par le docteur Paul Guttman. Ouvrage traduit de l'allemand, par le docteur Hahm.— 1 vol. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Traitement des maladies de la peau (dartres, scrofulides, calvitie) et de l'engorgement de l'utérus par la méthode locale expulsive, par le docteur Félix Rochard. — 1 vol. in-8° de 225 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Frédéric Henry.

Exposé pratique des différents procédés à employer pour faire cesser la rétention d'urine, par le docteur Moreau Wolf. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ve Adrien Delahaye et Ce.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine. — Chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1876

A

P

R

S

T

U

V

97.

